

Modificaciones de conductas alimentarias, hábitos alimentarios y apetito en lactantes con desnutrición

Cecilia Soledad Domínguez Fermin¹, María Luisa Álvarez Gutiérrez².

Resumen: Prácticas de alimentación inadecuadas que impidan al niño obtener la calidad y cantidad de alimentos requeridos, pueden propiciar la aparición de desnutrición en los mismos. Este estudio relacionó las conductas y hábitos alimentarios con el apetito en 97 niños menores de dos años con desnutrición primaria que recibieron atención nutricional ambulatoria en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo durante el período 2000 – 2010. Para ello, se describió la variable apetito y las correspondientes a las categorías conductas alimentarias y hábitos alimentarios, reportadas en historias dietéticas al ingreso y a 3±2 meses de iniciado el tratamiento nutricional de los niños, aplicándose pruebas estadísticas para determinar cambio y asociación entre dichas variables (test de McNemar, Chi-cuadrado y Fisher). Inicialmente, más de la mitad de los niños tenían conductas y hábitos alimentarios inadecuados, algunos asociados significativamente (p -valor $<0,050$) con el apetito malo o regular (presencia de elementos distractores; horario, lugar y duración de la comida incorrectos; respuesta del cuidador inapropiada; adecuaciones de proteínas, carbohidratos y folato inadecuadas e introducción incorrecta de alimentos complementarios). Luego de 3±2 meses de iniciado el tratamiento nutricional, se observaron cambios significativos (p -valor $<0,050$) en las conductas alimentarias, el apetito y algunos hábitos alimentarios (adecuación de calcio; frecuencia de consumo de hortalizas, frutas, grasas y misceláneos; tipo de preparaciones; dilución y cantidad de leche completa o fórmula infantil y número de comidas principales diarias). En conclusión, el tratamiento nutricional en niños con desnutrición primaria, modifica conductas y hábitos alimentarios inadecuados asociados con su apetito regular o malo. *An Venez Nutr 2014; 27(2): 242-251.*

Palabras clave: Conducta alimentaria, hábito alimentario, apetito, lactante, desnutrición.

Changes in eating behavior, habits and appetite of infants with malnutrition

Abstract: Inadequate feeding practices that restrict the child to obtain the required quality and quantity of food, can promote the occurrence of malnutrition in them. This study related behaviors and eating habits with appetite in 97 children under two years with primary malnutrition receiving outpatient nutritional care in the Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo during the period 2000 - 2010. In order to achieve this, the following variables were described: appetite and those into the categories of eating behaviors and eating habits, which were reported in the dietary histories at baseline and at 3±2 months after starting the nutritional treatment of the children. Statistical tests were applied to assess changes and the relationship between such variables (McNemar's, Chi-squared, and Fisher tests). Initially, more than half of the children had inadequate dietary behaviors and habits, some of them had significant association (p -value <0.050) with the poor or fair appetite (presence of distracting elements; incorrect meal schedule, place and duration; improper caregiver response; inadequate protein, carbohydrate, and folate adequacies and the incorrect introduction of complementary foods). After 3±2 months, significant changes (p -value <0.050) were observed in eating behavior, appetite and some eating habits (calcium adequacy; vegetables, fruit, fat, and miscellaneous consumption frequency; types of preparations; dilution and amount of whole milk or formula and number of main meals per day). In conclusion, the nutritional treatment in children with primary malnutrition changes inadequate eating behaviors and habits associated with their poor or fair appetite. *An Venez Nutr 2014; 27(2): 242-251.*

Key words: Feeding behavior, feeding habit, appetite, infant, malnutrition.

Introducción

En Venezuela, para el año 2007, según el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), el porcentaje de niños menores de dos años con desnutrición fue de 11,29 % de acuerdo con el indicador peso-edad ($\leq P3$) (1). La desnutrición (primaria) es una enfermedad

multifactorial que surge como resultado de la acción de factores adversos dietéticos, biológicos y psicosociales sobre el individuo, que terminan por comprometer el suministro y la utilización de los nutrientes. Este desequilibrio altera las funciones de los órganos y los sistemas en un grado variable, apareciendo una amplia gama de manifestaciones clínicas, que dependiendo de la intensidad del déficit, pueden afectar definitivamente el crecimiento físico, así como las habilidades mentales y motoras a largo plazo, comprometiendo con ello la capacidad productiva de la persona (2,3).

¹Ministerio del Poder Popular para la Salud. Caracas, Venezuela. ²Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA). Caracas, Venezuela. Solicitar correspondencia a: Cecilia S. Domínguez F. (csdf22@hotmail.com)

En lo que respecta a la desnutrición en los lactantes, algunos estudios, señalan que la ausencia de prácticas de alimentación familiares que brinden al niño la calidad y cantidad de alimentos requeridos, en un ambiente físico y emocional que propicie una ingesta suficiente para garantizar un crecimiento y desarrollo óptimos, conduce a actitudes negativas hacia la alimentación como son la selectividad y el rechazo a nuevos alimentos, las cuales se han asociado con una nutrición deficiente y un Índice de Masa Corporal bajo (4-8).

