

ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO DE CORTA EDAD

Atención Primaria: Celina Arana Cañedo-Argüelles, Mercedes Fernández Rodríguez, Carmen García Rebollar, Blanca Juanes de Toledo, Victoria Martínez Rubio, Ana Monzón Bueno, Ana María Lorente García-Mauriño, María Luisa Padilla Esteban, Esther Ruiz-Chércoles, Juan Rodríguez Delgado.

Atención Especializada: Natalia Alonso Pérez, Belén Borrel Martín, Gonzalo Botija Arcos, Beatriz Cano del Águila, Carmen García Soria, Marta Germán Díaz, Irene Hurtado Muñoz, Beatriz Martínez Escribano, Enrique Medina Benítez, José Manuel Moreno Villares, Enrique La Orden Izquierdo, Patricia Rodríguez de Bethencourt, Ydenice de la Rosa.

ÍNDICE

<i>I. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL NIÑO DE 6-12 MESES.....</i>	<i>2</i>
Momento de introducción de la alimentación complementaria	2
Forma de introducción	3
Alimentos por introducir	3
Mitos y controversias	5
<i>II. ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE DE OTRAS CULTURAS.....</i>	<i>10</i>
Latinoamérica.....	10
Europa del este.....	11
Países del norte de África y Magreb	11
África subsahariana	12
China.....	12
Población judía	13
<i>III. ACTITUD DE LOS PADRES FRENTE A LA ALIMENTACIÓN DE LOS LACTANTES</i>	<i>14</i>
Desarrollo de la conducta alimentaria en el niño pequeño	14
Influencias y actitudes de padres o cuidadores. Estilos educativos	15
Papel del pediatra/profesional de enfermería	18
<i>IV. ALIMENTACIÓN DIRIGIDA POR EL LACTANTE O BABY LED WEANING.....</i>	<i>19</i>
Desarrollo madurativo del lactante relacionado con la alimentación	19
Cuestiones para resolver sobre el BLW en la consulta de AP.....	20

V. CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE CORTA EDAD (1 A 3 AÑOS)	23
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXOS	27
ANEXO 1: Recomendaciones a los padres sobre alimentación complementaria	27
ANEXO 2: Calendario orientativo de incorporación de alimentos	28
ANEXO 3: Diccionario de términos culturales relacionados con la alimentación	29
ANEXO 4: Pirámides de alimentos equivalentes por culturas de la estrategia NAOS	32
ANEXO 5: Recomendaciones dietético-nutricionales en otras culturas en la Comunidad de Madrid.	36
ANEXO 6: Recomendaciones para el desarrollo de una conducta alimentaria saludable	39
ANEXO 7: Señales de alarma en la conducta alimentaria	40
ANEXO 8: Hoja de recomendaciones BLW modificado	41
ANEXO 9: Recursos web para familias y profesionales	42

I. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL NIÑO DE 6-12 MESES

La alimentación complementaria (AC) se refiere a todo alimento que comienza a tomar el lactante, ya sea sólido o líquido, distinto de la leche materna, o de un preparado para lactantes o de continuación. Otros términos usados frecuentemente son el de beikost o el de weaning. La alimentación con leche materna (LM) o con fórmula es suficiente para permitir el crecimiento del lactante durante los primeros meses de vida, pero a partir de los 6 meses puede ser insuficiente en energía y algunos nutrientes lo que hace necesaria la introducción de otros alimentos.

Entre los objetivos de una óptima introducción de la AC están el que proporcione un adecuado soporte nutricional, ayude al desarrollo madurativo y psicomotor del lactante, evite los déficits de micronutrientes y disminuya el riesgo de desarrollar alergias alimentarias.

La OMS recomendó en 2003 la LM exclusiva como alimento ideal durante los 6 primeros meses de vida y continuar con el amamantamiento hasta los 2 años o más, acompañado de una correcta AC. Tanto la Academia Americana de Pediatría, AAP (2005), como el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, ESPGHAN (2017), como la Asociación Española de Pediatría, AEP (2018) consideran que la LM exclusiva durante los 6 primeros meses es un objetivo deseable.

El Comité de Nutrición de la ESPGHAN publicó en el año 2008 unas recomendaciones para la introducción de la AC que han sido revisadas recientemente a la luz de la nueva evidencia disponible (hasta marzo de 2016), publicándose un nuevo documento de posicionamiento en 2017.

Momento de introducción de la alimentación complementaria

Existen múltiples diferencias en la forma y edad de introducción según el área geográfica, la tradición cultural e, incluso, la situación socioeconómica. No existen bases científicas sobre las que establecer normas rígidas en cuanto al por qué, qué, cómo y cuándo deben introducirse determinados alimentos.

Hay que considerar las siguientes premisas:

- a) La LM exclusiva más allá de los 6 meses de vida resulta insuficiente para conseguir requerimientos adecuados de energía, proteínas, hierro, zinc y vitaminas liposolubles A y D.
- b) La función renal y gastrointestinal, necesarias para un adecuado procesamiento de los alimentos distintos de la leche, están suficientemente maduras a los 4 meses de edad. La exposición a la AC respecto a la función gastrointestinal se asocia con la liberación de hormonas (insulina, hormonas suprarrenales...) que colaboran en la adaptación y maduración de la función digestiva y en el aumento de la actividad de ciertas enzimas.
- c) El desarrollo madurativo del niño es necesario para la evolución hacia una dieta mixta. El niño consigue ciertos hitos madurativos a partir de los 4 meses, que facilitan la introducción de otros alimentos diferentes a la leche y, por tanto, la transición a la alimentación adulta ([ALIMENTACIÓN DIRIGIDA POR EL LACTANTE](#)).
- d) Según datos de la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) publicados en 2013, en Europa los lactantes y niños pequeños ingieren cantidades de energía, proteínas, potasio y sal superiores a las recomendadas, mientras que la ingesta de ácidos grasos poliinsaturados (PUFAs), yodo y de vitamina D es inferior a lo necesario en algunos subgrupos de población.

Por todo esto es importante que la alimentación complementaria acompañe al desarrollo madurativo y psicomotor del niño y se aporten alimentos apropiados a cada edad, con la consistencia adecuada y mediante el método correcto.

Forma de introducción

La introducción de los nuevos alimentos debe iniciarse siempre en pequeñas cantidades, realizando los cambios, ya sean cuantitativos o cualitativos, de forma individualizada, lenta y progresiva. La forma habitual es ir complementando, de una en una, las tomas de leche que recibe el lactante separando la introducción de los grupos nuevos de alimentos, al menos tres días, para que el niño vaya aceptando los nuevos componentes y sabores de la dieta. Así, damos tiempo a la adaptación de su organismo y a que pueda detectarse más fácilmente qué alimento específico es el causante de los eventuales problemas que puedan presentarse (alergia o intolerancia). Es primordial informar a los padres de que la alimentación es un proceso voluntario y consciente, y por tanto educable, ya que si queremos que se establezcan unos buenos hábitos alimentarios debemos inculcarlos desde un primer momento.

Alimentos por introducir

La leche sigue siendo una parte fundamental de la dieta una vez introducida la AC. La leche materna debería seguir siendo la principal fuente nutritiva durante el primer año de vida y, si es posible, mantenerla durante el segundo año o hasta que la madre desee.

La leche de vaca es una fuente pobre en hierro y no debería utilizarse como bebida principal antes de los 12 meses, sin embargo, resultaría aceptable la ingesta de pequeñas cantidades antes de esa edad. La leche no diluida de vaca (o de otros mamíferos), la leche condensada, la leche descremada o semidescremada o las adaptaciones caseras de éstas, no deben ser usadas para niños menores de un año.

Otras fuentes de lácteos aceptados incluyen el yogur y el queso. A partir de los 6 meses el niño podría tomar pequeñas cantidades de yogur natural (sin azúcar) o

queso fresco. No se deben ofrecer grandes cantidades ya que la leche debe seguir siendo la fuente principal de aporte lácteo. Y, por otro lado, dado el habitual exceso de ingesta proteica a esta edad en los niños de nuestro entorno, la cantidad total de lácteos deberá controlarse.

Si el aporte de leche materna es adecuado (mínimo de 4 tomas al día a partir del 6º mes) no es necesario introducir otro tipo de leche. En los niños no alimentados al pecho las recomendaciones europeas (EUNUTNET 2006) establecen que la cantidad de leche necesaria a partir de los 6 meses, si se consumen otros productos animales regularmente, sea de 280-500ml/día de fórmula enriquecida con hierro y de 400-550ml si no se consumen otros productos animales. No se aconseja aumentar más la cantidad de leche diaria porque desplaza la ingesta de otros alimentos complementarios y entorpece la habilidad para comer.

La carne es una buena fuente de proteínas de alto valor biológico (contiene todos los aminoácidos esenciales), hierro, cinc y de ácido araquidónico (el principal ácido graso poliinsaturado de cadena larga de la serie omega 6), por eso es uno de los alimentos elegidos para comenzar la AC. Los nutrientes están más concentrados en la carne magra que en la grasa.

En cuanto a las vísceras (hígado, sesos...) no ofrecen ninguna ventaja sobre la carne magra salvo su riqueza en vitaminas y hierro (además de su precio), suponiendo un riesgo de aporte de parásitos, tóxicos y hormonas, y una excesiva cantidad de grasas y colesterol para un lactante. Tampoco el caldo de carne está indicado puesto que no tiene ningún valor nutritivo

El pescado. Tanto el pescado blanco como el azul son una importante fuente de proteínas y aminoácidos esenciales. El pescado blanco y el marisco son pobres en grasas, el pescado azul tiene una alta proporción de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga omega 3 y omega 6. También contiene cantidades considerables de hierro y cinc, aunque ligeramente menores que la carne. Aparte de la leche materna el pescado de agua salada es la principal fuente de yodo para los niños, y aporta cantidades considerables de minerales como el cloro, sodio, potasio y, sobre todo, el fósforo.

Es adecuado comenzar por el pescado blanco cuya digestibilidad es mejor, debido a su menor contenido en grasa y su menor riesgo de aportar metales pesados. La Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) alertó en 2011 del posible riesgo de intoxicación por mercurio al ingerir determinados pescados azules de gran tamaño (situados en lo alto de la cadena trófica). Por ello desaconseja el consumo de atún rojo, pez espada, tiburón y lucio en los niños menores de 3 años.

El huevo constituye una fuente importante de proteínas y sus grasas son ricas en fosfolípidos con predominio de los ácidos grasos poliinsaturados sobre los saturados. Aunque su contenido en hierro es bastante alto, está ligado a fosfoproteínas y albúmina por lo que es menos biodisponible. Los huevos se deben administrar bien cocinados para evitar la salmonelosis. Un huevo contiene 6 gr de proteínas, (el equivalente a 30 gr de carne magra), ácidos grasos esenciales, vitaminas y hierro. No se recomienda la administración del huevo crudo puesto que se digiere en menos del 50% y aumenta su capacidad alergénica.

