

**5 mitos alimentarios de Antioquia-Colombia; bajo una mirada social, médica y
nutricional**

Trabajo de grado para optar al título de especialistas en alimentación y nutrición.

Autoras:

Eliana Nanclares García, Médica General

Lodys Loreth López Mosquera, Médica General

Asesor:

Leonardo acuña v. Msc.

Unilasallista corporación universitaria

Facultad de ingeniería de alimentos

Posgrados

Caldas -Antioquia

2023

Resumen

Introducción: Si bien la conducta alimentaria depende de múltiples factores, existe acuerdo en la importancia de aspectos socio-ambientales en los que la familia tiene un rol central, especialmente en edades tempranas. Una adecuada alimentación durante los primeros años de vida es fundamental para asegurar el crecimiento y mantener la salud durante la etapa adulta. Las creencias de tiempos pasados sobre las relaciones entre la alimentación y la salud se pueden contrastar con los medios científicos actuales y comparar la gran diferencia que se aprecia entre los mitos creados en nuestros días por la publicidad tendenciosa, que ha calado hondo sobre aquellas creencias antiguas con una base empírica, transmitidas durante generaciones por la tradición oral. **Objetivo:** Analizar 5 mitos alimentarios en cuidadores y/o padres de menores de 5 años comúnmente encontrados en la consulta médica en Antioquia, Colombia; bajo una mirada social, médica y nutricional. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de revisión. Se eligieron 67 artículos originales publicados entre 2003 a 2023 en Latinoamérica. **Resultados:** De los mitos analizados el 100% no tienen validez científica. **Conclusión:** Los medios de comunicación hoy día, ejercen influencia sobre los cuidadores a la hora de transmitir o vender productos alimenticios vacíos nutricionalmente, que conlleva a que algunos cuidadores y/o padres ofrezcan a sus hijos e hijas prácticas alimentarias poco balanceadas y con bajo valor nutricional.

Palabras clave: Hábitos alimentarios; obesidad infantil; creencias culturales; prácticas de alimentación; publicidad de alimentos; mitos alimentarios.

Tabla de Contenido

Introducción	4
Marco teórico.....	7
Objetivos	12
Material y métodos.....	13
Resultados.....	14
Discusión.....	15
Conclusiones.....	26
Recomendaciones.....	27
Bibliografía	28

Introducción

A lo largo de la historia, el tema de la alimentación ha suscitado un gran interés en la sociedad, sin embargo, la tradición, el folclor y también el desconocimiento de la población llevan al desarrollo de diferentes mitos en relación a la alimentación que pueden provocar cambios en hábitos y comportamientos en el individuo (Dominguez, 2018).

Las creencias de tiempos pasados sobre las relaciones entre la alimentación y la salud se pueden contrastar con los medios científicos actuales y es curioso comparar la gran diferencia que se aprecia entre los mitos creados en los últimos tiempos por publicidad sesgada, que ha calado hondo sobre el desconocimiento; y aquellas creencias antiguas con una base empírica, transmitidas durante generaciones por la tradición oral. Ante ello es necesario generar espacios de aprendizaje para las familias donde el mediador es el personal sanitario con información validada y sustentada en estudios bromatológicos que pueda ser transmitida a la comunidad (Murillo G. G.-E., 2017).

La literatura describe distintas prácticas de los padres hacia la alimentación de los niños, que incluyen prácticas directivas como la restricción en la alimentación o la presión para comer; prácticas dirigidas a fomentar la participación del niño y la toma de decisiones en la alimentación, como el refuerzo y modelado de figuras significativas; y prácticas orientadas a generar un contexto promotor de la alimentación saludable, como por ejemplo, horarios regulares y condiciones ambientales (Nazar, 2020)

Con el paso del tiempo, se ha observado cómo a ciertos alimentos se les otorgaban características extraordinarias, reemplazando el saber científico por creencias populares, las cuales podían tener un soporte nutricional o directamente desde un pensamiento mágico. Hoy día, se pueden encontrar mitos que provienen de una interpretación errónea de conocimientos científicos, mientras que otros son fruto de medicinas tradicionales (Dominguez, 2018).

Actualmente, la información acerca de actitudes y percepciones de las madres con respecto a la alimentación de sus niños durante los 3 primeros años de vida es limitada, por lo que se conoce poco sobre por qué realizan ciertas prácticas y por qué no otras, siendo esta información la que permitiría darle un enfoque real a las intervenciones educativo-nutricionales que se realizan en busca de una mejora del estado de salud y nutrición de los niños. Así mismo, las percepciones (procesos cognitivos que consisten en el reconocimiento, interpretación y significación para elaborar juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y

social) sobre la alimentación del niño, creencias en relación a lactancia materna. Además de cantidad, frecuencia y consumo de alimentos de origen animal (AOA), influirían en sus actitudes (Gamarra, 2010).

La forma en que los seres humanos asumen su alimentación repercute en su disposición intrínseca ante las enfermedades, siendo particularmente impactante durante las etapas tempranas de la vida, sobre todo en edades preescolares por su incidencia en el desarrollo del individuo (Abadeano, 2019).

Por otro lado, las actitudes, definidas como estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la experiencia que incita a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones, pueden ser favorables o desfavorables, de rechazo o aceptación respecto a lactancia materna, alimentación habitual del niño menor de 3 años y durante periodos de enfermedad (Gamarra, 2010).

La cultura es un determinante social fundamental, que debe ser tenido en cuenta al momento de implementar políticas o investigaciones sobre nutrición y alimentación; los hábitos alimenticios de las poblaciones son la expresión de sus creencias y tradiciones y están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria. Por ello, las costumbres que expresan la cultura, se constituyen desde la alimentación en un hecho fisiológico como resultado de un proceso histórico, social, económico y político. En esta medida, para elevar el nivel de vida de las poblaciones se hace necesario el estudio de las condiciones biológicas individuales y de su medio social y cultural para identificar los factores que ejercen una influencia deletérea para la salud y que impiden el mejoramiento del bienestar general (Salazar, 2018).

Una adecuada alimentación durante los primeros años de vida es fundamental para asegurar el crecimiento y mantener la salud durante la etapa adulta. A partir de los 6 meses de vida se debe iniciar una etapa conocida como alimentación complementaria (AC), donde se introducen alimentos diferentes a la leche materna de manera gradual y progresiva. La Alimentación complementaria tiene por objetivo cubrir las necesidades nutricionales del niño, favorecer la interrelación madre-hijo, ayudar a la transición del lactante de una dieta líquida, a la del consumo familiar y favorecer el establecimiento de hábitos saludables de alimentación. Para lograr lo anterior, es importante que la madre tenga conocimientos y prácticas adecuadas en alimentación (Cuadros-Mendoza, 2017).

La AC (alimentación complementaria), se debe implementar bajo un esquema de alimentación perceptiva (crear un ambiente correcto, considerar aspectos sensoriales, interpretar las señales de hambre y saciedad), los aspectos culturales y la percepción de los padres y/o cuidadores. Implica también una progresión en el cambio de texturas para promover los movimientos de la lengua, labios y mandíbula, con la finalidad de asegurar el correcto desarrollo de los órganos involucrados en la masticación, el habla y la pronunciación. Además, es un periodo muy importante de establecimiento de preferencias alimentarias que perdurarán en etapas posteriores (Vasquez, 2023).

La lactancia materna es el alimento ideal para el desarrollo sano de los lactantes, esta debería suministrarse durante los seis primeros meses de vida en los lactantes de forma exclusiva para lograr un crecimiento, y una salud óptimos. A partir de los 6 meses debido al aumento en sus demandas nutricionales, los lactantes deben recibir alimentos complementarios adecuados e inoocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia hasta los dos años de edad. Dicho cambio ha traído como consecuencias malas prácticas o hábitos nutricionales, las cuales son poco apropiadas y transmitidas por cadenas generacionales entre las familias, que conllevan a una mal nutrición para la edad preescolar (Camacho, 2007). La lactancia materna suministrada en un periodo menor a 3 meses trae como consecuencia mayor tasa de obesidad en niños menores de 5 años (Jurado, 2016).

La nutrición neonatal es fundamental para su desarrollo biológico. En efecto, la leche materna posee gran importancia como fuente de factores que favorecen el desarrollo del sistema inmune, capaz de prevenir múltiples enfermedades frecuentes en los primeros meses, gracias a la combinación de los diversos componentes bioactivos presentes en ella. Beneficios inmunológicos:

1. Los antioxidantes y las quinonas protegen del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.
2. Las inmunoglobulinas previenen la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.
3. Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño.
4. Inmunoglobulina A secretora (IgAs), posee acción antiinfecciosa sobre antígenos específicos.
5. La lactoferrina (Lf) interviene en la inmunomodulación, quelación de hierro, posee propiedades de acción antimicrobiana.
6. La lisozima: lisis bacteriana, inmunomodulación.
7. Caseína: es antiadhesiva y protege la flora bacteriana.
8. Citocinas: es principalmente antiinflamatorias, promueve el crecimiento de las células epiteliales.
9. Enzimas: previenen la

oxidación lipídica.10.La respuesta inmunológica en mucosas ante un estímulo causa sensibilización de linfocitos T y B y producción de anticuerpos (Monet Á, 2022).