En un estudio chileno, se encontró que las alteraciones en las conductas alimentarias en los primeros años de vida se pueden traducir en un retraso del crecimiento, aversiones alimentarias y dificultades secundarias en la convivencia familiar, por lo que el manejo de estas alteraciones debiera estar basado principalmente en una educación preventiva a la madre en los primeros dos años de vida de su hijo y en la modificación conductual del ambiente familiar (9).

Por otra parte, en el Reino Unido, investigadores observaron que los niños menores de dos años con diagnóstico de falla del crecimiento consumían menos y menor variedad de alimentos, tenían patrones más inmaduros de alimentación, habían sido destetados más tardíamente y tenían menos interés en los alimentos. De igual forma, se constató que aquellos niños que recibieron intervención dietética mejoraron el apetito, así como la ganancia de peso (10).

Con relación a ello, en Venezuela, se estudió a niños con desnutrición pertenecientes a la comunidad de Antímamo en Caracas, encontrando en los mismos algunos hábitos alimentarios inadecuados (adecuación de la ingesta, calidad de la dieta, antecedentes de lactancia e incorporación de alimentos complementarios) (4). En otro estudio realizado en la misma región, en el que se describieron los factores dietéticos y su relación con el apetito en niños menores de dos años con desnutrición leve, se concluyó que la adecuación de consumo de proteínas inadecuada, la baja frecuencia de consumo de vegetales y leche completa, las preparaciones monótonas, la ausencia de un lugar fijo para realizar las comidas, el niño rebelde y el cuidador permisivo durante la alimentación, son los aspectos que tienen asociación estadísticamente significativa con el apetito regular y malo (11). Los resultados y recomendaciones emanadas de dicho estudio, motivaron a la presente investigación con el fin de resaltar la importancia que tiene una adecuada evaluación nutricional en la población infantil, en la que se consideren no sólo los

indicadores clínicos, antropométricos y bioquímicos, sino también los factores dietéticos que están incidiendo en su estado de salud, por lo que en el presente estudio se planteó como objetivo describir las conductas y los hábitos alimentarios, así como su relación con el apetito, en niños menores de dos años con desnutrición primaria que recibieron atención nutricional ambulatoria en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA) durante el período 2000 - 2010.

Metodología

El estudio fue de tipo correlacional y el diseño de la investigación fue no experimental y longitudinal. La recolección de la información se realizó a través de la revisión de las historias dietéticas de primera y de control, registradas mediante entrevista directa al cuidador del niño por nutricionistas clínicos estandarizados de acuerdo con el protocolo establecido en el CANIA (9,12). Este trabajo cumplió con todos los principios éticos señalados en la Declaración de Helsinki (13) y fue aprobado por el Comité de Bioética del CANIA.

La muestra estuvo conformada por 97 niños de ambos sexos que asistieron a la consulta ambulatoria del CANIA durante el período comprendido entre enero del 2000 y diciembre del 2010, seleccionados de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: edad menor de dos años, diagnóstico de desnutrición primaria subclínica, leve o moderada y presencia de un control luego de 3 ± 2 meses de establecido el tratamiento nutricional. Se excluyeron de la muestra a todos aquellos niños que presentaron talla baja, talla alta, riesgo de talla baja, riesgo de talla alta o alguna patología asociada al diagnóstico nutricional.

El tratamiento nutricional que recibieron los niños seleccionados, consistió en un abordaje integral de la desnutrición, involucrando:

- Aspectos médicos: que contemplaba el tratamiento, por parte de un pediatra, de deficiencias de micronutrientes, la estimulación de la práctica de actividad física y la identificación y tratamiento de alteraciones en las funciones de órganos y sistemas (3).
- Aspectos dietéticos: se le entregó a cada niño un plan de alimentación en el cual se especificaba los horarios de comida, los grupos de alimentos y las raciones de éstos en cada comida, de acuerdo al requerimiento calórico del niño calculado por un nutricionista. De igual forma, se les suministró material educativo tipo tríptico, con información

sobre conductas y hábitos alimentarios adecuados para el lactante (3).

- Aspectos psicosociales: se abordaron los factores socioeconómicos y psicológicos determinantes de la desnutrición, específicamente, un trabajador social y un psicólogo, orientaron de forma individual la administración adecuada del presupuesto familiar, la planificación y organización de la compra de alimentos, la modificación de conductas y hábitos alimentarios, el establecimiento de metas familiares, la formulación de un proyecto de vida y el fortalecimiento de valores (3,14).

Adicional al abordaje de dichos aspectos, cada cuidador y/o grupo familiar de los niños, asistió a un taller grupal en el cual se exploró su conocimiento sobre la desnutrición; se aclararon mitos y creencias que pudieran interferir con la recuperación nutricional del niño; se realizaron dinámicas para explicar cómo debe ser una alimentación saludable, las conductas y los hábitos alimentarios adecuados; se trabajó el manejo del presupuesto familiar y se promovió la formación y consolidación de alianzas familiares (3,14).