Los cereales son una fuente importante de fibra y de energía, dado su contenido en hidratos de carbono, por lo que se recomienda su ingesta a diario, además de aportar proteínas de origen vegetal, minerales, ácidos grasos esenciales y vitaminas (especialmente tiamina). No es imprescindible la utilización de cereales

hidrolizados, salvo que se pretenda introducirlos antes de los 6 meses, por su mayor digestibilidad. A partir de esa edad el lactante puede digerir sin problema el cereal entero, sin dextrinar. Cualquier variedad de cereal de grano entero es válida: pan integral, maíz, avena, quinoa, etc, según las costumbres de cada familia. Únicamente se debe evitar un consumo elevado de arroz integral ante la posibilidad de que pudiera contener arsénico proveniente de las aguas de cultivo.

Sal: Una ingesta excesiva de sodio en la infancia temprana puede programar el desarrollo de una presión arterial elevada en etapas posteriores de la vida, especialmente en niños genéticamente predisuestos. No es recomendable añadir sal a los alimentos y deberían evitarse los alimentos muy salados tales como vegetales en conserva, carnes curadas, pastillas de caldo y sopas en polvo.

Aceite: Se recomiendan dietas con adecuado contenido en grasas, siendo preferible el aceite de oliva por su composición, en todas las preparaciones culinarias.

Verduras, frutas y hortalizas: Proporcionan vitaminas, minerales, almidón y fibra. Son una fuente muy importante de vitamina C y B6. Las verduras de hoja verde y las frutas y verduras de color anaranjado son ricas en carotenoides, que son transformados en vitamina A; las verduras de hoja verde oscura además son ricas en folatos.

Por lo tanto, es aconsejable la alimentación con **frutas frescas y verduras variadas a diario** y así satisfacer las recomendaciones nutricionales. La disponibilidad de verduras y frutas varía según la región y la época estacional, aunque la congelación y la conserva de ambas pueden asegurar un suministro durante todo el año. Cocinarlas al vapor o hervirlas con una cantidad mínima de agua o durante poco tiempo minimiza las pérdidas de vitaminas.

Las **legumbres** pueden introducirse añadidas a las verduras para enriquecer su valor biológico proteico.

Los **frutos secos** son alimentos ricos en energía, fuente de proteínas vegetales y de lípidos cardiosaludables. Deben evitarse enteros hasta los 3-4 años por el peligro de atragantamiento, pero machacados pueden incorporarse antes a la dieta sin problema.

Agua: Los lactantes y niños pequeños sanos amamantados a demanda reciben por lo general suficiente cantidad de líquido. Sin embargo, los no amamantados cuando están recibiendo alimentación complementaria pueden necesitar beber agua, especialmente cuando el clima es caluroso.

Azúcar: No se recomienda añadir azúcar a las comidas, puesto que contribuye a la aparición de caries y de obesidad, ofreciendo un sabor que acostumbra al lactante.

Miel: La miel natural puede contener esporas de *Clostridium botulinum*, lo cual, unido al déficit de ácido gástrico del lactante facilitaría, el desarrollo de botulismo. Por ello se recomienda no dar miel antes de los 12 meses de edad.

Mitos y controversias

1) ¿Cuándo iniciar la alimentación complementaria?

Todas las recomendaciones (OMS, AEP, Unión Europea) aconsejan el inicio de AC alrededor de los 6 meses. La evidencia disponible (Cochrane) recomienda como política general la lactancia materna (LM) exclusiva durante los primeros **seis**

meses de vida, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

Aunque haya variaciones individuales, la LM exclusiva no es suficiente para satisfacer todos los requerimientos nutricionales de los lactantes y niños pequeños más allá de los 6 meses.

El Comité de la ESPGHAN señala que las funciones gastrointestinales y renales están suficientemente maduras alrededor de los 4 meses, por lo que la AC se puede introducir a partir de la "**17 semana** (principio de 5º mes) **y no más tarde de la 26 semana** (principio del 7º mes)", valorando en cada niño de forma individual sus capacidades nutricionales y las características de su desarrollo neurológico.

Los niños deberían, por lo tanto, iniciar la alimentación complementaria alrededor de los 6 meses. **La leche materna, no obstante, debería seguir siendo la principal fuente nutritiva durante todo el primer año de vida.** Durante el segundo año de vida, los alimentos familiares deberían convertirse gradualmente en la principal fuente nutritiva.

2) ¿Debe ser diferente la edad de la introducción de la AC si la lactancia es materna o con fórmula?

Para algunos autores el comienzo de la AC debe iniciarse a los 6 meses mientras se sigue con LM a demanda, pero aconseja que en los niños alimentados con fórmula o lactancia mixta se inicie entre los 4 y 6 meses de edad.

Para la ESPGHAN y para la AEP las normas para la introducción de alimentos no deben ser distintas entre los niños alimentados con LM y los que no, pues no se encuentran suficientes ventajas y fundamentalmente las distintas normas pueden confundir a los cuidadores.

3) ¿En qué orden se introducen los alimentos?

Hay razones científicas para aconsejar que los alimentos ricos en hierro se introduzcan en primer lugar. Para prevenir el déficit de hierro entre 4 y 12 meses y sus consecuencias se recomienda incluir alimentos que sean buenas fuentes de hierro. A partir del 6º mes más del 90% del hierro que requieren los niños con LM debe encontrarse en la AC.

Para el resto de alimentos no hay razones que justifiquen el orden concreto en que deben introducirse en la dieta, el cual lógicamente estará en relación a la cultura, tradiciones locales y preferencias individuales.

4) ¿Es necesario retrasar la introducción de algunos alimentos considerados alergénicos?

A pesar de que históricamente se ha intentado reducir el desarrollo de enfermedades alérgicas eliminando o retrasando la introducción de determinados alimentos que pueden ser considerados altamente alergénicos, no se ha encontrado evidencia para dar recomendaciones específicas en la introducción de los alimentos potencialmente alergénicos a partir de los 6 meses de edad con el fin de prevenir

la enfermedad alérgica en los niños de alto riesgo. Además, algunos estudios sugieren incluso que el retraso en la introducción de ciertos alimentos no sólo no reduce, sino que puede aumentar el riesgo de sensibilización alérgica. Sobre estas bases el Comité de Nutrición de la ESPGHAN recomendó ya en 2008 que la alimentación complementaria no se debe introducir antes de las 17 semanas, que los alimentos deberían añadirse de uno en uno para detectar las reacciones individuales y que **no se debe evitar o retrasar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos (huevo, pescado) en niños con o sin riesgo de enfermedad alérgica.**

En su documento de 2017 la ESPGHAN recuerda que existe evidencia procedente de revisiones sistemáticas de que la introducción muy precoz de sólidos (antes de los 4 meses) aumenta el riesgo de alergia, pero no de que retrasarlos sirva para prevenirla. Hay evidencia (moderada certeza) de que la introducción de huevo entre los 4-6 meses o de cacahuets entre los 4-11 meses (incluso mejor a los 4-6 meses) puede reducir la incidencia de alergia a esos alimentos. Estos datos no implican automáticamente que deban cambiarse las recomendaciones sobre la introducción de esos alimentos, pero indican una tendencia y confirman la ineficacia de retrasar la introducción de alimentos.

Otro punto de controversia en la actualidad es si la lactancia materna exclusiva previene la enfermedad alérgica. La escasez de estudios, en su mayoría observacionales, y la imposibilidad de aleatorizar el tipo de alimentación aumenta la posibilidad de sesgos e impide sacar conclusiones claras. Hoy en día podríamos decir con la evidencia disponible que la duración de la LM exclusiva no parece tener una fuerte relación con una reducción en el desarrollo de eccema. Podría dar lugar a una reducción de los episodios de sibilancias en la primera infancia, paralelamente a su capacidad para reducir los episodios de infección respiratoria, pero no así sobre el asma del niño mayor. No hay evidencia suficiente como para sacar conclusiones sobre el impacto de la LM en el desarrollo de la rinitis alérgica. En cuanto a la alergia alimentaria únicamente podría relacionarse la lactancia materna exclusiva en los primeros 4 meses con un posible descenso en el riesgo de APLV en la primera infancia.

5) ¿Cuándo se introduce el gluten?

Las recomendaciones de la ESPGHAN en 2008 consideraban prudente evitar tanto la introducción temprana del **gluten** (antes de los 4 meses) como también tardía (7 meses o más) ya que se relacionaba con un aumento del riesgo de padecer enfermedad celíaca (EC). Se recomendó introducirlo en pequeñas cantidades y gradualmente mientras se continuaba con LM ya que se pensaba que existía un riesgo menor en niños que eran alimentados al pecho en el momento de la introducción del gluten comparándolos con los no amamantados.

Estudios posteriores no han confirmado estos datos por lo que la ESPGHAN publicó en 2016 un documento en el que se concluyó que:

- El gluten puede ser introducido en la dieta del niño entre los 4 y 12 meses, no existiendo evidencia de que el momento de introducción dentro de ese rango tenga influencia sobre el riesgo de desarrollar EC.
- La introducción del gluten mientras el niño está siendo amamantado no puede recomendarse como una manera de reducir el riesgo de EC. La LM, no obstante, debe ser recomendada por sus otros muchos beneficios.
- A pesar de la limitada evidencia en este punto, se sugiere evitar grandes cantidades del gluten en los primeros meses desde su introducción.

- Las recomendaciones sobre introducción del gluten en niños con antecedentes familiares de primer grado de EC son similares a las de la población general.

La evidencia actual tampoco nos permite concluir que la introducción del gluten mientras se está lactando al pecho disminuya el riesgo de desarrollar diabetes tipo 1 o problemas autoinmunes. La introducción precoz de gluten en menores de 3 meses sí se ha asociado a un incremento del riesgo.

6) ¿Se aconsejan zumos, infusiones entre 6 y 12 meses?

Se recomienda el consumo de fruta entera o troceada según la edad y desarrollo del niño, así como la ingesta de agua para calmar la sed. Los zumos de frutas se refieren al zumo producido por compresión de frutas que contienen todos sus nutrientes excepto la fibra. Salvo que forme parte de una de las comidas, es importante limitar la cantidad de zumos que se ofrece para evitar la reducción de la ingesta de alimentos más ricos en nutrientes. La AAP recomienda no superar los 120ml/día de zumos de frutas naturales en los niños de 1 a 3 años y **evitar su uso** antes del año de edad. La ESPGHAN y la AEP, en su último informe también desaconsejan el consumo de zumos en el primer año.

Conviene evitar las bebidas con escaso valor nutritivo como té, infusiones, bebidas con hinojo, bebidas azucaradas y carbonatadas.

7) ¿Se pueden dar toda clase de verduras cuando se inicia la diversificación de alimentos?