La edad para iniciar alimentación complementaria en el lactante no debe ser menor a 17 semanas (4 meses), por el riesgo de daño renal debido a sobrecarga de solutos (Alrededor de los seis meses de vida, la función renal ha alcanzado el grado de maduración necesario para manejar cargas osmolares mayores, lo que le permite tolerar un mayor aporte proteico y de solutos en la dieta); además no hay madurez inmunológica, riesgo de enfermedades crónico degenerativas; y, no debe ser iniciada después de las 24 semanas (6 meses), por enfermedades con componentes inmunológico, trastornos de la deglución, desnutrición y deficiencia de nutrientes (Cuadros Mendoza ., 2017).

A través de esta revisión de tema se pretende demostrar cómo los saberes culturales y ancestrales se transmiten en forma de mitos, de generación en generación en los cuidadores, perpetuando las prácticas y comportamientos alimentarios no saludables y cómo éstas prácticas pueden influir positivamente o negativamente en el desarrollo físico y nutricional del niño o niña menor de 5 años.

2. Marco teórico

En relación a la alimentación se pueden generar mitos y creencias; según la Real Academia de la Lengua (RAE), un mito consiste en una historia fabulosa que altera las cualidades de una persona o de una cosa, dándoles un valor mayor del que presentan en realidad. El problema de estos mitos, reside en su arraigo en las personas que los consideran como verdaderos y también en la ausencia de fundamento científico. La falta de esta base científica provoca que todo el mundo opine y piense que sabe sobre el tema (Murillo & et al ., 2017).

Mientras que con frecuencia las creencias son transmitidas por familiares, docentes y líderes dentro del entorno que se desenvuelve el niño; también pueden provenir de la cultura a la cual se pertenece, pues se imita la conducta del entorno y se adquieren las normas de comportamiento del grupo social. Es así como se generan creencias respecto al mundo, a las personas, a las conductas, a las cosas y por supuesto a los alimentos (Schnel, 2014).

Si bien la conducta alimentaria es compleja y multideterminada, existe acuerdo en la importancia de variables socioambientales, en las que la familia tiene un rol central, especialmente en los primeros años de vida. En este contexto, identificar la influencia de padres y cuidadores directos, puede ayudar a la comprensión de la alimentación infantil, así como contribuir a generar estrategias efectivas para estimular una ingesta saludable en los niños, especialmente en edades tempranas (Petermann, 2020).

Las experiencias tempranas con la comida como tal, con el acto de comer y con las personas que intervienen en estos actos en la infancia, generan creencias que organizan y rigen la conducta alimentaria. Se puede decir que las creencias constituyen el deber ser de cada persona y por tanto, se hace lo que las creencias permiten hacer (Schnel, 2014).

La alimentación es una acción fundamental que realizan todos los seres humanos, lo que genera que las personas desarrollen un criterio propio sobre lo que puede ser bueno o malo para ellos. Estas opiniones están influenciadas por las creencias, rutinas, el placer o repulsión de los alimentos o por el ambiente en el que desarrolla su vida (Dominguez, 2018).

Comer es más que el alimento, se puede decir que la comida es más que comer, más que la nutrición, y más que comprar y cocinar como una actividad diaria; comer es todo esto y más. Sidney Mintz, expone que “la comida tiene significados, es decir atributos culturales que sirven para clasificar y escoger la comida adecuada para cada ocasión. Estos significados son el resultado de la interacción entre las condiciones macro y microsociales, en sus palabras: “significados externos e internos. Los significados externos son las condiciones sociales, políticas y económicas de una sociedad, que determinan las posibilidades reales de acceso a los alimentos, no solo en términos de disponibilidad sino también socioculturales” (Bertran, 2017).

La alimentación forma parte de la nutrición. El término nutrición, comprende varios aspectos: 1. El aporte de sustancias nutritivas necesarias que conllevan a la alimentación, que es llevar “alimentos a la boca, masticarlos y tragarlos. 2. Su transformación y eliminación denominada digestión, se caracteriza por hidrolizar, racionar, oxidar o reducir las matrices alimentarias en sus formas elementales. 3. La excreción, denominado como aquello que no es aprovechable o es perjudicial para el cuerpo (Boticario, 2017).

Algunas publicaciones, cuyos autores son avalados por el naturismo, hablan de alimentos. La alimentación es un suceso externo, voluntario y consciente que consiste en seleccionar alimentos e incorporarlos según edad, sexo, actividad y contextura. Llamamos alimento a cualquier sustancia no tóxica ingerida por el ser humano con fines nutricionales, sociales, culturales o emocionales. En cambio, la nutrición es un proceso interno e involuntario que permite obtener la materia y la energía necesarias para satisfacer los requerimientos nutricionales para la vida del organismo, a través del mantenimiento de las funciones fisiológicas y el calor corporal. Consiste en la transformación de los alimentos en nutrientes necesarios, su asimilación como parte constitutiva del organismo (metabolización) y la eliminación de los desechos (productos no asimilables que pueden resultar perjudiciales) en forma de orina, heces, sudor y respiración (Mariño, 2021).

La finalidad básica de la alimentación es una buena nutrición, es decir, aportar al organismo los elementos esenciales que requiere, para mantener su integridad y asegurar sus funciones vitales (Boticario, 2017).

En relación con la alimentación y específicamente a través de la absorción de los nutrientes, el niño establece los primeros contactos con la realidad del mundo exterior. Comer es, además, la actividad mediante la que se desarrollan las primeras relaciones personales, y

entorno a las cuales el niño experimenta y vive los primeros conflictos de entendimiento con los demás; es el punto de partida de experiencias sensoriales del gusto, una función que además debe ser adecuadamente dirigida para que el niño no solo distinga entre agradable o desagradable, sino entre peligroso o tóxico o venenoso o saludable (De La Cruz Sánchez, 2015).

Una buena alimentación en los niños es fundamental para su adecuado desarrollo y los padres o cuidadores principales son las personas encargadas de esta importante labor. La alimentación hoy en día se ha visto muy afectada por las dinámicas sociales y económicas que indudablemente han tenido repercusiones en las familias. Pero, sobre todo por la desinformación de los padres acerca de sus graves consecuencias futuras, por esta razón algunos niños están presentando problemas en su desarrollo Niñez (Tamayo, 2020).

El entorno familiar como también la escuela, tienen pues, un papel fundamental a estas edades, en el aprendizaje de los buenos hábitos de alimentación. En este sentido es necesario considerar que es más fácil consolidar los hábitos saludables de manera temprana, antes que los niños adquieran comportamientos negativos, ya que cambiar los conocimientos, las actitudes, valores y patrones de comportamiento inadecuados toma mucho más tiempo y exige también un orden o estrategia metódica, si se quiere alcanzar resultados positivos (De La Cruz Sánchez, 2015).

La influencia de los padres en el desarrollo infantil e implica las actividades ejercidas por padres y madres para cuidar a sus hijos y apoyar su desarrollo físico, intelectual, emocional y social. En relación con la dieta y la conducta alimentaria de los niños, esta influencia ha sido nominada como “prácticas parentales de alimentación”, o todas aquellas conductas o estrategias que los padres emplean para influir sobre la alimentación de sus hijos (Petermann, 2020).

Se considera que la alimentación y la nutrición son procesos influenciados por aspectos biológicos, ambientales y socioculturales, además que durante la infancia contribuyen a un desarrollo y crecimiento óptimo, así como la maduración biopsicosocial. Es necesario que los niños adquieran, durante esta etapa, hábitos alimentarios saludables. Por tanto, la edad escolar es una etapa crucial para la configuración de los hábitos alimentarios y conductas; mismas que persistirán en etapas posteriores, no solo como posible factor de riesgo actual, sino también en la edad adulta e incluso en la senectud (Alpirez, 2017).

Reportes de la universidad técnica de Ambato de Ecuador en su artículo: “Influencia de los conocimientos y prácticas alimentarias de los cuidadores en el estado nutricional de los niños y niñas de los centros de desarrollo infantil”, mencionan que existe un alto índice de malnutrición infantil en la población indígena, quienes cuentan, con servicios básicos ineficientes o inexistentes, con inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud, además con un pobre conocimiento sobre alimentación saludable y fundamental en este grupo poblacional, basados en creencias culturales generacionales, además de la baja ingesta de alimentación de las familias, constituyen factores de riesgo para desarrollar desnutrición infantil (Mejía, 2021).