Variables de estudio

Se empleó como variable a explicar al apetito (15,16), considerado como:

- Bueno: cuando el niño consume espontáneamente la totalidad de las comidas ofrecidas, solicitando meriendas, en al menos seis días de la semana (15,16).
- Regular: cuando seis días de la semana y en dos de las comidas del día, la ingesta de alimentos es variable, necesitando estímulo para consumir la cantidad de comida servida (15,16).
- Malo: cuando el niño prefiere no comer ni responde a estímulos, por lo menos seis días de la semana y en todas las comidas (15,16).
- Elevado: cuando seis días de la semana y en todas las comidas, el niño ingiere mayor cantidad de alimentos de lo usual para su edad (15,16).
- Como variables explicativas, se utilizaron aquellas correspondientes a las conductas y los hábitos alimentarios:
- Conductas alimentarias: presencia de elementos distractores, horario y lugar de las comidas, compañía durante la comida, duración de las comidas y respuesta del cuidador y el niño durante la alimentación (15-17). De esta última, se consideró que:

El cuidador podía ser:

Responsable: atiende adecuadamente a las señales de hambre y saciedad del niño (15).

Controlador: ejerce el control sobre lo que el niño consume sin respetar sus señales de hambre y saciedad (15).

Permisivo: el niño es quien decide la calidad, cantidad y frecuencia de lo que consume (15).

El niño podía:

Responder adecuadamente: cuando se alimenta de acuerdo a necesidades fisiológicas y a indicaciones externas (15).

Ser apático: no responde a sus necesidades fisiológicas ni a indicaciones externas con respecto a la alimentación (15).

Ser pasivo: asume sin oposición las indicaciones del cuidador en cuanto a la calidad, cantidad y frecuencia de la alimentación (15).

Ser rebelde: reacciona de forma opositora cuando el cuidador emite una indicación con respecto a la alimentación (15).

- Hábitos alimentarios: adecuación nutricional (calculada por el programa ARNAC –Alimentación Requerimientos Nutricionales Adecuación CANIA–), frecuencia de consumo de alimentos semanal, número de comidas principales y meriendas al día, tipo de preparaciones, identificación de rechazos y preferencias, práctica de la lactancia materna, uso de fórmulas infantiles y leche completa, dilución y número de onzas al día de la fórmula infantil y de la leche completa, uso del biberón e introducción de la alimentación complementaria (15-22).

Diagnóstico nutricional

El diagnóstico de desnutrición actual se estableció mediante la combinación de indicadores de dimensión global, utilizando la referencia OMS 1978 (23) y los puntos de corte recomendados por el Instituto Nacional de Nutrición (INN) de Venezuela (17), y los indicadores directos y estimados de composición corporal, utilizando los valores de referencia y puntos de corte establecidos por el Estudio Transversal de Caracas para los niños menores de 12 meses (18) y los de Frisnacho para los mayores o iguales a 12 meses de edad (24). Para definir el grado de intensidad de la desnutrición actual: subclínica o clínica (leve o moderada), se utilizó el criterio de los puntos de corte sugeridos por el INN para los indicadores peso-edad y peso-talla para la desnutrición clínica (17,19) y

para la subclínica, la combinación de los indicadores de composición corporal en déficit, en presencia de indicadores de dimensión global en los rangos inferiores de la normalidad o en riesgo de desnutrición, acompañados de uno o varios de los indicadores de las áreas biomédica, dietética, socioeconómica y psicológica en riesgo para condicionar o determinar la desnutrición (19).

Análisis estadístico

Se determinaron las distribuciones de frecuencias de las variables de estudio y se utilizó el test de McNemar para evaluar el cambio entre dos variables, así como el test Chi-cuadrado y el test de Fisher, para conocer la existencia de asociación entre variables, evaluándose el coeficiente de contingencia para determinar la fuerza de dicha asociación. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS versión 19.0.