La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) en un informe de 2010 considera que, a pesar de que el riesgo de metahemoglobinemia es bajo a partir de los 4 meses, puede ser posible que algunos bebés consuman una cantidad de espinacas excesiva y que la cantidad de nitratos pueda llegar a ser alta, sobre todo si el puré se almacena inapropiadamente o si hay una infección gastrointestinal bacteriana concomitante. La AECOSAN a la luz de este informe emitió en 2011 sus propias recomendaciones, añadiendo también las acelgas ya que se constató que en España su nivel de nitratos es mayor que el de las espinacas:

- Se recomienda, por precaución, no incluir las espinacas ni las acelgas en sus purés antes del primer año de vida. En caso de incluir estas verduras antes del año, procurar que el contenido de espinacas y/o acelgas no sea mayor del 20% del contenido total del puré.
- No dar más de una ración de espinacas y/o acelgas al día a niños entre 1 y 3 años.
- No dar espinacas y/o acelgas a niños que presenten infecciones bacterianas gastrointestinales.
- No mantener a temperatura ambiente las verduras cocinadas (enteras o en puré). Conservar en frigorífico si se van a consumir en el mismo día, si no, congelar.

Se ha publicado posteriormente algún estudio en España en el que incluye a la borraja como verdura cuyo consumo podría incrementar el riesgo de metahemoglobinemia. En cualquier caso, se considera que el balance beneficio-riesgo siempre es favorable al consumo de verduras y hortalizas en general.

En cuanto al riesgo de metahemoglobinemia derivado del consumo de agua, para los niños alimentados al pecho no hay riesgo si sus madres ingieren agua con alta concentración en nitratos. La mayoría de los casos publicados habían recibido preparado de lactantes reconstituido con agua contaminada (concentración de nitratos mayores a 10 mg/L o 10 ppm)

8) Leche de vaca ¿cuándo? ¿Entera o desnatada?

En la mayoría de los países desarrollados se recomienda esperar hasta los 12 meses para introducir la leche de vaca (en Canadá, Suecia y Dinamarca hacia los 9-10 meses). El motivo es evitar la deficiencia de hierro, pues la leche de vaca es una pobre fuente de hierro y su ingesta se asocia a sangrado intestinal microscópico, el cual no se ha demostrado en lactantes mayores de 9 meses.

La ESPGHAN sugiere **introducir la leche de vaca después de los 12 meses**. Además, considera aceptable la ingesta de **pequeñas cantidades de leche de vaca antes de los 12 meses**, pero sin utilizarla como bebida principal. Después del año, si se usa leche de vaca, ésta debe ser **entera** (con toda su grasa) y no descremada ni semidescremada. Estos productos no deben ser consumidos por los niños hasta después de cumplir los 2 años.

9) Recomendaciones para padres

Se incluyen al final del documento en los anexos:

- Recomendaciones a los padres sobre alimentación complementaria ([ANEXO 1](#)).
- Calendario orientativo de incorporación de alimentos ([ANEXO 2](#)).

Existen excelentes hojas informativas dirigidas a padres recientemente publicadas y actualizadas, que se pueden entregar también como apoyo a la información presencial:

- ["Recomendaciones de la AEP sobre alimentación complementaria"](#) Elaborado por los Comités de Lactancia Materna y de Nutrición de la AEP Fecha del documento: 9 de noviembre de 2018
- ["Alimentación infantil"](#). Comunidad de Madrid. Información de 6 a 12 meses y de 1 a 3 años. Menús de ejemplo. Información de la frecuencia de alimentos recomendada
- ["Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia \(de 0 a 3 años\)"](#) . Agencia de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya

II. ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE DE OTRAS CULTURAS

En la actualidad alrededor de un 15% de la población residente en Madrid son extranjeros, especialmente latinoamericanos, del este de Europa, del norte de África, subsaharianos y de Extremo Oriente. Cada población utiliza los alimentos que están más a su disposición o excluye algunos por **tradición** o **preceptos religiosos**. Al llegar a un país nuevo algunos inmigrantes aceptan la dieta y las nuevas costumbres (**aculturación**), otros, sin embargo, mantienen algunas a lo largo del tiempo.

En lo que respecta a la AC, es útil conocer algunas peculiaridades presentes en cada grupo cultural para poder aconsejar y contribuir a la prevención y manejo de problemas nutricionales, desde los carenciales a la obesidad. En algunas culturas la clasificación de los alimentos en fríos y calientes, diversos ritos de alimentación pre-láctea, el rechazo del calostro o la introducción precoz de los alimentos son actitudes que pueden dificultar la lactancia o tener algunos riesgos nutricionales. Por el contrario, en otras ocasiones, la aculturación puede ser contraproducente por la pérdida de hábitos saludables. Un aspecto muy relevante es el **nivel socioeconómico** como factor adicional de aculturación ya que, si es bajo, algunas familias pueden retrasar demasiado la introducción de la alimentación complementaria o adoptar hábitos alimentarios inadecuados en los países desarrollados a los que emigran.

Las guías sobre una correcta AC tienen unos principios básicos universales, pero son flexibles en cuanto a la adaptación al medio y cultura de cada población, individualizando el tipo de alimento, el orden de su administración o su textura. El papel del pediatra y la enfermera es aconsejar sobre el uso de alimentos localmente disponibles (o similares, según las preferencias culturales). También considerará la suplementación en micro o macronutrientes cuando existan deficiencias y dará consejos para evitar la sobrealimentación y así **promover el consumo de una dieta sana en la familia**, comenzando por la del niño. El consejo individualizado culturalmente favorece la comunicación e integración de los inmigrantes (**competencia cultural**).

Se exponen a continuación algunas de las **singularidades más relevantes de la alimentación en algunos grupos de población inmigrante en Madrid**. Se incluyen en los anexos un **diccionario de términos culturales** relacionados con la alimentación (**ANEXO 3**), las Pirámides de alimentos equivalentes por culturas de la estrategia NAOS (**ANEXO 4**) y las Recomendaciones dietético-nutricionales en otras culturas en la Comunidad de Madrid (**ANEXO 5**).

Latinoamérica

Muchos de estos inmigrantes trabajan en el servicio doméstico, hostelería y sector servicios. Las recomendaciones oficiales de los diferentes países latinoamericanos (LA) para su población son utilizar la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de edad y después comenzar con alimentos en papillas, mazamorras o purés, manteniendo la LM a demanda. El nivel socioeconómico en nuestro país puede condicionar la prolongación o no de la LM de forma individual. En los países de Latinoamérica se utiliza la onza como medida de volumen, que equivale a 30 ml, para preparar los biberones (*teteros*) con "leche de tarro o de bote".

En Ecuador, Perú y Colombia los cereales son los primeros alimentos que se suelen introducir: arroz, avena, maíz y también la quínoa, o los tubérculos: patata, yuca o zanahoria. Suelen empezar con frutas no cítricas como plátano. En algunos lugares de Colombia se ofrecen los jugos de frutas a partir de los 3 meses. En Ecuador y Perú la yema de huevo o la espinaca se introducen a los 6 meses según consta en las guías. Suelen utilizar aceites de girasol, palma o coco en la preparación de los purés. Sería preciso pues estimular el consumo de aceite de oliva. En los inmigrantes bolivianos se recomienda evitar usar la sal o suplementos de vitamina A, ya que es una costumbre añadirlos en la alimentación del niño pequeño. Los dominicanos suelen introducir primero el maíz y el arroz, la patata o la yuca, el ñame y más precozmente algunas legumbres o raíces como la malanga, las semillas de chía,

aceites de soja, maní o girasol y yema de huevo.

Con el progreso de la alimentación, la población LA prepara los platos en forma de "sopas" (patatas, vísceras, plátano, pescados, carnes, maíz, arroz). No tienen tendencia a hacer ensaladas, sino que añaden la verdura en las sopas.

El peligro nutricional principal en esta población es el consumo excesivo de jugos de fruta (comerciales o no) o bebidas dulces (*Smoothies*, etc.), como sustituto de la leche o como bebida durante las comidas. La población LA es especialmente sensible a la obesidad y esteatohepatitis. Debe vigilarse la introducción precoz de preparados de cereales no fortificados como sustitutos de la leche materna o de fórmula, así como el uso de infusiones de hierbas o café.

Europa del este

La mayoría de los inmigrantes en Madrid son de Rumanía, Bulgaria, Ucrania o Polonia. Suelen trabajar en la construcción, sector servicios o doméstico.

Las guías de alimentación del lactante en Rumanía son excelentes y adecuadas a las recomendaciones internacionales.

Suelen ofrecer primero cereales de trigo, arroz o maíz y después verduras y patatas o raíces (de perejil, zanahoria o colinabo). En Letonia, inician la carne y el pescado en este orden: papilla, albóndigas y en trozos. Predominan las carnes de ave, cerdo o cordero. Ofrecen con frecuencia vísceras, pescados de río como carpa y trucha, manzanas, naranjas y frutos del bosque. Es frecuente dar *mamaliga* a partir de los 8 meses (su "pan" para acompañar las comidas)

Con el crecimiento el niño toma una dieta familiar en la que hay tendencia a consumir leche y lácteos fermentados, mantequilla y manteca como grasa animal, pescado en menor cantidad, sobre todo ahumado, semillas (de lino, soja, girasol, brotes de pino) y carnes rojas en salazón (*pastrami*). Las comidas típicas son en forma de sopas a las que dan sabor ácido, carnes picadas con especias o rodeadas de hojas de repollo.

Nutricionalmente debe vigilarse en muchos de ellos su propensión a comer comidas ricas en sal, grasa animal y proteínas, y menos fruta, aunque se adaptan bien a una alimentación más variada que no tienen dificultad en encontrar aquí.

Países del norte de África y Magreb

Los inmigrantes magrebíes son una colonia amplia en nuestro país. Culturalmente diferenciados tanto por su tradición como por su religión, la mayoría son musulmanes y de origen marroquí.

Las mujeres magrebíes suelen dar el pecho a sus hijos, de forma exclusiva los primeros meses y posteriormente acompañando a la AC. Dar leche materna es un consejo del Corán, si bien con recato y privacidad. En muchas ocasiones al nacer realizan el rito del *Tareck* y no dan calostro por considerarse impuro. Es aconsejable preguntar por el uso de infusiones herbales para el bebe. La práctica de ir cubiertas, con poca exposición solar, puede favorecer un déficit de vitamina D tanto en las madres como en los lactantes. La madre lactante está exenta de hacer el ayuno durante el Ramadán.

Las recomendaciones tradicionales de sus países son mantener la lactancia 6 meses y después, realizar la diversificación alimentaria (*Fa-sa-la*). Existe el riesgo de una corta duración de la lactancia en los países de adopción por motivos sociolaborales con una introducción precoz de alimentos, con fruta, verdura y más tarde carne (cordero, aves, ternera, no cerdo). Según normas religiosas, los alimentos cárnicos deben ser *halal*

(animales sacrificados según la ley islámica) frente a los prohibidos o *haram*. La incorporación al plato familiar puede ser más precoz.