En el artículo “Creencias y prácticas maternas sobre la alimentación de hijos que asisten a jardines infantiles públicos, de Santiago de Chile (entrevistas de madres en diversas nacionalidades)”, mencionan que “sus conocimientos sobre cocina y alimentación se sustentan en lo aprendido de sus familias (madres y abuelas), adicional a ello indican que estas creencias están influenciadas por contextos culturales y en ciertos grupos que generan resistencia hacia las recomendaciones entregadas por expertos en alimentación infantil” (Giacoman, 2021).

Por otra parte, los mitos alimentarios y su efecto en la salud humana relatan que, la alimentación humana ha sido influenciada por el folclor, creencias religiosas, cuestiones político-económicas, costumbres y modas favorecidas por los medios de comunicación y publicidad y en ocasiones muchas de estas conductas alimentarias carecen de fundamento científico y podrían repercutir de forma negativa en la salud humana, estos mitos han crecido tanto que, constituye un reto para el profesional, al tratar de explicar lo que es realmente favorable para la salud humana (Murillo., 2017).

El artículo consumo de frutas y verduras en niños escolarizados de Rojas Enrique describe, “que los niños tienen acceso a variedad de alimentos, pero en cuanto al consumo de frutas y verduras hay baja ingesta. Sumado a ello, los espacios escolares como algunas tiendas les ofrece alimentos altamente calóricos no saludables: gaseosas y refrescos, snacks, dulces, golosinas, pasteles como también alimentos saludables: frutas, verduras y de bajo contenido calóricos”; sin embargo, muchos de los niños prefieren aquellos alimentos con mayor carga calórica. Lo anterior visibiliza las controversias que se generan en el entorno donde el niño actúa, lo cual es contradictorio con la promoción de consumo de alimentos saludables y formación de buenos hábitos alimentarios en los niños (Rojas, 2017).

Desde de esta perspectiva, el entorno infantil tiene una influencia determinante sobre esta problemática. Uno de esos entornos es el escolar. Si en el colegio o escuela no se tiene claridad sobre los ambientes alimenticios sanos, eso sin duda puede afectar al menor. Si la tienda escolar ofrece con la aquiescencia de las directivas de la institución educativa, comidas no nutritivas y bebidas azucaradas, eso será lo que predomine en la dieta escolar del menor y fuera de la escuela, buscará continuar con esta práctica alimenticia. Estos hábitos podrán trasladarse al entorno familiar. La publicidad desempeña un papel clave en este círculo que se puede romper si el menor está rodeado de ambientes nutricionales más sanos. (López Daza, 2017)

La infraestructura escolar y sus servicios, además, influyen en la relación con la alimentación y su entorno, con la influencia negativa de los quioscos/cantinas escolares en cuanto a sus comidas y bebidas no nutritivas, azucaradas y ultraprocesados. En un relevamiento de literatura identifican que la oferta de alimentos ricos en grasas y azúcares se combina con el sedentarismo infantil en escuelas de Chile, Inglaterra y Estados Unidos. Allí cobra relevancia el conjunto de aprendizajes realizadas en la práctica y la organización de la enseñanza más allá del curriculum prescripto: el curriculum oculto de la escuela y la provisión de alimentos (gratuitos o pagos) definen los contornos del problema educativo y nutricional, en la articulación entre recursos alimentarios y la propuesta pedagógica de la escuela (Fuentes., 2023).

El gusto por las frutas tiende a ser compartido por toda la familia, especialmente por las madres y los niños hasta los 9 años. El olor o sabor fuerte, determina un menor consumo de las hortalizas, por eso las que menos gustan a los integrantes de las familias son aquellas de sabor acentuado como el ajo, el apio y la cebolla, pero no se excluyen de su alimentación porque las mezclan con otros alimentos y preparaciones, como ensaladas y revoltijos (Arboleda, 2013).

La baja ingesta de frutas y verduras favorece el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad. En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 2017 la prevalencia de sobrepeso en personas mayores de 15 años fue 36,9% y obesidad el 21,0%. Diversos estudios confirman que la obesidad e hipertrigliceridemia son los principales factores de riesgo del síndrome metabólico en estudiantes universitarios, por tal motivo la promoción de la salud es fundamental para mejorar los conocimientos y modificar los hábitos alimentarios (Reyes, 2020)

A nivel social, la lactancia está influenciada por el medio en que se desenvuelve cotidianamente la madre, donde el rol de ellas en la sociedad ha cambiado, alterándose así el porcentaje de lactantes que se alimentan con leche materna. Se debe reconocer la lactancia como una práctica necesaria y cualificada para construir una sociedad más saludable, más libre, más solidaria y plena, debido a que aporta significativamente a la disminución de la mortalidad y de la morbilidad infantil, evitable por desnutrición (López, 2019).

La transición hacia una alimentación sólida fortalece diversas oportunidades de aprendizaje; la ingesta de nutrientes adecuados no solo es fundamental para el desarrollo físico de los niños, sino que genera aprendizajes de carácter psicosocial; se comienza a establecer el patrón de alimentación, se promueve el apego, la comunicación y se practican diversos comportamientos que se reforzarán a lo largo de la vida. La introducción de la alimentación complementaria en bebés a término tiene que ser oportuna, segura y adecuada en contenido nutricional, en variedad de alimentos ofrecidos y se debe proporcionar al lactante con la frecuencia correcta y de forma apropiada con la finalidad de aportar a la maduración renal, gastrointestinal, inmunológica y del neurodesarrollo (Freire, 2023).

Así, respecto al neurodesarrollo, este experimenta su etapa más activa en los primeros tres años de vida, con una acelerada remodelación cerebral (es la potencialidad del sistema nervioso de modificarse para formar conexiones nerviosas en respuesta a la información nueva, la estimulación sensorial, el desarrollo, la disfunción o el daño, esto lleva a diferentes reacciones biomoleculares químicas, genómicas y proteómicas que requieren de acciones intra y extra neuronales para generar una respuesta neuronal) (Garcés, 2014). Durante estos años aparecen todas las funciones cognitivas, conductuales y socioemocionales mediante procesos complejos de mielinización, arborización dendrítica y sinaptogénesis que dan lugar a redes cerebrales moduladas por la actividad de las neuronas y determinadas también por condiciones ambientales, genéticas, hormonales, entre otras (Freire, 2023).

Las prácticas de alimentación complementaria deficientes se han relacionado con elevadas tasas de infecciones en la infancia temprana, además de tener un efecto negativo sobre el crecimiento y desarrollo en estos años importantes. Incluso con una lactancia materna óptima, los niños padecerán retraso en el crecimiento si no reciben cantidades suficientes de alimentos complementarios de calidad después de los seis meses de edad (Rojas., 2019).

Todas las conductas saludables a ser incorporadas en el infante deben ser sostenidas en el tiempo y apoyadas por sus familiares más cercanos, padres y/o tutores, quienes son responsables de su alimentación y convertir cualquier cambio de conducta en un hábito de vida con el objetivo de lograr una modificación favorable y significativa en su salud actual y futura. Un tipo de alimentación es considerado como saludable, no solo cuando mantiene el mayor aporte calórico, sino que, además, incluye aspectos como tipo de alimentos, combinaciones en la dieta, horarios de ingesta y aporte calórico, todos estos aspectos personalizados, según la actividad diaria de cada infante. Estas intervenciones, a su vez, tendrán proyección en todas las etapas de vida (López, 2019).

Objetivos

General:

-Analizar 5 mitos alimentarios en cuidadores y/o padres de menores de 5 años comúnmente encontrados en la consulta médica en Antioquia, Colombia; bajo una mirada social, médica y nutricional.

Específicos:

- Identificar cuáles son los mitos alimentarios más predominantes en la actualidad en Antioquia - Colombia.
- Comparar los mitos alimenticios con los beneficios nutricionales de una alimentación sana en niños menores de 5 años de forma descriptiva.
- Nombrar las percepciones, interpretaciones y significados de mitos urbanos comúnmente encontrados en consulta médica en Colombia, especialmente en el departamento de Antioquia.