Resultados

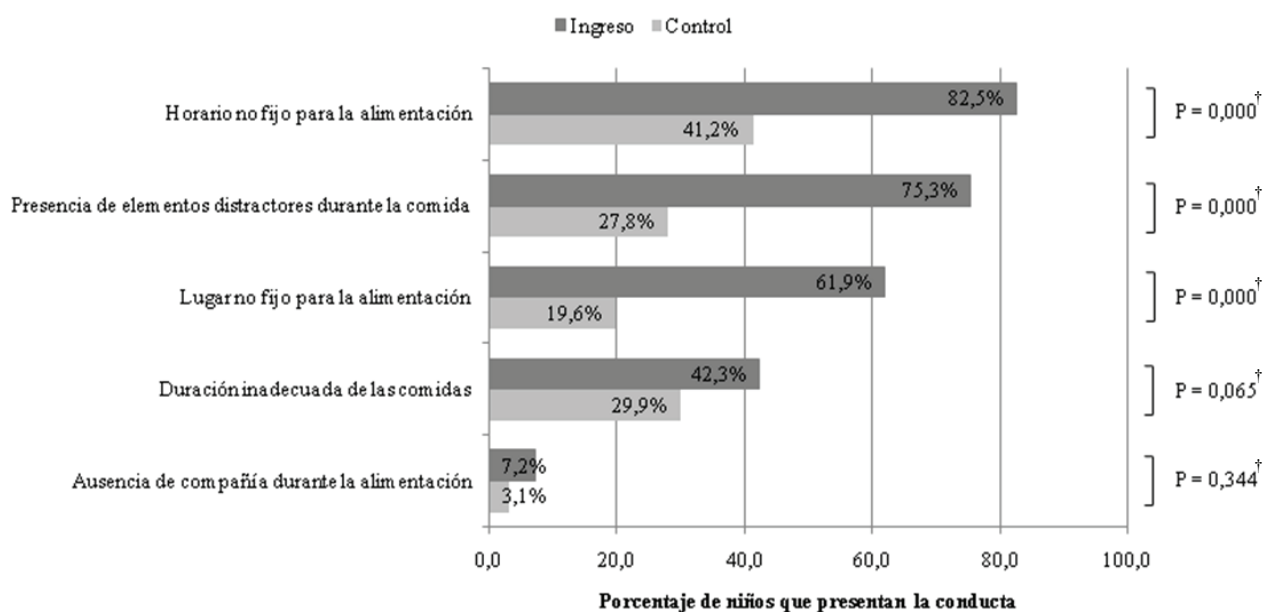
La muestra de estudio estuvo conformada por 97 niños de los cuales el 63,9 % era del sexo femenino. Las edades estaban comprendidas entre 0 y 23 meses, siendo mayor el número de niños con edades entre 7 y 12 meses (45,4%).

Al describir las conductas alimentarias al ingreso

(Figura 1), se observa que la mayor parte de los niños estudiados realizaba sus comidas en presencia de elementos distractores (75,3 %) y no tenía horario ni lugar fijo para la alimentación (82,5 % y 61,9 %, respectivamente). Asimismo, se logró determinar que la respuesta del niño ante la alimentación era principalmente rebelde (56,7 %) y la del cuidador, permisivo (57,7 %).

En el control a los 3±2 meses luego de iniciado el tratamiento nutricional, se corrigieron todas las conductas alimentarias que se encontraban inadecuadas: duración de la comida, horario y lugar para la alimentación, presencia de elementos distractores y respuesta del niño y del cuidador durante la comida, cambios que fueron estadísticamente significativos (p-valor = 0,000), excepto para la duración inadecuada de la comida (Figura 1).

En lo que respecta a los hábitos alimentarios al ingreso, una elevada proporción de los niños presentaron adecuaciones bajas de energía, macronutrientes (proteínas, grasas y carbohidratos) y algunos micronutrientes (hierro, zinc y vitamina E) (Cuadros 1 y 2). Por otra parte, la frecuencia de consumo de los grupos de hortalizas y de misceláneos, resultó inadecuada para el 48,5 % y el 71,1 % de los niños, respectivamente; así como también, en más del 50 % de la muestra se



*El control se realizó a los 3±2 meses luego de indicado el tratamiento nutricional.

†Determinada mediante la Prueba de McNemar.

Figura 1. Conductas alimentarias de los niños al ingreso y en el control* del tratamiento nutricional en el CANIA (2000 – 2010)

Cuadro 1. Adecuación de energía y macronutrientes de los niños al ingreso y en el control* del tratamiento nutricional en el CANIA (2000 – 2010)

Adecuaciones	Ingreso		Control		Prueba de McNemar	Homogeneidad marginal
	n	%	n	%		
Muestra total	97	100,0	97	100,0		
Adecuación de energía						
Baja	71	73,2	68	70,1	0,222	–
Adecuada	7	7,2	11	11,3		
Alta	19	19,6	18	18,6		
Adecuación de proteínas						
Baja	63	64,9	62	63,9	0,389	–
Adecuada	13	13,4	17	17,5		
Alta	21	21,6	18	18,6		
Adecuación de grasas						
Baja	66	68,0	56	57,7	0,009	0,558
Adecuada	3	3,1	16	16,5		
Alta	28	28,9	25	25,8		
Adecuación de carbohidratos						
Baja	68	70,1	67	69,1	0,665	–
Adecuada	11	11,3	13	13,4		
Alta	18	18,6	17	17,5		

*El control se realizó a los 3±2 meses luego de indicado el tratamiento nutricional.