La diversificación alimentaria es rica en alimentos tradicionales de la dieta mediterránea con verduras, frutas y legumbres, cereales, aceite de oliva, especias y hierbas. Otros aceites vegetales también son usados como el de argán o girasol. Tienen tendencia a tomar alimentos muy dulces en los postres. Es preciso preguntar por el uso de la miel en el primer año de vida. Es frecuente el consumo de frutos secos y semillas. Dentro de los cereales, es característica la sémola de trigo, mezclada con otros alimentos (cuscús). Los platos tradicionales suelen ir muy especiados y coloreados. En emigrantes de zonas saharauis es muy frecuente la enfermedad celiaca.

África subsahariana

Los inmigrantes subsaharianos (Senegal, Nigeria, Guinea...) pueden ser musulmanes, animistas, protestantes o católicos. Son personas en general de bajo nivel de escolarización y socioeconómico. Para los problemas de salud algunas veces acuden a sanadores tradicionales de sus países de origen. Las madres pueden parecer distantes con sus bebés, pero es una estrategia para protegerlos del mal de ojo o de los malos espíritus. Suelen trabajar en trabajos agrícolas, venta ambulante, muchos llegan como ilegales.

En sus países el principal problema es la pobreza, la escasez de cultivos y los tabúes étnicos que limitan la oferta de alimentos. Es habitual realizar dos comidas al día y solo las familias con muchos recursos comen tres veces. Se come al estilo comunal tradicional, *Fayda*, del mismo recipiente.

Suelen dar leche materna, pero en nuestro país la lactancia es variable, siendo más frecuente la artificial en familias con mayor nivel económico. La AC empieza por cereales en forma de gachas de maíz, arroz, banana, mandioca, mijo, caña de azúcar. La limitación económica puede condicionar una prolongación excesiva de la lactancia y poca ingesta de carnes, pescados y frutas, con déficit de micronutrientes. Los aceites son de palma o coco. Con frecuencia emplean remedios caseros mediante infusiones de hierbas aromáticas para curar algunos síntomas de enfermedad como la fiebre.

En edades posteriores la dieta es variada, salvo el bajo consumo de leche. El cuscús, el arroz roto, el mijo y los tubérculos junto con las harinas derivadas (mandioca y ñame) se utilizan como base de los platos principales. Es habitual combinar diferentes carnes (pollo) con pescado y/o marisco desecado o ahumado en el mismo plato. Es frecuente el uso de cacahuete y la alubia de *ojo* como legumbres.

Muchos subsaharianos pueden sufrir intolerancia a la lactosa. También existe un mayor riesgo de déficit de vitamina D por el color oscuro de su piel.

China

Los inmigrantes chinos suelen conservar sus tradiciones y su estructura sociofamiliar. No suelen interactuar mucho con las actividades sociales del país al que emigran. Recurren con frecuencia a remedios naturales, como la fitoterapia.

Según la medicina china, los alimentos pueden ser *yin* ("fríos") y *yang* ("calientes"). En determinadas condiciones evitarán o comerán más alimentos de un tipo u otro para mantener su equilibrio. El embarazo es un estado yang, pero durante el parto la mujer pierde calor. La nueva madre debe seguir el *zuo yuezi* ("hacer el mes") con normas en torno a la dieta, la actividad y la higiene. Se deben consumir alimentos calientes o yang y así restaurar el equilibrio. No dan calostro a los niños. Suelen esperar el mes antes de decidir el nombre del niño (lo que puede causar problemas de registro y control). En este periodo existe un gran apoyo familiar que tradicionalmente fomenta la lactancia materna, pero en madres jóvenes inmigrantes sin apoyo existe el riesgo de alimentación con bebidas o infusiones dulces para impedir la pérdida de calor con la lactancia o el inicio precoz de la

fórmula. Esta es considerada como “muy caliente”. Por ello se dan para compensar bebidas “frías” en forma de infusiones.

En China, el gobierno intenta promover la lactancia materna, debido al gran descenso en la duración de la LM exclusiva durante el último decenio por la alta tasa de mujeres trabajadoras. La AC en áreas urbanas sigue unos patrones similares a los países desarrollados, con un 17% de introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses. Suelen comenzar con caldos de carne donde añaden arroz, muy triturado o en harina, zumos de fruta, y como fuente proteica los huevos antes que carnes o pescados. Las legumbres son lo último y su consumo es menor.

En la dieta tradicional predominan los alimentos de origen vegetal, incluyendo algas, acompañados de menos productos animales. Toman frutas variadas, en especial plátano al inicio. Los cereales son la principal fuente calórica (el arroz en el sur y la harina de trigo en el norte). Cereales en forma de tallarines, fideos, bollos al vapor rellenos, Wontons, harinas para rebozados. Legumbres: fundamentalmente soja, judías y habas. El aceite para el wok es de cacahuete, de maíz o de soja preferentemente. Hay que aconsejar no dar muchos alimentos fritos en aceite vegetal y vigilar la sal. Gran parte de la población es intolerante a la lactosa y la leche no suele formar parte de la dieta diaria, aunque cada vez consumen más lácteos fermentados. Sus fuentes de calcio son soja y derivados (tofu, miso), coles chinas y pescado pequeño con espinas. Es preciso vigilar la ferropenia por bajo consumo general de carnes y fomentar el aceite de oliva.

Población judía.

Es poco frecuente ver niños judíos en nuestras consultas, pero la alimentación judía tiene muchas peculiaridades tradicionales y religiosas.

Desde el inicio se estimula la lactancia materna. En la tradición judía la lactancia debe durar dos años y un máximo de cinco. Se aconseja a la madre comenzar por el lado izquierdo “cerca del corazón”.

Según las guías de alimentación de Israel, se aconseja la introducción inicial de alimentos ricos en hierro, bien carnes o cereales fortificados o legumbres. Huevo a los seis meses. Hay que recordar que se ha demostrado un consumo mayor y más precoz en Israel de cacahuete.

Los judíos ortodoxos siguen las leyes del *kashrut* que definen los alimentos que son aptos o *kosher*. La Torá permite el consumo de animales terrestres que tengan pezuñas hendidas y rumien. Vacas, ovejas, cabras y ciervos son *kosher*, cerdos, conejos, liebres, y caballos, no. Las aves que están permitidas son el pollo, el pato, el ganso y el pavo. Por lo que concierne a pescados y mariscos, para que un animal marino sea *kosher* debe tener simultáneamente aletas y escamas, permitiendo un amplio abanico de peces como son el atún, el salmón, la carpa, el mero, la sardina..., pero dejando fuera todo el marisco y también ballenas, tiburones, delfines o peces espada. Están prohibidos todos los productos derivados de los animales no permitidos, huevos o leche. Aunque no se permiten los insectos alados, sí la miel de las abejas, ya que se considera que es un producto de las flores. Suelen tomar, especialmente en fiestas como la pascua judía, pan ácimo.

En el judaísmo tradicional, los animales deben ser sacrificados según la matanza ritual o *Shejitá* y deben ser desangrados completamente antes de ser consumidos, conservandolos en sal. Por ellos, hay que vigilar la ingesta de sal de los niños.

No se pueden consumir lácteos y carnes al mismo tiempo, separando incluso los cubiertos. La alimentación directa del pecho se separa de la ingesta de carne unas horas. No deben ofrecerse a los niños judíos quesos que contengan cuajo o bizcochos que tengan grasa animal.

III. ACTITUD DE LOS PADRES FRENTE A LA ALIMENTACIÓN DE LOS LACTANTES

Desarrollo de la conducta alimentaria en el niño pequeño

Desarrollo de las preferencias:

- Influencias durante el período prenatal y la lactancia:

La primera experiencia con los sabores comienza en el vientre materno, condicionada por los hábitos alimentarios de la madre durante el embarazo. El desarrollo de los sistemas gustativo y olfatorio se inicia en el primer trimestre de gestación. El feto tiene experiencias sensoriales desde etapas tempranas por los sabores y aromas de los alimentos que ingiere la madre y se transfieren al líquido amniótico. Comienza así el desarrollo de las preferencias.

Los humanos tenemos una predilección innata por el sabor dulce y un rechazo a lo amargo y ácido. Es el reflejo del impulso biológico hacia alimentos seguros, presentes en la naturaleza (con mayor densidad calórica y proteica), y de la aversión hacia los posibles tóxicos o venenosos. Estas preferencias se mantienen durante toda la infancia y disminuyen en la adolescencia y la edad adulta

Los lactantes amamantados son expuestos a una amplia variedad de sabores transferidos desde la dieta de la madre a la leche materna. En el caso de los lactantes alimentados con fórmula, la percepción de sabores es mucho más monótona, condicionada por la composición constante y la marca de la fórmula recibida.

La lactancia materna facilita la aceptación de alimentos saludables, como frutas y verduras, si éstos forman parte de la dieta habitual de la madre. Estas experiencias pueden explicar que los niños amamantados tiendan a ser menos escrupulosos con la comida y estén más dispuestos a probar alimentos nuevos durante la infancia.

- Influencias durante la introducción de la alimentación complementaria:

Hay dos estrategias principales al introducir la alimentación complementaria: la exposición repetida a cada alimento (al menos 8-10 veces) y la oferta de una amplia variedad de alimentos, tanto en sabor como en textura. Así se consigue aumentar la disposición del niño, no sólo a comer los alimentos ya conocidos, sino a probar otros nuevos. En esta etapa hay un periodo sensitivo en el que el niño tiene una predisposición para aceptar nuevos sabores que declina con el tiempo.

Es importante que los cuidadores no se guíen únicamente por las reacciones faciales del niño a la hora de comer, sino por su disposición a seguir tomando el alimento (alimentación perceptiva). Nunca se forzará la ingesta, se respetará el temperamento del niño.

El momento de exposición a diferentes texturas es importante. Los niños a los que se les introducen los alimentos semisólidos o grumosos después de los 9 meses comen menos grupos de alimentos y tienen más problemas de alimentación a los 7 años, comparados con aquellos a los que se les introducen entre los 6 y los 9 meses. En relación con este punto, se desarrollan más ampliamente en el apartado de [Baby led Weaning](#)

- Influencias en la infancia temprana (2-5 años):

Es característica en esta etapa la aparición de la neofobia: rechazo a probar alimentos nuevos. Esta actitud se considera el resultado de un comportamiento adaptativo por el que los niños se defienden mediante el consumo de alimentos conocidos y seguros durante un periodo en el que se exponen a un mayor número de alimentos nuevos.

La repetición es la principal estrategia para combatir la neofobia. Algunos estudios sugieren que la forma más eficaz de conseguir su aceptación es ofrecer pequeñas cantidades de alimentos nuevos, bien espaciadas, antes o después de otros familiares, sin forzar su ingesta.

La influencia social juega también un papel importante en estas edades. Se ha comprobado que los preescolares muestran preferencia por aquellos alimentos que toman con agrado sus iguales, en edad y sexo, y tienden a rechazar los que sus semejantes rechazan.

El uso adecuado de pequeñas recompensas que no sean comida (elogios verbales, por ejemplo), puede tener un pequeño papel cuando las estrategias anteriores hayan fracasado.