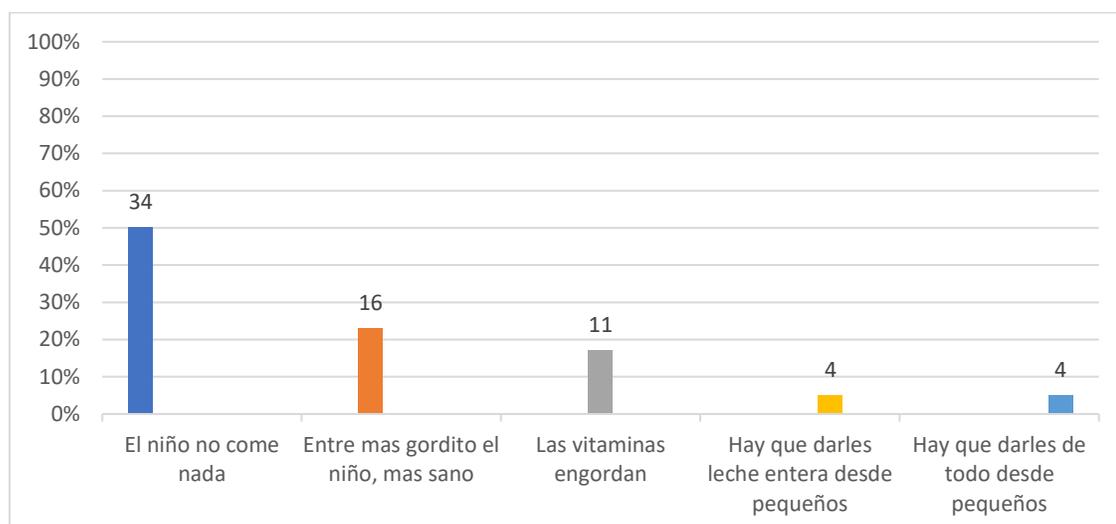
Materiales y métodos.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de revisión; se revisaron 100 artículos originales, tipo cohorte, investigación y casos y controles; se seleccionaron artículos que cumplían con los objetivos de la revisión sistemática. De estos 100 artículos seleccionados, se escogieron 67 de los cuales, 5 artículos publicados entre los años 2003 a 2016 y 62 artículos restantes publicados entre 2019 a 2023. Los criterios de inclusión fueron: artículos publicados en las fechas establecidas entre 2003 a 2023; artículos con temática sobre mitos, prácticas alimentarias, lactancia materna y alimentación complementaria realizados en algunos países de Latinoamérica, y especialmente en Antioquia, Colombia. Los criterios de exclusión fueron: artículos de revisión, artículos no originales, no cumplir con la periodicidad establecida. Artículos pertenecientes a otros continentes diferentes a Latinoamérica, sin embargo, se eligieron 3 artículos españoles por ser referente a nivel mundial en alimentación y nutrición.

Resultados

De la búsqueda realizada de los diferentes artículos seleccionados, se encontró que:

1. De los mitos analizados (1-El niño no come nada. 2-Entre más gordito el niño, es más sano. 3- Las vitaminas engordan. 4-Hay que darles leche entera a los niños antes del año. 5-Hay que darles de todo desde pequeños), el 100% no tienen validez científica.
2. Para Latinoamérica existen más de 50 mitos nutricionales escuchados en consulta; de éstos, 10 mitos son utilizados en toda Colombia, y 5 de ellos muy mencionados en la consulta. Para Latinoamérica existen más de 50 mitos nutricionales escuchados en consulta; de éstos, 10 mitos son utilizados en toda Colombia dentro de estos podemos mencionar: la comida de la casa hay que complementarla con suplementos, lo que comen en el colegio está bien, si comen mucho estarán fuertes, con bastante proteína estará mejor y comer sano y fresco es más costoso que comer alimentos procesados; y 5 de ellos muy mencionados en la consulta(1-El niño no come nada. 2-Entre más gordito el niño, es más sano. 3- Las vitaminas engordan. 4-Hay que darles leche entera a los niños antes del año. 5-Hay que darles de todo desde pequeños).
3. La zona de Colombia en donde más mitos se describen es el departamento de Antioquia
4. El mito más frecuente es “el niño no come nada” con un total de 34 artículos lo que representa el 50%.
5. El segundo mito más frecuente “entre más gordo el niño, es más sano” con un total de 16 artículos que representa el 23%.
6. El tercer mito más frecuente “las vitaminas engordan”, con un total de 11 artículos que representa el 17% de la literatura.
7. No menos importante, pero también común en esta región “hay que darles leche entera a los niños pequeños” y “hay que darles de todo desde pequeños” ocupan el cuarto y quinto lugar, con un total 4 artículos que representa 5% cada uno como aparece en la figura 1.

Figura 1. Mitos más comunes en Antioquia-Colombia

Discusión

Mito 1. El niño que no come

El trastorno de la conducta alimentaria es un motivo de consulta médica frecuente, que si éste no se acompaña de signos clínicos de enfermedad, se atribuye a que la mayoría tiene su causa en dificultades en la relación madre e hijo. Es falso decir que, “El niño no come nada”, en el 75% de los artículos leídos destacan que, a la hora de alimentarse y poder seleccionar, los niños prefieren los alimentos con alto contenido de azúcar en vez de otros más saludables como las verduras; además es importante destacar que debe existir una buena relación madre, cuidador e hijo para poder hacer de la alimentación un momento placentero y de enseñanza en el menor y no un momento de frustración (Marín., 2000). Solo un 10% de los artículos leídos, entre ellos uno publicado en el 2022, destaca que puede existir la asociación de una dificultad en niños diagnosticados con Trastorno de Evitación / Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID), que da un enfoque negativo, saciedad y rechazo por la comida por parte del menor. Diagnóstico que debe pensarse luego de haber descartado otros problemas. Un niño no se debe obligar a comer, pero sí, los cuidadores deben enseñarles desde muy pequeños a elegir alimentos sanos con el fin de llevar una vida saludable a futuro y evitar en lo posible enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones (Saravia, 2022).

Por todo lo anterior es importante recalcar que es imposible que un niño no coma nada; solo hay que revisar cantidades acordes a la edad, variedad de alimentos, tiempo dedicado de la familia, hábitos, cultura y por supuesto inclinación de gustos apetitosos a sus ojos y paladar (Campos, 2014). Para ellos comer no está asociado a placer sino a una necesidad, a diferencia del adulto quien cree que en el niño es igual.

Mito 2. Entre más gordito el niño, es más sano

El ser un niño con sobrepeso u obesidad no es sinónimo de estar sano o ser más fuerte, pero si es un factor de riesgo para desarrollar enfermedades no transmisibles a corto, mediano o largo plazo; si no se impacta de forma oportuna en sus hábitos de vida; dichas enfermedades traen angustia y mala calidad de vida para el menor, su familia y altos costos sanitarios; por ello es falso continuar con este mito tan común encontrado entre las madres; el 60% de los artículos seleccionados, relatan que la obesidad desencadena enfermedades como Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, dislipidemia y otras patologías que pueden ser prevenibles a través de la

modificación oportuna en sus hábitos de vida llevando una dieta variada y equilibrada que incluya todos los macro y micronutrientes (Machado., 2018).

Con relación al sobrepeso u obesidad, la sobrealimentación favorecida por los cuidadores puede llevar a obesidad que es una enfermedad inflamatoria, a su vez puede ser la causante de enfermedades crónicas no transmisibles y complicaciones ya mencionadas previamente con altos costos sanitarios, además es importante que los niños se mantengan en un IMC (índice de masa corporal), apropiado para la edad además de su composición corporal (Machado., 2018).

Mito 3. Las vitaminas engordan

A través de una dieta balanceada podemos adquirir todas las vitaminas necesarias y en cantidades que nuestro organismo necesita, sin necesidad de recurrir a suplementos que pueden llevar a una hipervitaminosis y complicaciones secundarias; es importante recalcar que, el 100 % de los artículos elegidos, documentan que las vitaminas no aportan calorías, son micronutrientes presentes en forma natural en la variedad de alimentos consumidos en el día; por lo tanto no engordan y tampoco pueden reemplazar una comida en el menor. Solo se podría suplementar si el menor, no logra cubrir dichas necesidades dentro de su alimentación, llevándolo a presentar alguna carencia vitamínica, en este caso, deberá ser suplementado bajo la supervisión de un profesional idóneo y por un tiempo específico. Por lo anterior este mito también es falso y los niños no se van a engordar por suministrarles de forma indiscriminada vitaminas, pero sí podrían sufrir hipervitaminosis cuando se abusa de estas (Kortabarria, 2021). Ante la constante pregunta de las madres con respecto a las vitaminas, se debe mencionar que, el 100 por ciento de los artículos afirman que éstas, son compuestos orgánicos biológicamente activos. Según su solubilidad se clasifican Liposolubles (A, D, E y K), se consideran insolubles en agua o liposolubles y dependen de la digestión normal de los lípidos y de la solubilización micelar para su absorción, como la presencia de bilis y lipasa pancreática. La malabsorción de las grasas puede dar lugar a deficiencias de las vitaminas liposolubles a pesar de una ingesta dietética adecuada. Puede acumularse y generar toxicidad. Se excretan por heces • Hidrosolubles (vitaminas del grupo B [B1, B2, niacina, ácido pantoténico, B6, biotina, ácido fólico, B12] y vitamina C), Las vitaminas hidrosolubles se absorben fácilmente, lo que permite un almacenamiento mínimo. Se excretan por orina, pocas veces se acumulan por lo que casi nunca generan toxicidad (McPherson, 2022).