Cuadro 2. Adecuación de micronutrientes de los niños al ingreso y en el control* del tratamiento nutricional en el CANIA (2000 – 2010)

Adecuaciones	Ingreso		Control		Prueba de McNemar	Homogeneidad marginal
	n	%	n	%		
Muestra total	97	100,0	97	100,0		
Adecuación de calcio						
Baja	21	21,6	40	41,2	0,002	0,000
Adecuada	21	21,6	19	19,6		
Alta	55	56,7	38	39,2		
Adecuación de hierro						
Baja	48	49,5	44	45,4	0,744	–
Adecuada	20	20,6	25	25,8		
Alta	29	29,9	28	28,9		
Adecuación de zinc						
Baja	82	84,5	87	89,7	0,478	–
Adecuada	8	8,2	6	6,2		
Alta	7	7,2	4	4,1		
Adecuación de vitamina E						
Baja	70	72,2	70	72,2	0,801	–
Adecuada	9	9,3	10	10,3		
Alta	18	18,6	17	17,5		
Adecuación de retinol						
Baja	20	20,6	27	27,8	0,096	–
Adecuada	5	5,2	10	10,3		
Alta	72	74,2	60	61,9		
Adecuación de folato						
Baja	31	32,0	35	36,1	0,294	–
Adecuada	10	10,3	16	16,5		
Alta	56	57,7	46	47,4		

*El control se realizó a los 3±2 meses luego de indicado el tratamiento nutricional.

observó consumo de preparaciones monótonas, empleo del biberón como instrumento para la alimentación, consumo de leche completa o fórmula infantil con una dilución incorrecta y en la cantidad de onzas (volumen) inadecuada e inicio de la introducción de alimentos complementarios de forma inapropiada.

En el control, después de iniciado el tratamiento nutricional, se observaron cambios estadísticamente significativos en algunos hábitos alimentarios: aumentó la frecuencia de consumo adecuada de hortalizas (p-valor = 0,020), frutas (p-valor = 0,002), grasas (p-valor = 0,000) y misceláneos (p-valor = 0,000) y se elevó el porcentaje de niños que consumían 3 comidas

principales al día (p-valor = 0,000), preparaciones variadas (p-valor = 0,000) y leche completa o fórmula infantil con la dilución y la cantidad de onzas adecuadas (p-valor = 0,000). No obstante, se observó un aumento en el porcentaje de niños con adecuaciones bajas de calcio, lo cual representó un cambio significativo desfavorable luego de implementado el tratamiento nutricional (p-valor = 0,002) (Cuadro 2).

Con relación al apetito, se encontró un elevado porcentaje de niños con apetito malo o regular antes del inicio del tratamiento nutricional (71,1 %), porcentaje que disminuyó significativamente luego de implementado el tratamiento nutricional (45,3 %, p-valor = 0,000).

Cuadro 3. Apetito de los niños según conductas y hábitos alimentarios al ingreso en el CANIA (2000 – 2010)

Conductas y hábitos alimentarios	AB		AR/M		Total		Chi-cuadrado	V de Cramer (%)
	n	%	n	%	n	%		
Muestra total					97	100,0		
Presencia de elementos distractores								
Ausentes	12	50,0	12	50,0	24	100,0	0,018	26,7
Presentes	16	21,9	57	78,1	73	100,0		
Horario para la alimentación								
Fijo	9	52,9	8	47,1	17	100,0	0,036	24,5
No fijo	19	23,8	61	76,3	80	100,1		
Lugar para la alimentación								
Fijo	16	43,2	21	56,8	37	100,0	0,021	24,9
No fijo	12	20,0	48	80,0	60	100,0		
Duración de las comidas								
Adecuada	24	42,9	32	57,1	56	100,0	0,001	36,1
Inadecuada	4	9,8	37	90,2	41	100,0		
Respuesta del cuidador								
Responsable	10	52,6	9	47,4	19	100,0	0,009	31,2
Permisivo	16	28,6	40	71,4	56	100,0		
Controlador	2	9,1	20	90,9	22	100,0		
Adecuación de proteínas								
Baja	11	17,5	52	82,5	63,0	100,0	0,003	34,5
Adecuada	7	53,8	6	46,2	13,0	100,0		
Alta	10	47,6	11	52,4	21,0	100,0		
Adecuación de carbohidratos								
Baja	14	20,6	54	79,4	68,0	100,0	0,000	39,9
Adecuada	2	18,2	9	81,8	11,0	100,0		
Alta	12	66,7	6	33,3	18,0	100,0		
Adecuación de folato								
Baja	5	16,1	26	83,9	31,0	100,0	0,028	27,1
Adecuada	1	10,0	9	90,0	10,0	100,0		
Alta	22	39,3	34	60,7	56,0	100,0		
Introducción de alimentos								
Adecuada	11	47,8	12	52,2	23,0	100,0	0,034	23,3
Inadecuada	17	23,0	57	77,0	74,0	100,0		

Nota: AB: apetito bueno; AR/M: apetito regular o malo.

Al relacionar el apetito con las conductas y hábitos alimentarios al ingreso, se obtuvo asociación del apetito regular o malo con varios de estos factores dietéticos (Cuadro 3), observándose una asociación más fuerte (fuerza de asociación mayor al 30 %) con las adecuaciones bajas de carbohidratos (p-valor = 0,000) y proteínas (p-valor = 0,003), la duración de la comida inadecuada (p-valor = 0,001) y el cuidador permisivo o controlador (p-valor = 0,009) (Cuadro 3).

Discusión

Los resultados obtenidos señalan que a través del tratamiento nutricional es posible modificar conductas y hábitos alimentarios inadecuados que se asocian con el apetito regular o malo de niños menores de dos años con desnutrición primaria (subclínica, leve o moderada).