Influencias y actitudes de padres o cuidadores. Estilos educativos

La familia es el contexto donde se adquieren los primeros hábitos, habilidades y conductas que nos acompañarán toda la vida. Los niños aprenden copiando e imitando gestos, acciones y comportamientos de las personas que tienen a su alrededor. Padres y cuidadores (abuelos, educadores de Escuelas Infantiles, personas encargadas de los niños en ausencia de los padres), y también hermanos o compañeros de la Escuela Infantil, tienen una influencia decisiva en este proceso.

La alimentación es una de las interrelaciones más importantes entre el niño y sus padres/ cuidadores en los primeros años de vida. Las expectativas y deseos de los padres se proyectan sobre el comportamiento del niño. El proceso no es unidireccional ("*la educación no es algo que los padres hagan a los hijos, sino algo que padres e hijos hacen conjuntamente*", J Rich Harris) y el carácter del niño, sus experiencias y respuestas, configuran también la conducta alimentaria, influida además por otros aspectos como la composición familiar, obligaciones sociolaborales, publicidad, etc.

Existen múltiples variables relacionadas con el contexto familiar que pueden afectar a la conducta del niño en relación con la comida: los hábitos alimentarios de los padres, los alimentos disponibles para el niño o las estrategias utilizadas por los cuidadores para alimentar al niño.

Algunas de las estrategias tradicionales son: ofrecer alimento como primera respuesta al llanto o incomodidad del niño; proporcionar grandes raciones; ofrecer solo los alimentos favoritos o presionar al niño para que coma toda la cantidad proporcionada. También es frecuente que los padres utilicen otras tácticas, como tratos relacionados con la comida ("si te comes la verdura, puedes comerte un helado de postre") o medidas de presión ("no puedes levantarte de la mesa hasta que no quede nada en el plato"). Estas pautas resultan contraproducentes ya que reducen la habilidad del niño para regular su ingesta y aumentan el riesgo de obesidad en un ambiente ya de por sí obesogénico. Además, pueden fomentar el comportamiento quisquilloso de algunos niños en relación con la comida.

El empleo de técnicas restrictivas, con el fin de prohibir o restringir el acceso a comida basura, asociadas con la presión por consumir alimentos saludables, no es beneficioso. Existen pruebas de que la imposición de un control parental estricto puede aumentar la preferencia del niño por alimentos ricos en grasas y con alta densidad calórica, limitar su aceptación de una dieta más variada y alterar la autorregulación de su ingesta.

Estudios observacionales han demostrado que los alimentos consumidos por los padres y que están disponibles para sus hijos predicen el tipo de alimentos consumidos por los niños. Tanto los adultos (padres, familiares, cuidadores, educadores) como sus semejantes (hermanos, compañeros de clase, amigos) son modelos adecuados para promover la aceptación de nuevos alimentos. A medida que los niños crecen y se hacen más independientes, entran en juego otras influencias como la publicidad, la disponibilidad de alimentos en centros escolares o la imitación de sus iguales.

Los **estilos educativos**, forma de actuar de los adultos respecto a los niños, crean expectativas y modelos con los que se regulan las conductas y se marcan los límites que servirán de referencia a los menores.

Se han descrito cuatro estilos educativos parentales: autoritario, permisivo o indulgente, responsable o participativo, y negligente (**figura 1**). No son excluyentes: en una unidad familiar pueden mezclarse y variar a lo largo del tiempo. Están influidos por características del niño (edad, sexo, el número de hermanos etc.), preocupaciones de los padres, normas culturales etc.



Figura 1: Estilos educativos (Fuente: <http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/estilos-parentales-cual-mas-adecuado-educacion-mi-hijo>)

Sus principales características se resumen en la tabla a continuación:

ESTILO	CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES	CONSECUENCIAS EN LOS HIJOS
AUTORITARIO	<ul style="list-style-type: none"> • Clima familiar hostil • Normas minuciosas y rígidas • Diálogo escaso (comunicación unidireccional) • Obediencia extrema. • Usan castigo, poder y subordinación 	<ul style="list-style-type: none"> • Agresividad e impulsividad • Baja autonomía personal y autoconfianza • Comunicación pobre y poco asertiva (menos alegres) • Baja espontaneidad y autoestima • Escasa competencia social
PERMISIVO INDULGENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Clima familiar pasivo • Tolerancia excesiva, sin límites • Complacientes (no diferencian entre satisfacer un deseo/necesidad) • Permisividad y pasividad • Uso escaso de restricciones o refuerzos negativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Inseguridad y escasa motivación. • Poco respeto a normas / personas. • Pobre autocontrol, inestabilidad emocional • Baja autoestima • Bajos logros personales
PARTICIPATIVO RESPONSABLE	<ul style="list-style-type: none"> • Clima familiar favorecedor • Disciplina inductiva, afecto manifiesto, límites claros y coherentes • Comunicación abierta • Fomentan la responsabilidad y autonomía • Técnicas punitivas razonadas • Técnicas "win to win" 	<ul style="list-style-type: none"> • Alegres y espontáneos • Responsabilidad y fidelidad a compromisos personales • Autoconcepto y autocontrol realista • Prosocialidad (altruistas/solidarios) • Pocos conflictos padres / hijos • Alta competencia social
NEGLIGENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Clima familiar ausente • No implicación en la educación • Escasa motivación • Invierten en los hijos el menor tiempo posible. • Inmadurez adulta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsividad. • Escasa motivación sin capacidad de esfuerzo. • Escaso control de impulsos y agresividad. • Inmadurez • Escasa competencia social

Fuente: Adaptado de M^a Jesús Jiménez, *Estilos Educativos Parentales y su implicación en diferentes trastornos* (2009-2010).

Es imprescindible que el pediatra conozca y tenga en cuenta el estilo educativo de los padres para ajustar sus recomendaciones y favorecer el cambio a un estilo respetuoso, participativo. Aunque existen cuestionarios para caracterizar el estilo educativo de unos padres, el pediatra puede diferenciarlos fácilmente mediante tres preguntas:

- ¿Cuánto te preocupa cómo come tu hijo?
- ¿Cómo es la hora de comer, qué pasa durante la comida?
- ¿Qué haces cuándo tu hijo no quiere comer?

Papel del pediatra/profesional de enfermería

El objetivo no es que el niño coma, sino que quiera comer, quiera comer de forma saludable y la hora de comer sea un momento de relación agradable con su familia y entorno. En definitiva, desarrollar una conducta alimentaria saludable.

El pediatra tiene una excelente posición para favorecer este proceso. Para ello, atenderá sin minusvalorar las preocupaciones de los padres, seguirá el crecimiento y desarrollo del niño; promoverá conductas saludables, detectará factores de riesgo y vigilará la aparición de posibles signos de alarma de trastornos de conducta alimentaria para orientar, en caso de necesidad, las medidas oportunas.

Será necesario conocer la dinámica familiar y el estilo educativo de los padres; fomentar la lactancia materna, una alimentación familiar saludable (recalcar la importancia de la alimentación sana en la embarazada y en la madre que amamanta) y ambientes agradables en torno a las comidas; favorecer la autonomía del niño e incorporarle a la mesa familiar y a los preparativos de las comidas, según su desarrollo madurativo; anticipar y explicar a los padres comportamientos esperados en momentos evolutivos (variaciones o disminución del apetito, en determinadas etapas o coincidiendo con procesos infecciosos frecuentes en los niños pequeños, el rechazo a probar alimentos nuevos, las "manías" por otros, etc.). En la [ANEXO 6](#) se resumen algunas recomendaciones útiles.

Hay que estar especialmente atentos en los periodos de transición, cuando aparecen las dificultades con mayor frecuencia (introducción de la alimentación complementaria, inicio de la alimentación autónoma, destete). Es necesario tener en cuenta siempre cualquier inquietud expresada por los padres. Errores de percepción o simples dificultades transitorias pueden derivar en problemas importantes, si no se orientan y tratan adecuadamente. Se enumeran a continuación datos de la historia clínica que pueden indicar un trastorno de conducta alimentaria:

- Ingesta poco variada
- Comidas desestructuradas
- Déficit en las habilidades oromotoras
- Masticación excesiva
- Almacena comida o líquidos en la boca
- Tiempos de comida prolongados
- Tiempo de comida estresante
- Rechazo a la ingesta por más de un mes
- Carencia de alimentación independiente (en función de la edad)
- Alimentación nocturna en el niño pequeño (no en el lactante)
- Distracción excesiva durante la ingesta
- Alimentación de biberón en > 2 años
- Fallo en el avance de texturas o alimentos
- Preferencia de tomar líquidos en lugar de comer sólidos en >1año

La aparición de las señales de alarma, orgánicas o conductuales, recogidas en el [ANEXO 7](#), determinarán la necesidad de intervenir. Será preciso un enfoque multidisciplinar que, dirigido a la situación particular de cada caso, aborde todos los aspectos del problema.

IV. ALIMENTACIÓN DIRIGIDA POR EL LACTANTE O BABY LED WEANING

Tradicionalmente la introducción de alimentos en la dieta del lactante se ha realizado de forma progresiva, dejando un intervalo de tiempo entre alimento y alimento y mediante cuchara; progresando desde puré suave, como la textura de los primeros alimentos, a alimentos picados, poco triturados y sólidos masticables a medida que se desarrollan las habilidades motoras orales, y la alimentación familiar definitiva a los 12 meses de vida.

Aunque en la mayoría de los países los bebés contactan por primera vez con los alimentos sólidos mediante la alimentación con cuchara, a partir de los seis meses, la mayoría de los bebés han desarrollado suficientes habilidades motoras para poder alimentarse por sí mismos. Por eso, cada vez es más popular el método alternativo surgido en Nueva Zelanda, Reino Unido y Canadá, que promueve la autoalimentación del bebé, alimentación dirigida por el bebé o *Baby Led Weaning* (BLW) (término acuñado por Rapley en 2005), en el que el bebé no es alimentado con cuchara, sino que se alimenta por sí mismo con trozos enteros de alimentos, preferiblemente de la comida familiar. El bebé “dirige” y “controla” el proceso, y decide qué va a comer, cuánto y con qué rapidez. Es un sujeto activo y no un mero receptor pasivo. Los padres proporcionan trozos de alimentos blandos que los bebés pueden coger con sus dedos (“finger foods”), llevarlos a la boca y masticar: *alimentación con los dedos* en contraposición con la *alimentación con cuchara* tradicional. En ambos enfoques es necesaria la supervisión familiar para evitar el riesgo de atragantamiento, pero además el BLW estricto no puede ser puesto en práctica antes de los seis meses, ya que precisa que el lactante pueda mantenerse sentado sin ayuda, agarre los alimentos con la mano, los lleve a la boca y realice los movimientos orales necesarios para su troceado e ingestión.

En 2015, la Universidad de Otago (Nueva Zelanda) desarrolló una versión de BLW modificada llamada **introducción de sólidos guiada por el bebé “Baby-Led Introduction to Solids (BLISS)”** para abordar las principales preocupaciones que genera el BLW.