Las vitaminas realizan muchas funciones necesarias para el funcionamiento celular, crecimiento y desarrollo normales y por ende es falso que engorde; Estas se obtienen de forma natural a través de una dieta equilibrada incluyendo frutas, verduras de diferentes colores, proteínas y carbohidratos.

No se recomienda suplementar a los menores de 1 año debido a que la leche materna en los primeros 6 meses de vida tiene todos los macro y micronutrientes necesarios para un adecuado desarrollo del niño. La suplementación tiene como principales objetivos prevenir deficiencias nutricionales, mantener reservas necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo y procurar que todos los aportes se encuentren dentro de las recomendaciones establecidas. Los suplementos dietarios son de venta libre, generalmente no hay orientación para su uso y no están destinados para detectar, tratar, prevenir o curar enfermedades, con la única excepción de aquellas provocadas por la carencia de nutrientes. Generalmente, las deficiencias de energía y nutrientes en la mayoría de los niños que presentan baja ingesta de alimentos se pueden superar con la recomendación de una alimentación balanceada, sin necesidad de incluir suplementos dietarios como la fuente primaria de nutrientes. El uso inadecuado de estos suplementos se ha relacionado con complicaciones médicas como alteraciones neurológicas, desórdenes gastrointestinales, toxicidad renal y hepática y obesidad (Herrera, 2022).

Se recomienda antes de iniciar la suplementación de un niño, conocer bien los requerimientos nutricionales en macronutrientes, así como de vitaminas, minerales y fibra para cada edad determinada (Herrera, 2022). El uso inadecuado de suplementos dietarios podría superar los requerimientos de energía, nutrientes y generar una ganancia excesiva de peso corporal en los niños.

Mito 4. Hay que darles leche entera a los niños antes del año

Es importante llevar un correcto orden en la alimentación de los niños desde su nacimiento sin saltarse procesos; el 100% de los artículos publicados recalcan que, “la lactancia materna exclusiva, ha sido el mejor alimento para el recién nacido hasta los 6 meses”, aportando los requerimientos necesarios para el infante, esta debe ser única, a libre demanda y sin necesidad de introducir otro tipo de alimento; cuando por algún motivo no se puede ofrecer leche materna de forma exclusiva o de ninguna manera, la mejor opción siempre será los suplementos lácteos infantiles que están calificados para brindar una nutrición adecuada al bebé, a partir de aquí cuando se introduce otro tipo de leche como la entera, se corre con el riesgo de generar algunos problemas de salud para el menor a corto, mediano o largo plazo debido a su carencia

de vitaminas y minerales fundamentales para su crecimiento, además de posibles trastornos intestinales y daños a nivel renal por la carga de solutos; por esto es importante recalcar en consulta, la importancia de una alimentación balanceada y orientar a los padres sobre las opciones más acertadas cuando no se puede ofrecer lactancia materna y cortar con este mito tan común que puede ser contraproducente para el menor (Arocha, 2022).

La lactancia materna es el alimento ideal en lactantes y debe ser exclusiva hasta los 6 meses de edad (Santana, 2021). O la introducción de fórmulas infantiles aptas, en caso de no poder brindarles leche materna. El iniciar otras leches como la entera puede favorecer a que el menor crezca con carencias nutricionales (González, 2021). Además, podría desencadenar alteración en su función gastrointestinal, renal, alergias alimentarias y otras que podrían llevar a complicaciones serias en su vida (Cuadros ., 2017).

Mito 5. Hay que darles de todo, desde pequeños

Los padres deben ser bien orientados por profesionales en la salud a la hora de iniciar la alimentación complementaria en los lactantes, pero esta se ha visto alterada por factores culturales, religiosos o creencias, que han ido pasando de generación en generación afectando los tiempos y la calidad en una alimentación adecuada en los menores y su introducción de forma oportuna; cuando la alimentación complementaria se inicia antes de tiempo y con alimentos no apropiados para su edad puede desencadenar enfermedades y alergias alimentarias que podrían ser fatales debido a la inmadurez intestinal, por ello no hay que darles a comer de todo a los niños desde pequeños, los tiempos estipulados van no menor a las 17 semanas de vida del niño y respetando o evitando algunos alimentos que deben introducirse de una forma más tardía; es falso que deben comer de todo una vez inicien la alimentación complementaria. Algunas madres manifiestan no haber ningún impacto negativo en la salud de sus hijos al introducir todo tipo de alimentos, expresando frases como: “porque así me criaron y nada pasó, “para que coma de todo cuando esté grande” alterando su orden gracias a creencias. Cada niño tiene su proceso para asimilar los alimentos y como padres somos los directamente responsables de enseñarles bases saludables alimentación y rutinas sanas para su vida. (Petritz, y otros, 2020).

La alimentación debe estar asesorada por un profesional de la nutrición y/o salud, entendida por el cuidador para evitar estar alterada por factores culturales, debe tener un orden acorde a las edades desde el nacimiento, que cubra todas las necesidades nutricionales en el menor, sin omitir etapas o excederlas para que crezca de forma óptima y cree hábitos saludables a lo largo de su vida (Cuadros ., 2017).

Como se ha hecho mención, la lactancia materna exclusiva, es el mejor alimento para el niño desde su nacimiento y durante el primer año de vida; se debe ofrecer pecho de forma exclusiva desde que es recién nacido y hasta los 6 meses de vida ya que la leche materna aporta todos los requerimientos necesarios para el infante; tales, como la proteína, siendo su principal la alfa-lactoalbúmina en un 60%, seguida de la lactoferrina, y en un 20% restante, está la caseína, que favorece la digestión del lactante (Osorio A., 2020).

La lactosa es uno de los constituyentes más estables de la leche humana y representa casi el 70 % del contenido total en hidratos de carbono. Esta alcanza una concentración de 68 g/L. La lactosa de la leche humana (beta-lactosa) parece digerirse con menor rapidez que la de las leches artificiales (alfa-lactosa) y resulta más eficaz para la absorción mineral. En grandes cantidades puede alcanzar el colon y proporcionar un sustrato para el crecimiento de las bacterias bifidas (efecto prebiótico). Los otros carbohidratos, presentes en concentraciones inferiores son la glucosa, galactosa, oligosacáridos complejos y glicoproteínas.^{5,11} La presencia de lactosa aumenta la absorción de calcio y fósforo y disminuye el pH, lo cual reduce la posibilidad de crecimiento de bacterias patógenas (Díaz A., 2005)

En cuanto a los ácidos grasos aportan gran valor nutricional para los lactantes desde el nacimiento hasta los 6 meses, por ejemplo, el ácido linoleico debe aportar entre el 3 y 6% de la energía total; en general requieren de dosis aproximadas entre 500 y 1200mg/ 100kcal de ácido linoleico y de ácido linolénico 50-100mg/100kcal. Para un adecuado desarrollo y funcionamiento corporal. En cuanto a la introducción de las fórmulas infantiles las grasas de estas, pueden ser de origen vegetal, animal o mixto, siempre y cuando se garantice una absorción del 85%. Las fórmulas infantiles de inicio y continuación, deben contener entre 20 y 50 mg de DHA/100 kcal (Sánchez, 2020). El 60% del cerebro está formado por ácidos grasos de cadena larga, que son de vital importancia para el buen desarrollo cerebral y retiniano (Campoy, 2022).

Hablando de micronutrientes, las vitaminas hidrosolubles de mayor concentración son la vitamina C que mejora la absorción del hierro presente en los alimentos de origen vegetal y contribuye al buen funcionamiento del sistema inmunitario, y el niacina que, es importante para el desarrollo y función de las células en el organismo (Supplements, 2019).

En cuanto a la vitamina E, protege contra el estrés oxidativo, interviene en la síntesis de los factores de coagulación y regula la función músculo esquelética de los lactantes al igual que el β -caroteno (Vaca, 2023).

El contenido de hierro en la leche humana es de 0.5 mg/l, cantidad que se considera baja, pero debido a la lactoferrina presente en ella se puede absorber aproximadamente en un 50%, el cual es esencial en el proceso de respiración tisular, formación de hemoglobina, síntesis de ADN (ácido desoxirribonucleico) y regulación del sistema inmune (Osorio A., 2020).