Autores que estudiaron a niños con características similares, encontraron conductas alimentarias alteradas que se asemejan a las observadas en este estudio (5,11,20-22,25,26). Explican que cuando los cuidadores no son capaces de interpretar adecuadamente las señales de hambre y saciedad del niño, se crea un ambiente inadecuado (horario y lugar irregulares) al cual el niño responde mediante aversiones alimentarias y conductas rebeldes para evadir la alimentación, conduciendo a la actitud controladora o permisiva de los padres y al empleo de elementos distractores, en un intento por garantizar el consumo de alimentos. Estas conductas, se observaron en el presente trabajo y estuvieron asociadas a un apetito regular o malo que, posiblemente, comprometió la ingesta de nutrientes y contribuyó al estado nutricional deficiente de los niños estudiados.

En lo que respecta a los hábitos alimentarios, los resultados observados concuerdan con los obtenidos en otras investigaciones en las que se estudiaron los hábitos alimentarios de niños menores de dos años con diferentes grados de desnutrición, encontrándose que estos niños presentaban igualmente: adecuaciones bajas de energía, macronutrientes y hierro; adecuaciones altas de calcio, retinol y folato; frecuencia de consumo inadecuada de misceláneos; ingesta de preparaciones monótonas; empleo del biberón como instrumento para la alimentación; consumo de leche completa o fórmula infantil con una dilución incorrecta y en la cantidad de onzas inadecuada e inicio de la introducción de alimentos complementarios de forma inapropiada (4,10,11,20,25-30). No obstante, en dichas investigaciones se encontró que los niños que presentan desnutrición, también

poseen una frecuencia de consumo de vegetales baja (4,11) y un número de comidas principales menor a 3 (10), lo cual difiere de lo observado en el presente estudio. Estas discrepancias podrían ser atribuidas a las diferencias en las características de las muestras estudiadas (grados de desnutrición, medio geográfico, cultura, nivel socioeconómico, etc.).

Las alteraciones observadas en los hábitos alimentarios de la muestra estudiada, se corresponden con aquellas que pueden producirse en la alimentación típica de un lactante, donde la leche (humana o de vaca) es el principal alimento de este grupo etario, acompañada de cereales precocidos, compotas, sopas y jugos naturales, dieta que es propensa a estar constituida por preparaciones monótonas pero que aportan un contenido adecuado de calcio, retinol y folato, nutrientes en los que el consumo resultó elevado en la mayoría de los niños evaluados. Estos micronutrientes, no sólo se encuentran naturalmente en estos alimentos, sino también en algunos productos de consumo habitual en los niños, que han sido enriquecidos en Venezuela con estos micronutrientes, tal es el caso de los cereales precocidos (con ácido fólico) y de las harinas de maíz y de trigo panadera (con retinol) (31).

No obstante, y en concordancia con los resultados encontrados en los hábitos alimentarios al ingreso (adecuaciones bajas de energía, macronutrientes, vitamina E, zinc y hierro), dichas preparaciones suelen ser de baja densidad calórica, deficientes en macronutrientes y en algunos micronutrientes como la vitamina E (presente en las grasas vegetales muy poco consumidas por este grupo etario), el zinc y el hierro. Estos dos últimos minerales, encontrados principalmente en las proteínas de origen animal que en muchos casos suelen ser introducidas tardíamente en la alimentación del niño (31).

Aunado a ello, se presentan las prácticas alimentarias inadecuadas por parte de los cuidadores, como el destete temprano, la introducción de la alimentación complementaria inadecuada, el uso prolongado del biberón y la dilución y cantidad inadecuadas de leche completa o fórmula infantil, lo cual agrava los déficits nutricionales observados, que persisten durante un tiempo variable, dando lugar a la aparición de la desnutrición.

Con relación al apetito, el elevado porcentaje de niños con apetito regular o malo (al ingreso) que se observó en este estudio, concuerda con lo encontrado en estudios realizados con lactantes en los que se señala que la

alteración del apetito es un factor de riesgo para una menor ganancia de peso (10,32,33). De igual forma, las asociaciones observadas entre apetito regular o malo y algunas conductas (presencia de elementos distractores durante la comida, horario y lugar no fijos para la alimentación, duración de la comida inadecuada y cuidador permisivo o controlador) y hábitos alimentarios (adecuaciones bajas de proteínas, carbohidratos y folato e introducción inadecuada de alimentos complementarios), se asemejan a las observadas en diversos estudios en lactantes con desnutrición (11,32,33).