Las características esenciales de este BLW modificado son:

- Ofrecer alimentos que el niño sea capaz de coger con sus manos y dirigir a la boca.
- Ofrecer un alimento con alto contenido en hierro en cada comida.
- Ofrecer un alimento de “alta energía” en cada comida.
- Evitar alimentos que puedan suponer un riesgo de asfixia. Asegurarse de que los alimentos que se ofrecen están preparados de manera adecuada para la edad y el desarrollo del bebé.

En el [ANEXO 8](#) se ofrece una Hoja de recomendaciones BLW modificado

Desarrollo madurativo del lactante relacionado con la alimentación

El momento de la introducción de los alimentos sólidos no depende tanto de alcanzar una edad determinada como de la constatación de que el niño haya adquirido una serie de hitos en su desarrollo entre los que destaca:

- Capacidad para la sedestación con poco o ningún apoyo, lo cual aumenta su movilidad y capacidad para manejar las manos y dirigirse hacia objetos de su interés.
- Pérdida del reflejo de extrusión
- Coordinación ojo-mano-boca.

- El niño debe dar ya muestras de interés por la comida y ser capaz de expresar mediante gestos (abrir o cerrar la boca, girar o apartar la cabeza como negación ante la introducción de un alimento, etc.), sensaciones de hambre o saciedad.
- Capacidad de realizar movimientos masticatorios con la lengua y la mandíbula de forma que pueda manejar los trozos sólidos de comida en el interior de la boca, fragmentarlos y tragarlos.

La adquisición de estas habilidades masticatorias comienza a partir de los 6 meses y no madura completamente hasta después del primer año de vida. El patrón inicial de masticación de los lactantes es muy primitivo, apropiado para trozos de comida pequeños y blandos, pero podría ser totalmente inadecuado para el resto de los alimentos. La textura de éstos debería estar por tanto adaptada a la capacidad masticatoria del niño.

Para lograr un buen manejo de los primeros sólidos, el lactante debe aceptar el alimento en la parte anterior de su boca y usar la lengua para transportarlo a la parte posterior, consiguiendo así la activación del reflejo de deglución. La comida debe ser triturada en pequeñas porciones, amasada con la saliva y transportada a la parte posterior de la cavidad bucal. La masticación del lactante en estas primeras fases es únicamente vertical (arriba y abajo, sin movimientos rotatorios) lo que le permite masticar trozos pequeños de sólidos blandos, pero no alimentos duros o fibrosos. Además, en estos primeros momentos, la lengua no es capaz de cerrar la entrada a la faringe durante el proceso de masticación y la vía aérea permanece abierta, con el consiguiente riesgo de atragantamiento. Estas habilidades masticatorias van mejorando progresivamente con la edad del niño y simultáneamente con otras habilidades motoras. La aparición de los dientes, a partir de los 6-7 meses facilita la ruptura de trozos de comida más grandes y fibrosos, mejorando el proceso, aunque la conversión del patrón de masticación inicial en un patrón de masticación rotatoria maduro no ocurre en general hasta los 12 meses de edad o más tarde.

Cuestiones para resolver sobre el BLW en la consulta de AP

La alimentación tradicional con cuchara selecciona el alimento a ofrecer y asegura a los padres la cantidad ingerida hasta el manejo seguro de sólidos, aunque tiene el inconveniente de poder ser extremadamente dirigida y no obedecer a las señales de saciedad del niño. Por otro lado, el BLW facilita la familiarización del lactante con la alimentación sólida, su participación en las comidas familiares y le permite controlar la cantidad de alimentos que ingiere, por lo que podría contribuir a que aprenda a interpretar mejor las señales de hambre y de saciedad. Sin embargo, sin una supervisión adecuada, puede no garantizar una ingesta suficiente en caso de enfermedad o favorecer una ingesta selectiva y deficiente de algunos alimentos.

- **¿Puede emplearse el método Baby Led Weaning en cualquier niño?**

Este método ha sido estudiado en niños a término, sanos y con un desarrollo psicomotor normal, lactados tanto al pecho como con lactancia artificial. En prematuros podría ser valorado atendiendo a criterios individuales y según edad gestacional corregida. Hay acuerdo en no recomendarlo en niños con fallo de medro y patología neuromuscular asociada.

- **¿El BLW estricto, el BLW modificado y el método convencional de introducción de alimentación complementaria, son excluyentes?**

La respuesta es no. La clave para cualquier tipo de destete es adecuarlo al desarrollo del niño, por lo que ambos métodos se pueden combinar. Esta modalidad mixta podría ser empleada en aquellos casos en los que se haya optado por seguir el método BLW, pero los padres no puedan estar presentes en todas las comidas del niño (p.e. niños que acuden a guarderías).

- **¿Qué ventajas se han atribuido al BLW?**

La evidencia científica al respecto es limitada. Se han propuesto como ventajas potenciales las siguientes: menor riesgo de obesidad por una mejor autorregulación de la ingesta calórica, mayor diversificación dietética, efectos agradables en las prácticas de alimentación de los padres, habilidades motoras más desarrolladas, desarrollo del lenguaje y posibles efectos beneficiosos sobre la flora intestinal.

- **¿Cuáles son las preocupaciones más frecuentes?**

El riesgo de atragantamiento, la ingesta calórica insuficiente, el déficit de hierro y zinc, así como la ingesta excesiva de sodio.

- **¿Existe un mayor riesgo de atragantamiento?**

Los estudios realizados al respecto son escasos, pero coinciden en establecer que no hay ninguna asociación con el estilo de destete, la frecuencia del uso de cuchara o la administración de purés. De hecho, concluyen que los niños alimentados según el método tradicional tienen una mayor incidencia de atragantamiento con "picoteos" y purés gruesos que aquellos que siguen el BLW tanto estricto como modificado.

No obstante, sería recomendable que independientemente del método de destete elegido, los padres, cuidadores y trabajadores de guarderías, tuviesen formación sobre RCP básica y técnicas de desobstrucción de la vía aérea

(<https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/reanimacion-cardiopulmonar-rcp-bebes-ninos-como-realiza>).

- **¿Puede ocasionar déficits nutricionales?**

El único estudio que ha examinado este aspecto es el ya mencionado BLISS que realizando una encuesta alimentaria de 3 días concluyó que los seguidores del BLW modificado consumían más carne, leche de vaca, alimentos dulces y cereales fortificados. No se detectaron diferencias en el consumo de frutas, zumos, verduras, pan, pasta, arroz y cereales bajos en azúcar.

En cuanto a los macronutrientes tampoco hubo diferencias significativas (10% proteínas, 45% grasas y 45% carbohidratos). En el caso de los micronutrientes, el grupo BLISS consumía más sodio y selenio y presentaba niveles más bajos de vitamina A.

- **¿La ingesta calórica puede ser insuficiente?**

Según el estudio BLISS no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al respecto ni a los 7 ni a los 12 meses.

- **¿Qué efectos podría tener en el sobrepeso y obesidad?**

Como ya se ha mencionado antes, uno de los beneficios potenciales que se le atribuyen al BLW es una mayor autorregulación de la ingesta calórica y un mayor control del apetito. Siguiendo esta línea, el estudio BLISS intentó determinar si esta práctica reducía el riesgo de sobrepeso, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre los z score de IMC a los 12 y 24 meses entre ambos grupos, si bien el grupo alimentado con BLW tenía una menor avidez por la comida.

- **¿Qué repercusiones tiene sobre el comportamiento alimentario?**

Los niños que siguen el método BLW parece que se exponen a una mayor variedad de alimentos y texturas desde edades más tempranas, y son considerados por sus madres menos maniáticos con la comida. Sin embargo, no hay diferencias significativas en cuanto a las preferencias alimentarias entre los seguidores de uno u otro método. Quizás una cierta preferencia de carbohidratos en los seguidores del BLW y de dulces en los que emplean la diversificación alimentaria convencional.

V. CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE CORTA EDAD (1 A 3 AÑOS)

A continuación, se enumeran exclusivamente las novedades más relevantes en cuanto a la alimentación del niño de 1-3 años, surgidas desde la publicación del documento anterior del año 2010. Para más información o aspectos concretos se recomienda consultar los documentos previos. (LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO DE CORTA EDAD Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria-Especializada, 2010 FERROPENIA EN LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS, Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria-Especializada, 2011 y CALCIO y VITAMINA D, Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria-Especializada, 2011).

Fórmulas para niños de corta edad (término recomendado por la European Food Safety Authority)

Las “fórmulas para niños de corta edad” (comúnmente conocidas como “leches de crecimiento” o “leches tipo 3”) son bebidas a base de leche, derivadas de proteínas de origen animal o vegetal, destinadas a satisfacer parcialmente los requerimientos nutricionales de los niños de entre 1 y 3 años, como parte de una dieta diversificada.

Están enriquecidas en una serie de micronutrientes (por ejemplo, hierro, vitamina D), ácidos grasos poliinsaturados y otras sustancias (por ejemplo, taurina) que están comúnmente presentes en las fórmulas de continuación, y que no lo están (o en cantidades más bajas) en la leche de vaca. También pueden contener diferentes azúcares (por ejemplo, lactosa, sacarosa, glucosa, maltosa), a veces miel y, en ciertos casos, saborizantes.

Al contrario de lo que ocurre con los preparados para lactantes y de continuación, no se han promulgado directivas específicas a nivel nacional ni europeo sobre su composición y etiquetado. Como consecuencia las fórmulas para niños de corta edad disponibles en España presentan una composición muy heterogénea. En la mayoría de las ocasiones, la industria alimentaria se ajusta a las recomendaciones existentes para los preparados de continuación, sin embargo, en otros casos la composición se asemeja más a la de leche de vaca.

Varios estudios acerca de la alimentación en niños de corta edad llevados a cabo a nivel europeo revelan un consumo excesivo de proteínas, mientras que, en algunos nutrientes, principalmente el hierro y la vitamina D, no se llega a las cantidades recomendadas. Estas deficiencias pueden abordarse con diferentes estrategias para optimizar la ingesta nutricional, como por ejemplo la introducción temprana de carne y pescado en la alimentación complementaria, la promoción de una dieta variada y saludable, el uso de alimentos fortificados, suplementos dietéticos, o sustituir la leche de vaca por fórmulas de continuación.

En este sentido, la ESPGHAN ha publicado recientemente una revisión de la literatura existente acerca del papel de las fórmulas para niños de corta edad, no recomendando su uso rutinario en los niños de 1 a 3 años, ya que se pueden alcanzar los requerimientos nutricionales sin necesidad de dichas fórmulas.

Suplementos nutricionales: vitaminas y minerales

Una alimentación variada y suficiente hace innecesaria la suplementación con vitaminas o minerales. Sin embargo, en contadas ocasiones algunos lactantes y niños

pequeños pueden ingerir de forma crónica cantidades inferiores a las recomendadas.