El ácido fólico favorece la regulación del sistema digestivo, nervioso y hematopoyético. La vitamina D, modula las funciones del sistema hematopoyético e inmunológico. La vitamina A, regula la recepción de estímulos luminosos en la retina (Ferrerres, 2022).

La vitamina B12 ayuda en los procesos de mielinización y funcionamiento del sistema nervioso central. El zinc contribuye al crecimiento celular, metabolismo y diferenciación celular (Ferrerres, 2022). Como se evidencia en los diferentes párrafos antes mencionados los micronutrientes (minerales y vitaminas) tienen funciones muy importantes en el desarrollo del niño, pero ninguna es energética o de crecimiento.

La relación calcio/fósforo es 1.2 a 1 favoreciendo de esta manera la absorción de calcio, hasta en un 75%. De esta absorción depende la formación de tejido óseo en la infancia. El zinc y el selenio se encuentran en cantidad necesaria en la leche materna. La leche materna debe ofrecerse a libre demanda, garantizando que coma al menos cada 2.5 a 4 horas durante los primeros 4 meses y al menos cada 4 horas de 3 a 6 meses. (Avalos, 2016).

Cuando por algún motivo no se puede ofrecer la leche materna de forma exclusiva o de ninguna forma, se debe utilizar entonces formulas infantiles, las cuales han sido desarrolladas siguiendo los parámetros del CODEX alimentarius para tratar de garantizar que se satisfagan las necesidades nutricionales totales del niño durante el primer año de vida (Avalos, 2016). Las fórmulas infantiles se clasifican como inicio, etapa 1 las cuáles se dan de 0 a 6 meses de edad, de continuación o etapa 2 de 6 a 12 meses y de crecimiento a partir de los 12 meses de edad (Hernández, 2015).

Las fórmulas de continuación se caracterizan por tener mayor densidad calórica que las fórmulas de inicio, mayor cantidad de proteínas, sin embargo, la literatura documenta que este aporte proteico debe ser limitado para evitar el riesgo obesogénico, estas fórmulas de continuación, además deben tener gran aporte de calcio y fósforo y deben estar suplementadas con hierro. Es una fórmula menos sofisticada que la de inicio, debido a que la madurez de los sistemas metabólicos del niño lo permite (Dalmau, 2015).

(FISPGHAN) Federación Internacional de Sociedades Pediátricas de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición, desaconseja la adición de ácidos grasos trans, por sus pocos beneficios nutricionales. Se recomiendan los fosfolípidos en la leche materna por los efectos beneficiosos en la salud de los niños y niñas en la etapa de lactancia, estos fosfolípidos son una fuente de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (LC-PUFAS). El contenido en vitaminas debe ser el mismo que en las fórmulas de inicio a excepción de la vitamina D. Se recomienda un mayor aporte de vitamina D en la fórmula de continuación y se recomienda una mayor concentración de calcio (Dalmau, 2015).

La leche entera de vaca, no es adecuada durante el primer año de vida. Es pobre en hierro y ácidos grasos esenciales. Aporta al riñón una excesiva carga renal de solutos, la cual es tolerada por el niño de menos de un año en condiciones normales, pero no en periodos febriles o de baja ingesta de agua; hay inhibición del hierro a nivel gastrointestinal asociado a un posible mecanismo inmunológico, con lo que favorece la anemia ferropénica en el lactante. Además, aporta insuficiente ácido linoleico y linolénico. Con el objetivo de retrasar la introducción de la leche de vaca, se introducen fórmulas de crecimiento (Dalmau, 2015).

Estos ácidos grasos esenciales (linoleico y linolénico) como otros, forman parte de varias membranas y cumplen papeles importantes entre ellos, para el desarrollo cerebral y retina. En general los aceites vegetales y marinos, sobretudo el aceite de pescado, son considerablemente más insaturados que las grasas de origen animal; los aceites de pescado, además, tienen concentraciones significativa de ácido altamente insaturado como ácido eicosapentaenoico (EPA) Y ácido docosahexaenoico (DHA), en la grasa de origen animal, la proporción de ácidos grasos insaturados es menor y hay mayores proporciones de ácidos grasos de alto peso molecular como el palmítico y esteárico (Alvarez, 2009).

Las fórmulas de crecimiento se utilizan como una opción para equilibrar la dieta de los niños de 1 a 3 años, cuya alimentación se caracteriza por el aporte excesivo en proteínas y energía, y por la ingesta baja de: ácido linolénico, ácido docosahexanoico, hierro, vitamina D y yodo; el valor energético de estas leches es de 65-77 kcal/100 mililitros. El contenido proteico es ligeramente más alto que el de las fórmulas de continuación, mientras el contenido de carbohidratos y lípidos es muy similar, aunque las de crecimiento modifican el perfil lipídico utilizando aceites vegetales. Muchas de ellas contienen sacarosa y/o miel, están enriquecidas

con hierro y las que están suplementadas, cubren el 100% de los requerimientos ingesta diaria recomendada (RDI) para docosohexaenoico. (Dalmau, 2015).

Para Pruthi, S. menciona en la *Revista mayo clinic*. En el apartado de bebés y niños Menciona Dentro de los 7 pasos para preparar de forma correcta la fórmula infantil que: 1. “Se debe revisar la fecha de caducidad. 2. Realizar un buen lavado de manos previo a la preparación, cuantas más veces se introduzcan éstas en el tarro, mayor es el riesgo de infecciones. 3. Esterilizar el biberón, chupos, tapas y anillos; hervir el biberón y los accesorios en agua por 5 minutos. 4. Agregar la cantidad de agua hervida para preparar la fórmula en polvo, siguiendo las instrucciones dadas en el tarro. 5. Medir la cantidad de leche: el número de cucharadas estipuladas, indicadas en los tarros, por cada onza de agua agregar 1 cucharada (o la medida indicada en las instrucciones de cada tarro). 6. Calentar la fórmula, si es necesario a temperatura ambiente. 7. Debe desecharse la cantidad de residuo de leche que el menor no consuma, no se debe guardar ésta” (Pruthi, 2023).

La alimentación complementaria (AC) es una etapa crucial en el desarrollo infantil, determinada por factores biológicos y socioculturales que moldean un proceso en el que el lactante se expone, no sólo a nuevos alimentos sino a nuevas formas de interacción con su entorno. Como proceso biológico tiene un impacto determinante en el crecimiento y neurodesarrollo de los niños y niñas después de los 6 meses de edad, así como en su programación metabólica e inmunológica; cuando se lleva a cabo de forma inadecuada, bien sea porque se realiza de manera prematura o tardía, o porque no incluye los nutrientes necesarios puede generar alteraciones del crecimiento y neurodesarrollo como desnutrición, sobrepeso, talla baja o deficiencias de micronutrientes, que se reconocen como problemas de salud pública, así como una mayor prevalencia de cuadros infecciosos, enfermedades metabólicas y cardiovasculares, enfermedades alérgicas, entre otras (Arcila, 2020)

El establecimiento de la alimentación complementaria no supone la suspensión de la leche materna, la cual debe mantenerse al menos hasta los primeros 2 años de edad. La leche materna puede aportar la mitad o más de los requerimientos de energía del niño de 6 a 12 meses y un tercio de los requerimientos de energía, además de otros nutrimentos en niños de 12 a 24 meses. La leche materna continúa aportando nutrimentos de mejor calidad que los que pueden ofrecer los alimentos complementarios, así como factores protectores. La Academia Americana de Pediatría (AAP) menciona que los nuevos alimentos deben introducirse solos y durante varios

días para identificar reacciones adversas. No obstante, las reacciones adversas pueden presentarse de forma inmediata (horas, días) o de forma tardía (semanas), por lo que un alimento nuevo puede introducirse cada día o bien, cada 2 o 3 días, pero idealmente no más allá de este tiempo, ya que el número de alimentos nuevos que se lograría alcanzar durante el primer mes de iniciada la AC (alimentación complementaria) puede ser insuficiente para lograr una dieta diversa y por ende, una alimentación mínimamente aceptable. Desde el inicio de la alimentación complementaria se pueden ofrecer 3 tiempos de comidas, pudiendo agregar posteriormente uno o dos refrigerios (Vasquez, 2023)

En el mundo, el 35% de los lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida y la AC suele comenzar demasiado pronto o demasiado tarde . 60% de los niños de 6-8 meses de edad recibe alimentos sólidos, semisólidos o blandos, mostrando las deficiencias en la introducción oportuna . Se ha estimado que el inicio de la AC es inapropiada en un 33% de los casos, encontrando un bajo consumo de frutas, verduras y un alto consumo de carbohidratos. (Sierra., 2017).