Los cambios observados en el apetito, las conductas y los hábitos alimentarios luego de implementado el tratamiento nutricional, coinciden con lo reportado en investigaciones en las que se demostró que las alteraciones en estas variables son susceptibles de corrección con una intervención nutricional adecuada (10,20,32,33). Cabe señalar que los cambios estadísticamente significativos observados en los hábitos alimentarios fueron menores respecto a los apreciados en las conductas, resaltando el incremento de niños con adecuaciones bajas de calcio, lo que probablemente se deba al aumento en el control parental de la cantidad de onzas de fórmula infantil o leche completa ingeridas, así como al aumento en la variedad de las preparaciones, que pudieran traer como consecuencia una disminución en el consumo de leche a expensas de un mayor consumo de otros grupos de alimentos que no son fuente de calcio. Sin embargo, es necesario realizar investigaciones futuras en los que se estudie este resultado, a fin de aportar soluciones para evitar la disminución de la adecuación de calcio luego de implementado el tratamiento nutricional, debido a la importancia de este nutriente para el crecimiento de los niños.

Es importante mencionar que durante la realización del presente estudio se presentaron limitaciones con el análisis estadístico de algunas variables. A la frecuencia de consumo de cereales, edad del destete, práctica de la lactancia materna, tipo de lactancia materna, uso de fórmula infantil y leche completa y empleo del biberón, no se les aplicó el test de McNemar debido a que en algunas de estas variables la variación fue mínima entre los momentos inicial y final de la evaluación, y en otras, porque las variaciones que se observaron en las mismas no necesariamente dependían del tratamiento nutricional indicado, sino que podían estar siendo modificadas por variables externas no consideradas en este estudio como variaciones en la edad del niño o la obtención de empleo por parte de la madre, entre otras circunstancias que pudieran afectar la decisión de los cuidadores de realizar cambios en estas conductas y hábitos, no necesariamente

por sugerencia del especialista en salud.

Igualmente, hubo variables que al relacionarlas con el apetito no se les pudo interpretar la prueba de chi-cuadrado debido a un tamaño de muestra insuficiente, como la respuesta del niño durante la alimentación, la adecuación de energía, grasas, zinc y retinol y el número de meriendas al día. Asimismo, debido a esa razón, se unificaron las variables apetito regular y malo en una sola categoría para lograr realizar la interpretación estadística del chi-cuadrado al relacionar el apetito con las conductas y hábitos alimentarios.

Se deben considerar también las debilidades inherentes al método de recolección de la información para la historia dietética (imprecisión de las respuestas del cuidador entrevistado debido a su capacidad de comprensión, fallas de la memoria, inexactitud en la estimación del tamaño de las raciones, entre otras) a partir de la cual se obtuvieron los datos para llevar a cabo este estudio, y que por tanto, condicionan los resultados obtenidos.

A modo de conclusión, la modificación de las conductas y hábitos alimentarios inadecuados, puede repercutir en la mejoría del apetito en niños con características similares a las estudiadas y en consecuencia disminuir la probabilidad de desarrollar algún tipo de desnutrición. De allí la importancia de impartir una educación nutricional apropiada a los padres desde la consulta obstétrica y en el control de niño sano.

Se sugiere que se realicen más estudios inherentes al tema con muestras de mayor tamaño, en los que se relacionen los cambios en las conductas y hábitos alimentarios de los niños con los cambios en su estado nutricional, así como estudios en los que se identifiquen las causas que conducen a los cuidadores a incurrir en prácticas alimentarias inadecuadas. Estas investigaciones aportarán información útil para continuar mejorando las medidas de prevención y tratamiento de la desnutrición infantil.

Agradecimientos

Se agradece la colaboración y apoyo brindados por el personal del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA). Este trabajo fue financiado por Empresas Polar.

Referencias

1. Instituto Nacional de Nutrición (INN). Anuario del Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN). Caracas: INN; 2000-2007.
2. Ramsay M. Habilidades de alimentação, appetite e