Calcio

Las recomendaciones actuales avaladas por la Academia Americana de Pediatría son:

- 0-6 meses: 200 mg/día.
- 7-12 meses: 260 mg/día
- 1-3 años: 700 mg/día

Vitamina D

La vitamina D regula el metabolismo del calcio y el fósforo, por lo tanto, es esencial para el mantenimiento de la salud ósea, además interviene en numerosos procesos a nivel extraóseo como el crecimiento celular o la regulación del sistema inmune.

En 2011 el comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría recomienda la dosis de 400 UI/día en niños menores de 1 año. En el año 2014 la Academia Americana de Pediatría recomienda la dosis de 400 UI/día (previamente 200 UI/día) durante el primer año de vida, ya que es la que ha demostrado mantener los niveles de 25-OH-D por encima de 50 nmol/l.

Hierro

El déficit de hierro es el déficit de micronutriente más común a nivel mundial. Se ha demostrado que el tratamiento con hierro tiene un efecto positivo en el desarrollo mental en niños con anemia ferropénica, fundamentalmente por debajo de los 7 años.

La suplementación con hierro farmacológico es necesaria en el caso de los recién nacidos de bajo peso ya sean a término, pretérmino o pequeños para la edad gestacional (1-2 mg/kg/día hasta los 6 meses si peso al nacimiento 2000-2500 gr y 2-3 mg/kg/día hasta los 6 meses si peso al nacimiento < 2000 gr).

Flúor

La suplementación con flúor ya no se recomienda desde el nacimiento, pues según la evidencia el uso de suplementos de flúor durante los primeros años de vida (especialmente el primer año) está asociado a un riesgo incrementado de fluorosis.

Los suplementos de flúor se pueden prescribir en niños con alto riesgo de caries dental y en aquellos en los que la concentración de flúor en el agua que ingieren sea baja (<0,3 ppm). Para niños menores de 6 años se debe sopesar el riesgo potencial de la fluorosis dental.

Yodo

El déficit de yodo es la principal causa de retraso mental prevenible en la actualidad a nivel mundial. Es imprescindible ingerir el yodo a diario, ya que no se puede almacenar en el organismo.

Todos los alimentos de origen marino (pescados, mariscos, algas) son la fuente principal de yodo, a excepción de la sal marina. El método más eficaz para prevenir la deficiencia de yodo es el consumo de sal yodada (cómo mínimo 15 ppm de yodo).

El consumo de sal yodada no es habitual entre la población de nuestro entorno según algunas encuestas en centros de salud, aunque en los últimos años su consumo ha ido creciendo (68,9% en niños).

BIBLIOGRAFÍA

Alimentación complementaria en el niño de 6-12 meses

1. European Food Safety Authority (EFSA). Scientific Opinion on nutrient requirements and dietary intakes of infants and young children in the European Union. EFSA Journal 2013;11(10):3408.
2. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domello M, Embleton N et al. Committee on Nutrition. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). J Pediatr Gastroenterol Nutr 2017;64: 119-132.
3. Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la AEP. Recomendaciones de la Asociación española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria. Nov 2018. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf

Alimentación del lactante de otras culturas

1. Pak-Gorstein S, Haq H, Graham EA. Cultural Influences on Infant Feeding Practices. Pediatr Rev 2009; 30 e11-e21.
2. Lindsay AC, Le Q, Greaney ML. Infant Feeding Beliefs, Attitudes, Knowledge and Practices of Chinese Immigrant Mothers: An Integrative Review of the Literature. Int. J. Environ Res Public Health 2018, 15, 21; doi:10.3390/ijerph15010021
3. Shaikh U, Ahmed O. Islam and Infant Feeding. Breastfeed Med 2006; 1: 164-167.
4. Joy Ngo de la Cruz. Alimentación en otras culturas y dietas no convencionales. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2012. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 355-67. [Alimentación en otras culturas y dietas no convencionales.](#)
5. Ferrer Lorente B, Vitoria I, Dalmau J. La alimentación del niño inmigrante. Riesgos y carencias nutricionales. Acta Pediatr Esp. 2012; 70(4): 147-154.
6. Cea Morón E. El inmigrante en tu consulta. Punto Rojo Libros SL. Sevilla. 2013
7. Infant and Child Care. www.jewishagency.org
8. F. Rovillé-Sausse, H. Amor, A. Baali, N. Ouzennou, M. Vercauteren, C. Prado-Martinez, Z. Boudjada FK. No Title. Comportements alimentaires de l'enfant maghrébin de 0 à 18 mois au Maghreb et dans trois pays d'immigration Food behaviors of the Maghrebian child from 0 to 18 months in Maghreb and in three immigration countries [Internet]. Antropo. 2002 [cited 2019 Jan 21]. Available from: <http://www.didac.ehu.es/antropo/3/3-1/RovilleSausse.htm>

Actitud de los padres frente a la alimentación de los lactantes

1. Anzman-Frasca S, Ventura AK, Ehrenberg S, Myers KP. Promoting healthy food preferences from the start: a narrative review of food preference learning from the prenatal period through early childhood. Obes Rev. 2018; 19: 576-604,
2. Birch L, Doub A. Learning to eat: birth to age 2 y. Am J Clin Nutr. 2014; 99(suppl): 723S-728S.
3. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. Pediatrics 2015; 135: 344-353.
4. Jiménez MJ. Estilos Educativos Parentales y su implicación en diferentes trastornos (2009-2010). Junta de Andalucía. [Acceso 17 de enero de 2019] Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare->

servlet/content/bfbb12cc-abc8-489e-8876-dd5de0551052

5. Levy Y, Levy A, Zangen T, Kornfeld L, Dalal I, Samuel E et al. Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;48:355-62.

Alimentación dirigida por el lactante o baby led weaning

1. Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ, Dalmau Serra J. Alimentación complementaria dirigida por el bebé ("baby-led weaning"). ¿Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante? *Acta Pediatr Esp.* 2013;71(4):99-103.
2. Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a baby-led approach to complementary feeding on infant growth and overweight: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2017;171(9):838-46.
3. Espín Jaime B, Martínez Rubio A. El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. Baby led weaning: ¿ventajas?, ¿riesgos? En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2016.* Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 59-66.
4. Cichero JAY. Introducing solid foods using baby-led weaning vs. spoon-feeding: A focus on oral development, nutrient intake and quality of research to bring balance to the debate. *Nutr Bull.* 2016;41(1):72-7.
5. Brunner O, Fuentes M, Ortigosa B, López-García A. Texturas evolutivas en la introducción de nuevos alimentos. *Acad Española Nutr y Dietética [Internet].* 2017;22. Available from: <https://goo.gl/U3aBnw>
6. Williams L, Taylor RW, Haszard JJ et al. Impact of a modified version of Baby-Led Weaning on infant food and Nutrient Intakes: The BLISS randomized controlled trial. *Nutrients* 2018, 10, 740: 1-16.
7. Morison B, Heath AL, Haszard JJ et al. Impact of a modified version of baby-led weaning on dietary variety and food preferences in infants. *Nutrients* 2018, 10, 1092: 1-13.
8. Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-Led weaning: the evidence to date. *Curr Nutr Rep* (2017) 6: 148-156.
9. D'Auria E, Bergamini M, Staiano A, Banderali G, Penderzza E, Penagini F, et al. Baby-led weaning: what a systematic review of the literature adds on. *Ital. J. Pediatr* 2018;44:49. <https://doi.org/10.1186/s13052-018-0487-8>
10. Daniels L, Heath AL, Williams SM, et al. Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomized controlled trial of a baby led approach to complementary feeding. *BMC Pediatr.* 2015;15:179. Published 2015 Nov 12. doi:[10.1186/s12887-015-0491-8](https://doi.org/10.1186/s12887-015-0491-8)

Características de la alimentación del niño de corta edad (1 a 3 años)

1. Hojsak I et al. Young Child Formula: A Position Paper by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018;66(1):177-185
2. Domellof M, et al. ESPGHAN Committee on Nutrition. Iron Requirements of Infants and Toddlers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;58: 119-129.

ANEXOS

ANEXO 1: Recomendaciones a los padres sobre alimentación complementaria

- La alimentación es un proceso voluntario y continuo, debemos enseñar unos hábitos alimentarios saludables desde el primer momento.
- Se considera que la alimentación ideal para cualquier lactante es la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses y compatibilizarla posteriormente con la introducción progresiva de la alimentación complementaria.
- Su hijo puede empezar a tomar alimentos nuevos (diferentes a la leche materna o fórmula adaptada) a partir del inicio del 5º mes y no más tarde del inicio del 7º mes.
- Los alimentos nuevos deben ofrecerse en pequeñas cantidades, de forma progresiva y separando la introducción de un alimento nuevo y otro al menos unos 2-3 días.
- Puede ofrecer preparaciones diferentes de los triturados, alimentos enteros o en pequeños trocitos, dependiendo del alimento.

- El orden de introducción de alimentos es orientativo (ver cuadro abajo) y varía en función de la cultura y las preferencias individuales.
- Al inicio del periodo de alimentación complementaria parece adecuado ofrecer, en primer lugar, los alimentos ricos en hierro, sobre todo en niños que continúan siendo amamantados.
- El gluten puede introducirse en cualquier momento entre los 4 y los 12 meses. Se sugiere evitar grandes cantidades de gluten en las primeras semanas tras su introducción.
- Se recomienda no incluir las espinacas ni las acelgas en los purés antes del primer año de vida. No mantener a temperatura ambiente las verduras cocinadas (enteras o en puré). Conservar en frigorífico si se van a consumir el mismo día y sino, congelar.
- Se desaconseja el consumo de pescados azules de gran tamaño (atún rojo, pez espada, tiburón y lucio) en los niños menores de 3 años.
- Le puede ofrecer pasta, pan y arroz integrales si lo prefiere.
- La leche de vaca no debe darse antes de los 12 meses, aunque antes puede tomar pequeñas cantidades a partir de los 9 meses en forma de yogur o queso. Debe ser entera, no desnatada ni semidesnatada.
- Evite el consumo de bebidas azucaradas y zumos de frutas antes del año de vida.
- Mientras su hijo tome lactancia materna o fórmula adaptada exclusivamente no necesita beber agua. Puede ofrecérsela a partir del 6º mes.
- En los alimentos para lactantes y niños pequeños no debe añadirse azúcar, miel ni edulcorantes.
- Es conveniente evitar la sal y los alimentos salados (conservas, caldo en pastillas o sopas de sobre).

- Las comidas deben darse en un entorno adecuado y relajado, evitando distracciones como televisión o teléfonos móviles.
- Intente que el niño realice las comidas con el resto de la familia.
- Anime a su hijo a comer alimentos nuevos y felicítele cuándo lo haga.
- Deje que coma con los dedos o sólo cuándo sea capaz de hacerlo.
- Es mejor que su hijo coma pequeñas cantidades y variadas, en lugar de aburrirse comiendo un sólo plato grande.
- No todos los niños comen las mismas cantidades y éstas varían en el tiempo, no fuerce a su hijo a comer.
- Los padres deciden qué, cuándo y dónde se come, el niño elige cuánto come.