A partir de los 2 años, la “alimentación perceptiva”, término relacionado con los hábitos de alimentación describe al cuidador o cuidadora que alimenta al niño mayor cuando comen por si solos sufriendo sus signos de hambre y saciedad; su alimentación requiere de tiempo, debe ser paciente animándolo a comer, pero sin forzarlo; entendiendo que su papel como cuidador es el de ofrecer los alimentos y el niño es quien decide si recibirlos o no. La introducción de alimentos debe ser variada en sabores y texturas. Para decir que el niño no quiere un alimento, se debe haber intentado por lo menos 3 a 5 veces, y/o esperar un tiempo y volver a ofrecerlo en otra presentación, el niño debe comer de su propio plato recibiendo los alimentos con cuchara (apropiada para su edad) o bien con las manos previamente bien lavadas, al igual que todos los utensilios empleados por el menor. La preparación y almacenamiento de los alimentos debe ser seguro para evitar episodios de diarrea y los alimentos deben tener una elevada concentración en nutrientes evitando los de bajo valor nutricional como refrescos o panela que pueden llevar a desnutrición en el menor (Cuadros ., 2017).

Es de recalcar que, en su mayoría los niños son selectivos a la hora de alimentarse mostrando mayor interés por los sabores dulces, los cuales son apetitosos a su paladar, y poco interés por los que son saludables, sin embargo, si después de valorar la relación madre e hijo, no se consigue que el niño reciba alimentos, se debe revisar entonces que no exista un trastorno

de evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID), Un niño no se debe obligar a comer, pero si se debe desde muy bebés introducirles alimentos sanos. Ya que obligarlos, tendría un efecto contraproducente al reducir el deleite del alimento en los niños, con reducción de la ingesta alimentaria y pérdida de peso y mayor efecto negativo durante las comidas, llevando a un enfoque negativo hacia la comida, saciedad y rechazo por ésta. (Saravia, 2022).

La mayor parte de las dietas basadas en ingredientes básicos del tipo cereal o tubérculo, pueden incrementar significativamente su contenido de vitamina A, con la incorporación de una porción relativamente pequeña de alimentos vegetales con alto contenido de carotenos como por ejemplo la zanahoria. En el caso de la vitamina C, se logra un incremento significativo de este nutriente con la incorporación de una fruta cítrica u otras frutas con alto contenido de ácido ascórbico como el kiwi, papaya, la naranja entre otras; y en el caso de legumbres o de vegetales de hoja verde como acelgas, apio, cilantro, brócoli; Las vísceras son ricas en folatos. Los minerales hierro y zinc se encuentran en pequeñas cantidades en dietas basadas en cereales o tubérculos, su biodisponibilidad es favorecida por la presencia de alimentos de origen animal, la adición de una pequeña cantidad de carne, ave o pescado (Cuadros ., 2017).

Dentro de los cereales el pan constituye una fuente importante de vitamina del grupo b, además de hierro, cobre y selenio (Durán, 2013).

La leche y derivados de lácteos puede encontrarse como un vehículo importante de vitamina D y calcio, éstas, se pueden también adquirir de forma natural todas las demás vitaminas y minerales sin necesidad de acceder a suplementos (Rodríguez, 2020).

Conclusiones

- Con frecuencia las creencias son transmitidas por la cultura, familiares, docentes y líderes dentro del entorno que se desenvuelve el niño, pues éste imita las actitudes y conductas aprendidas sobre el mundo, las personas, a las conductas, y por supuesto a los alimentos.

- Hay carencia de estrategias para el acompañamiento por parte de los profesionales de salud hacia los padres y cuidadores en la implementación de una alimentación adecuada desde el nacimiento del menor, que garantice el cubrimiento de las necesidades nutricionales en cada etapa, hasta la incorporación de la dieta familiar a partir del primer año de vida.

- La prevención de enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes, Hipertensión, obesidad y dislipidemia comienza Desde casa, a través de una adecuada introducción de alimentos a los menores desde su nacimiento, respetando las etapas de crecimiento y maduración siendo en todo momento balanceada, variada sin excesos ni carencias para el aprovechamiento de nutrientes y un goce óptimo de la salud.

- Los medios de comunicación hoy día ejercen influencia sobre los cuidadores a la hora de transmitir o vender productos alimenticios vacíos nutricionalmente, lo que conlleva a que algunos cuidadores y/o padres ofrezcan a sus hijos e hijas prácticas alimentarias poco seguras, balanceadas y con bajo valor nutricional.

- La creencia de que los niños y niñas son más saludables si tienen sobrepeso puede llevar a los padres a ser más permisivos que restrictivos en cuanto a su alimentación.

Recomendaciones

Dar cumplimiento a la ley 115 de 1994, la cual se encuentra documentada en el decreto 1075 de 2015 sobre Escuelas Saludables, donde se promueva la creación de programas escolares en el que se tenga en cuenta la diversidad cultural y platos típicos de cada región. Estos programas deben ser dirigidos por expertos en nutrición en el que se oriente a padres y/o cuidadores sobre prácticas alimentarias balanceadas, transmitidas en el hogar garantizando que los alimentos ofrecidos a sus hijos contengan gran valor nutricional.

Crear programas colectivos de alimentación y nutrición en escuelas y centros de salud, dirigido por un profesional idóneo, en los que se instruya a las familias sobre la alimentación en menores, su importancia, valor y prevención.

Abrir centros nutricionales en los diferentes entes territoriales, donde se les enseñe a los niños sobre alimentación y nutrición balanceada que conlleve a la creación de hábitos saludables.

Desarrollar talleres formativos donde se involucre a la familia del menor creando consciencia sobre la alimentación infantil ya que no toda “mal nutrición” brindada va a caer bien a toda “barriguita pequeña” y no todas las reacciones alérgicas a alimentos van a hacer tan leves, sino que por el contrario podrían ser fatal (Giacoman, 2021).

Referencias

- Alba-Martín, R. (2016). Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. *Enfermería Global*, 40-51.
- Alpirez, H. Á.-G.-S.-A.-C.-O. (2017). Conducta y hábitos alimentarios en estudiantes escolares. *Horiz. sanitario.*, 217-225.
- Alustiza, E. A.-A.-S. (09 de 08 de 2021). Tackling risk factors for type 2 diabetes in adolescents: PRE-STARTt study in Euskadi. *Anales Pediatr ia(Engl Ed)*, 186-196.
- Alvarez Ortega LV., (. (2019). Desnutrición infantil, una mirada desde diversos factores. *Revistas unheval*, 13((1)), 15-29.
- Arocha, Z. G.-V.-B. (23 de 09 de 2022). *Determinantes económicos, sociales y de salud que inciden en la lactancia materna exclusiva en Colombia*. Obtenido de Cadernos de Saúde Pública: <https://doi.org/10.1590/0102-311XES186621>>. ISSN 1678-4464.
<https://doi.org/10.1590/0102-311XES186621>.
- Avalos González., M. M. (2016). Factores asociados con la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32((2)), 170-177.
- Bertran, M. (2017). Domesticar la globalización: alimentación y cultura en la urbanización de una zona rural en México. *Anales de Antropología.*, 51((2)), 123-130.
- Boticario, N. y. (2017 de 2017). *UNED*. Obtenido de Departamento de Ciencias Analíticas Facultad de Ciencias.: <file:///Users/mac/Downloads/Dialnet-NutricionYAlimentacion-4696802.pdf>
- C. s. (2001). Revisión Creencias erróneas sobre alimentación. *MEDICINA GENERAL*, 33: 346-350.
- Camacho, L. M.-L. (2007). Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. *Rev. salud pública.*, 587-594.
- Campos Rivera, N. H. (2014). Preferencias alimentarias y su asociación con alimentos saludables y no saludables en niños preescolares. *Acta de investigación psicológica*, 1385-1397.
- Campoy, C. C. (24 de 01 de 2022). *Controversia actual sobre el papel crítico de los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, araquidónico (ARA) y docosahexaenoico (DHA), en el lactante*. Obtenido de Nutrición Hospitalaria: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03707>