- comportamento alimentar de bebês e crianças pequenas e seu impacto sobre o crescimento e o desenvolvimento psicológico. En: Tremblay R, Boivin M, Peters R. Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2011. p. 1-9.
3. Borno-Gamboa S, Noguera-Brizuela D, Rojas-Martínez YM. Tratamiento de la desnutrición calórico-proteica. En: Henríquez-Pérez G, Dini-Golding E. Nutrición en pediatría. 2 ed ampl. Caracas: Centro de Atención Nutricional Infantil de Antímano (CANIA); 2009. p. 501-32.
 4. Zarzalejo Z, García M, Álvarez ML, Millán A. Hábitos de alimentación en niños desnutridos menores de dos años en una comunidad urbano marginal. *An Venez Nutr* 2001;14(2):60-9.
 5. Gregory JE, Paxton SJ, Brozovic AM. Maternal feeding practices, child eating behavior and body mass index in preschool-aged children: a prospective analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010;7:55.
 6. Black MM, Creed-Kanashiro HM. ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2012;29(3):373-8.
 7. Black MM, Creed-Kanashiro HM. ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2012;29(3):373-8.
 8. Ducara-Mora PE. Consideraciones sobre la inapetencia infantil y la adopción de hábitos alimentarios saludables. *Rev CES Med* 2011;25(2):153-68.
 9. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev Chil Nutr* 2002;29(3):280-85.
 10. Wright Ch, Loughridge J, Moore G. Failure to thrive in a population context: two contrasting studies of feeding and nutritional status. *Proc Nutr Soc* 2000; 59:37-45.
 11. Martínez-Quijada MM, Gutiérrez ML. Factores dietéticos y su relación con el apetito en niños menores de dos años con desnutrición leve. *Arch Latinoam Nutr* 2012; 62(2):137-44.
 12. Zarzalejo Z, García M, Álvarez ML, Millán A. La evaluación dietética como instrumento diagnóstico en la población pediátrica. *An Venez Nutr*. 1999; 12(1):33-44.
 13. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. 52nd WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland. October 2000. Disponible en: <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/dockets/06d0331/06D-0331-EC20-Attach1.pdf>. [Consultado Mayo 7, 2012].
 14. Castro CM, González-Cabriles WJ, Muñoz-Valero CJ. Atención psicosocial de la malnutrición primaria por déficit. En: Henríquez-Pérez G, Dini-Golding E. Nutrición en pediatría. 2 ed ampl. Caracas: Centro de Atención Nutricional Infantil de Antímano (CANIA); 2009. p. 139-47.
 15. Rojas-Martínez YM. Evaluación dietética. En: Henríquez-Pérez G, Dini-Golding E. Nutrición en pediatría. 2 ed ampl. Caracas: Centro de Atención Nutricional Infantil de Antímano (CANIA); 2009. p. 1267-86.
 16. García-Narváez ME, Dini-Golding E. Alimentación en el lactante. En: Henríquez-Pérez G, Dini-Golding E. Nutrición en pediatría. 2 ed ampl. Caracas: Centro de Atención Nutricional Infantil de Antímano (CANIA); 2009. p. 265-93.
 17. Hernández de Valera Y, Henríquez-Pérez G, Urbina S, Borges HL. Medición y vigilancia del crecimiento y la nutrición del niño venezolano menor de 6 años de edad. Caracas: Instituto Nacional de Nutrición; 1985. Serie Cuadernos Azules; 53. 38 p.
 18. Contreras-Blanco ML, Landaeta-Jiménez M, Méndez-Castellano H, Colmenares R. Estudio Transversal de Caracas. *Arch Venez Pueric Pediatr* 1986;49(3-4):111-55.
 19. Henríquez-Pérez G, Dini-Golding E. Evaluación del estado nutricional. En: Henríquez-Pérez G, Dini-Golding E. Nutrición en pediatría. 2 ed ampl. Caracas: Centro de Atención Nutricional Infantil de Antímano (CANIA); 2009. p. 3-74.
 20. Aboud F, Shafique S, Akhter S. A responsive feeding intervention increases children's self-feeding and maternal responsiveness but not weight gain. *J Nutr* 2009; 139:1738-43.
 21. Ainuki T, Akamatsu R. Association between children's appetite patterns and maternal feeding practices. *Food and Nutrition Science* 2011; 2: 228-34.
 22. Gatica C, Méndez de Feu M, Miranda D, Meersohn M, Medina M, Acosta S, et al. Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. *Arch Argent Pediatr* 2009;107(6):496-503.
 23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Medición del cambio del estado nutricional: directrices para evaluar el efecto nutricional de programas de alimentación suplementaria destinado a grupos vulnerables. Ginebra: OMS; 1983. p. 65-105.
 24. Frisancho AR. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1993. p. 37-63.
 25. Chuproski P, Tsupal PA, Furtado MCC, Mello DF. Feeding practices for malnourished children under two years old. *Rev Gaúcha Enferm* 2012;33(4):118-25
 26. Chuproski P, Tsupa PA, Fujimori E, Pessa Ribeiro R, Mello DF. Eating behaviors and the social status of families of malnourished children. *Rev Esc Enferm USP* 2012;46(1):50-7.
 27. Cruz Agudo Y, Jones AD, Berti PR, Larrea Macías S. Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia. *Arch Latinoam Nutr* 2010;60(1):7-14.
 28. Katara PS, Patel SV, Kantharia SL, Mazumdar VS, Shah

- MB. Study on feeding practices among children 6 months to 2 years and its effect on their nutritional status in urban slums. *Natl J Community Med* 2013;4(3):475-78.
29. Papp J, Campos I. Hábitos y conductas en la alimentación de lactantes menores hospitalizados por desnutrición grave. *Arch Venez Pueric Peditr* 2010; 73(2):9-17.
30. Ayu D, Scherbaum V, Chrismiari R, Hormann E, Novita N, Suryantan J, et al. Infant feeding practices among mildly wasted children: a retrospective study on Nias Island, Indonesia. *Int Breastfeed J* 2012;7(3).
31. Instituto Nacional de Nutrición. Valores de referencia de energía y nutrientes para la población venezolana. Caracas; 2000. Serie de Cuadernos Azules; 53. p. 47-57.
32. Wright C, Parkinson K, Shipton D, Drewett R. How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? *Pediatrics* 2007;120;1069-75.
33. Wright C, Parkinson K, Drewett R. How does maternal and child feeding behavior relate to weight gain and failure to thrive? Data from a prospective birth cohort. *Pediatrics* 2006;117 (4);1262-9.

Recibido: 23-05-2014

Aceptado: 9-01-2015