- Castro, A. A.-R.-D.-R. (2012). La obesidad infantil, un problema de salud multisistémico. *Revista Médica del Hospital General de México*, 75((1)), 41-49.
- CJE, R., & Rodríguez LM., (. (2017). Complejidad en las representaciones sociales que interpretan la cultura alimentaria para alcanzar la seguridad alimentaria: caso del consumo de frutas y verduras en niños escolarizados . *Revista Salud Pública Y Nutrición.*, 16((4)), 30-41.
- Cuadros-Mendoza, C. V.-L.-B.-M.-L.-B.-M.-M. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. *Acta pediatr. Méx [online]*, 182-201.
- Cuadros-Mendoza, C. V.-L.-B.-M.-L.-B.-M.-M. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. *Acta pediátrica de México*, 38((3)), 182-201.
- .
- De La Cruz Sánchez, E. E. (2015). La educación alimentaria y nutricional en el contexto de la educación inicial. *Paradigma*, 161-183.
- Domínguez, J. P. (2018). Mitos y bulos de la alimentación. [tesis de grado] *Universidad de Valladolid. Facultad de enfermería*, 1-25.
- Durán Agüero, S. R. (2013). Aporte de vitaminas y minerales por grupo de alimentos en estudiantes universitarios chilenos. *Nutrición Hospitalaria*, 18((3)), 630-838.
- Energético, D. n. (s.f.). *Dirección General de Salud Pública.* . Obtenido de Consejería de Sanidad.Comunidad de Madrid.:
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/1._valor_energetico_saber_mas.pdf
- Ferreres, G. I.-A.-O. (21 de 11 de 2022). *Revisión y actualización de la importancia de los micronutrientes en la edad pediátrica, visión holística.* Obtenido de Nutrición Hospitalaria: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04305>
- Forero, A. T.-R. (2018). a alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes [Complementary feeding: A practice between two knowledges]. *Rev Chil Pediatr.*, 89((5)), 612-620.
- Forero, B. G.-Z.-V. (2022). Determinantes económicos, sociales y de salud que inciden en la lactancia materna exclusiva en Colombia. *ARTIGO • Cad. Saúde Pública*, 38((9)).
- Freire, J. &. (2023). Alimentación complementaria y neurodesarrollo. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7((1)), 9678-9695.

- Fuentes, P. J.-M.-M.-L. (2020). Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *journal of Negative and No Positive Results.*, 5((10)), 1221-1244.
- Gamarra, A. R.-J.-S. (03 de mayo de 2010). Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. . *Anales de la Facultad de Medicina.*, 71(3), 179-184.
- García, J. H. (03 de 05 de 2022). *Harker centro pediátrico*. Obtenido de Mitos sobre la alimentación de los niños: <https://www.harkercentropediatrico.com/quienes-somos/nuestra-historia>
- Giacoman, H. C.-R.-M. (2021). Creencias y prácticas maternas sobre la alimentación de hijos que asisten a jardines infantiles públicos. *Esp Nutr Comunitaria 2021.*, 27((2)), 8..
- González, H. C. (2021). Nutritional risks among not exclusively breastfed infants in the first 6 months of life. *Arch Argent Pediatr.*, 119((6)), 582-588.
- Hernández, R. N. (2015). *Actualización de las fórmulas infantiles del mercado*. Obtenido de Departamento de Pediatría e Inmunología, Obstetricia y Ginecología, Nutrición y Bromatología, Psiquiatría e Historia de la Ciencia: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/14255>
- Herrera, A. E.-D.-M. (12 de 2022). *onsumo de suplementos dietarios en niños escolares de Bucaramanga, Colombia. Un estudio piloto*. Obtenido de Universidad Rev. Ind.Santander. Salud: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072022000100319&lng=en. Epub 21 de octubre de 2022. <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22035> .
- Jiménez Acosta, S. M. (2018). Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. *Revista Cubana de Pediatría*, 90((1)), 79-93.
- Jurado, L. S. (2016). Lactancia materna, alimentación complementaria y riesgo de obesidad infantil. *Atención primaria*, 48((9)), 572-578.
- Kortabarría, U. A. (2021). *Hipervitaminosis A. A propósito de un caso*. Obtenido de Revista de pediatría , atención primaria.: <https://pap.es/articulo/13218/hipervitaminosis-a-a-proposito-de-un-caso>

- Ledesma Ríos NI, S. H. (2016). Ingesta de energía y nutrientes en niños de 2-4 años que asisten al programa “Buen Comienzo”, Medellín (Colombia) Energy and nutrients intake in childre. *Nutr Hosp.*, 33((5)), 1052-1061.
- López, S. R.-P.-C.-G. (2019). Factores culturales y sociales asociados a la lactancia materna exclusiva en San Basilio de Palenque. *Duazary*, 16(2) <https://doi.org/10.21676/2389783X.2961>, 293-306.
- Machado, K. G. (2018). Sobrepeso/obesidad en niños en edad escolar y sus factores de riesgo. *Arch. Pediatr. Urug*, 16-25.
- Machado, K. G. (2018). *Sobrepeso/obesidad en niños en edad escolar y sus factores de riesgo*. Obtenido de Archivos de Pediatría del Uruguay: <https://doi.org/10.31134/ap.89.s1.2>.
- Marín B., V. &. (2000). El niño que no quiere comer. *Revista chilena de pediatría*, 71((2)), 139-141.
- Marín, B. V. (2000). Obtenido de Revista chilena de pediatría,: <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000200010>
- Martín, A. R. (2016). Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. *Enfermería global*, 15((42)), 40-51.
- Mejía Ortiz, R. A. (2021). *Influencia de los conocimientos y prácticas alimentarias de los cuidadores en el estado nutricional de los niños y niñas de los centros de desarrollo infantil*. Ecuador, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Centro de posgrados.
- Mitos y verdades sobre la alimentación de los niños., (. (05 de 05 de 2016). *Facultad de salud-grupo de comunicaciones univalle*. Obtenido de Diario el País: <http://uvsalud.univalle.edu.co/comunicandosalud/wp-content/uploads/2016/05/05.05.2016-Mitos-y-verdades-sobre-la-alimentaci%C3%B3n-de-los-ni%C3%B1os.pdf>
- Murillo Godínez, &. P.-E. (2017). Los mitos alimentarios y su efecto en la salud humana. *Medicina interna de México.*, 33((3)), 392-402.
- Osorio Alvarez, X. (. (2020). Lactancia materna: beneficios, tipos de leche y composición. Entorno UDLAP. *Entorno udlap*((10)), 4-15.
- Oyarzún, M. U. (2001). *Enfoque alimentario para mejorar la adecuación nutricional de vitaminas y minerales*. Obtenido de Archivos Latinoamericanos de Nutrición:

- http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222001000100001&lng=es&tlng=es.
- Petriz, N., Antonietti, C., Parente, C., Mehaudy, R., Parrales Villacreses, M., Florencia, U., . . .
- Parisi, C. A. (2020). *Estudio epidemiológico de alergia alimentaria en una población de niños argentinos*. Obtenido de Archivos Argentinos Pediatría:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en;/biblio-1146110>
- Pruthi, S. (23 de 05 de 2023). *Revista mayo clinic*. Obtenido de Estilo de vida saludable Salud de bebés y niños pequeños: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/infant-and-toddler-health/in-depth/infant-formula/art-20045791>
- Rodríguez Huertas, J. R. (2020). *Leche y productos lácteos como vehículos de calcio y vitamina D: papel de las leches enriquecidas*. Obtenido de Nutrición Hospitalaria:
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.02570>
- Rojas Guerrero, N. y. (2019). Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos. *Anales de la Facultad de Medicina.*, 80((2)), 157-162.
- Salazar, J. J.-T. (2018). Aspectos socioeconómicos presentes en la práctica alimentaria de niños entre 2 a 5 años en un municipio del departamento de Boyacá, Colombia. *Prospectiva. Revista De Trabajo Social E Intervención Social.*((26)), 263-290.
- Sánchez, C. V. (2020). *Lactancia artificial*. Obtenido de Pediatría integral:
<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-03/lactancia-artificial-2/>
- Sandoval Jurado, L. J. (2016). Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. *Atención Primaria*, 48((9)), 572-578.
- Santana, P. S. (09 de 05 de 2022). *Alimentación de 0 - 6 meses de vida*. Obtenido de Revista Cubana de Alimentación y Nutrición:
<https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1275>
- Saravia, S. D. (2022). Estrategias parentales de alimentación en niños con un Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Asociación con la conducta de rechazo a los alimentos. *Revista Chilena de pediatría*, 93((6)), 851-859.
- Schnel, M. (. (2014). Creencias y alimentación. . *Anales Venezolanos de Nutrición.*, 27((1)), 88-95.

Supplements, S. K. (18 de 12 de 2019). *The Office of Dietary Supplements (ODS) of the National Institutes of Health (NIH)*. Obtenido de Vitamina C:

<https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminC-DatosEnEspanol/>

Vaca, P. D.-T. (2023). *Suplementación con vitaminas, minerales y otros micronutrientes durante el embarazo*. Obtenido de Revista Información Científica:

doi:<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7844151>

Vásquez Garibay, E. (2016). Primer año de vida. Leche humana y sucedáneos de la leche humana. *Gaceta Médica de México* , 13-21.