ANEXO 2: Calendario orientativo de incorporación de alimentos

Edad de incorporación y duración aproximada

	0-6 meses	6-12 meses	12-24 meses	36 meses o más
Leche materna				
Preparados para lactantes	De inicio	De continuación		
Cereales con o sin gluten (pan, arroz, pasta), frutas y hortalizas, pescado, carnes, legumbres, huevo.				
Gluten *Entre los 4 y 12 meses				
Yogur y queso tierno, hasta los 12 meses en pequeñas cantidades				
Leche entera de vaca				
Sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, palomitas, granos de uva)				
Otros alimentos superfluos o procesados: azúcar, miel, bollería, charcutería y mermeladas.	Cuánto más tarde y menos cantidad, mejor			
Sal y alimentos salados	Se recomienda evitar su uso			

ANEXO 3: Diccionario de términos culturales relacionados con la alimentación

Calostro: no aceptado en la alimentación del recién nacido por algunos musulmanes, culturas africanas, India, Tailandia, China, Vietnam o Filipinas.

Alimentos calientes (**yang:** en China, **duong:** en Vietnam, **pitta:** en el ayurveda hindú) vs **Alimentos fríos** (**yin:** en China, **am:** en Vietnam, **Vata y Kapha:** en el ayurveda hindú).

Alimentos yang: espárragos, cardamomo, anacardos, sésamo, castañas, canela, jengibre, uvas, cebollas, gambas, pavo, carnes, huesos, sal, algas, miso.

Alimentos yin: repollo, calabaza, higo, manzana, banana, lechuga, naranjas, piña, papaya, espinacas, tomate, miel, yogurt, leche

LATINOAMERICA.

Atole: cocción dulce de maíz en agua, endulzada con azúcar o miel, a la que se pueden añadir especias y otros saborizantes. (Centroamérica).

Arepas: preparaciones dulces o saladas hechas con harina de maíz, trigo o almidón de yuca (Venezuela). **Tortillas** en México. **Humitas, sorulllos, empanadas.**

Tamal: alimentos envueltos en hojas de plátano con harina de maíz (Centroamérica)

Pozole: cocido mejicano con maíz.

CHINA y ORIENTE

Zuo Yue Zi. Periodo postparto de un mes de duración de las mujeres chinas. Según la tradición las madres recientes son vulnerables al frío y a la magia y sólo deben ingerir alimentos calientes, no salir de casa o lavarse el pelo. En este periodo existe un gran apoyo familiar que tradicionalmente fomenta la lactancia materna. En madres jóvenes inmigrantes sin apoyo familiar existe el riesgo de alimentación con bebidas o infusiones dulces para impedir la pérdida de calor con la lactancia o el inicio precoz de la fórmula.

Ayurveda: medicina tradicional hindú. Clasificación de los Bebés: tranquilos o con tendencia **Kapha**. Otros bebés tienen un apetito voraz y son demandantes o con tendencia **Pitta**. Por otro lado, existen bebés con grandes variaciones en su carácter y en sus hábitos alimenticios son los niños con tendencia **Vata**. A cada uno les va mejor un tipo de alimentos para su equilibrio (fríos o calientes). En general la medicina ayurvédica no permite la combinación de leche y fruta. Los hindús no comen carne de vaca y muchos son vegetarianos.

Fan vs Ts'ai: cereales vs carne o verdura. Combinaciones equilibradas de ambos tipos en la comida china.

Anna prasan: ceremonia del arroz como primer alimento tras la leche en Nepal.

Sattu: harina realizada con una mezcla de legumbres y cereales en India, Pakistán y Nepal.

Miso: condimento consistente en una pasta aromatizante, hecha con semillas de soja y/o cereales y sal marina fermentada con el hongo koji.

Youtiao: pan frito, algo parecido a nuestros churros, **yuquitas chinas** en Perú), se toman con leche o queso de soja.

Arroz congee: un tipo de arroz servido como unas gachas.

MAGREB. CULTURA MUSULMANA

Fa-Sa-la: destete en árabe.

Tahneek: rito musulmán consistente en colocar un dátíl o alimento dulce en el paladar del recién nacido, basado en el Hadith (preceptos sagrados del Profeta).

Alimentos halal vs haram: para los musulmanes los primeros son los alimentos aceptables

según la sharia, o ley islámica, frente a los segundos que son prohibidos o dañinos para la salud.

Khubz: Pan árabe

Condimentos árabes. *Harissa*, salsa de pimentón. *Chermula*, salsa a base de comino y ajo. *Ras l hanut*, mezcla de especias variadas.

Smen: mantequilla casera de leche de cordero.

Bastila: hojas de pasta de harina. Se utiliza para preparar la pastela moruna con carnes de aves y frutos secos.

Harira: sopa realizada con fideos, levadura, cebolla, tomate o legumbres.

Tajin: es un plato tradicional en la cocina de los países del norte de África especialmente Marruecos, Argelia y Túnez, de barro con tapa cónica que permite mantener el calor y vapor tras la cocción.

Tahini: pasta hecha a partir de semillas de sésamo (o ajonjolí) molidas. Es ingrediente en varios platos de Oriente Medio (árabes, hebreos, turcos).

EUROPA DEL ESTE

Ciorba: una sopa que consiste en diversas verduras y carne. Tiene sabor ácido que se logra aliñándola con zumo de limón o al borş (trigo fermentado). (Países del este de Europa)

Sarmale o sarma: alimento envuelto con hojas de vid o de repollo, muy común en Rumanía, los Balcanes y Turquía. En Rusia se llama golubtsy. Generalmente lleva carne con cebolla y especias.

Mamaliga: pan elaborado con harina de maíz, sémola consistente en una masa de color amarillo. Es un alimento tradicional de Rumanía y Moldavia. Suele acompañar a platos tradicionales de quesos o sarmale.

Saramura: es un plato tradicional rumano, generalmente basado en diferentes tipos de pescado. En Moldavia y Transilvania se prepara con carne seca o ahumada.

Mititei: carne picada con forma de rollo que se asa a la parrilla. Generalmente de cordero y ternera o cerdo y ternera. Lleva ajo, cilantro, pimienta, jugo de hueso de ternera y bicarbonato sódico. Los mititei son muy populares en Rumanía y puede decirse que es uno de sus platos nacionales.

Dumplings: son trozos de masa, a veces rellenos, que se cuecen en un líquido, como agua o sopa. Existen variedades en muchas zonas de mundo. Se elaboran con harina, patata, pan y pueden incluir carne, pescado o dulce, tanto en relleno como mezclados con la masa, y pueden ser dulces o picantes. Se toman solos, o en sopa o estofado. Parecidos a los **ñoquis** italianos. En china son los **wontons**, o los **jiaozi**, típicos del año nuevo chino, con masas de harina de arroz. Son los **Kreplech** de los judíos askenazí. En Centroamérica son los **tamales**, con harina de maíz. El **gujhia** hindú es un dumpling dulce hecho con harina de trigo y relleno de khoya (leche condensada tras ser hervida en sartén, base de muchos dulces hindúes). Los distintos tipos de **pithas**, saladas, son otro tipo de dumplings hindúes.

Kasha: plato de cereales cocidos, muy popular en Rusia y países vecinos. Los cereales, que pueden ser arroz, mijo, sémola o copos de avena, son hervidos en leche, a veces mezclada con agua; la cantidad de líquido determina, en parte, la consistencia de la kasha. **Gruel**, en Centroamérica.

AFRICA SUBSAHARIANA

Harinas de la cocina senegambiana: de yuca, mandioca, mijo o ñame.

Fufu: harina de yuca o mandioca hervida.

Okra: quimbombó, qumbio, gumbo, bamia o algalia es una vaina de color verde que puede recordar por su forma a un pimiento pequeño, o bien, una judía verde. Su sabor recuerda no obstante a la berenjena. Originaria de África, aunque hoy en día se cultiva en muchas regiones e incluso es habitual en la gastronomía de oriente medio, de la India, del sur de

norteamérica (abelmosco en Méjico) e incluso de Brasil.

Egusi: la sopa de egusi es originaria de Nigeria y tiene como ingrediente más característico las semillas del melón *egusi*, un melón amargo cuya carne no es comestible, pero que en cambio sí es muy valorado por sus semillas, ricas y muy nutritivas. Lleva carne, verduras, tomate y especias.

Efo: guiso de Espinacas y tomates (Nigeria)

Guedge: pescado ahumado (Senegal)

Yete: molusco ahumado. (Senegal). Componente principal del plato nacional senegalés llamado **thieboudienne**.

Ukwaka: pastel de cereales y de plátano macho.

Netetu/dadawa: masa negra fermentada derivada de las legumbres del árbol algarrobo (Senegal). Se puede emplear en forma de cubitos de caldo.

Kinkeliba: infusión de hierbas africana.

Bidia: gruel preparado con mandioca y harina de maíz.

Pambota: guiso típico de Guinea hecho con Palmiste (aceite de palma), verduras y carnes.

CULTURA JUDIA

Kosher: alimentos aptos para los judíos. Se permite el consumo de animales terrestres que tengan pezuñas hendidas y rumien. Vacas, ovejas, cabras y ciervos son *kosher*, cerdos, conejos, liebres, y caballos, no. Las aves permitidas son el pollo, el pato, el ganso y el pavo. Por lo que concierne a pescados y mariscos, deben tener simultáneamente aletas y escamas, permitiendo un amplio abanico de peces como son el atún, el salmón, la carpa, el mero, la sardina..., pero dejando fuera todo el marisco, peces espada, ... Aunque no se permiten los insectos alados, sí la miel de las abejas, ya que se considera que es un producto de las flores. Toman, especialmente en fiestas como la pascua judía, pan ácimo.

Matzá: pan ácimo (plano) tradicional de la comida judía, elaborado con harina y agua, sin levadura. Las madres judías lo toman al nacer su hijo y durante la pascua (Pésaj).

Jalá: es un pan trenzado especial que se consume en la celebración del Shabat y en las festividades judías, excluyendo la fiesta de Pésaj.

Farfel: es una especie de pasta de forma irregular, elaborada con harina y huevo o matzo. Es un plato típico de la cocina judía Askenazí.

Fazuelo: es una masa frita delgada elaborada con harina y un gran número de huevos. Típica de la cocina judía sefardí. Equivale a los *hamantash* de los Askenazí. Se toma en la fiesta del Purim.

Kosher: alimentos que cumplen con los preceptos de la ley judaica o cashrut. Significa en hebreo 'apto, adecuado'. Los alimentos que no siguen la ley judía se llaman **taoref**. No está permitido comer carne y lácteos al mismo tiempo.

Kugel: es una variedad de platos de la cocina judía cocinados al horno que pueden ser platos principales o postres. Los más comunes se hacen con fideos o patatas, verduras, frutas, masas, queso, etc. Plato *kosher* típico del Sabath.

Cholent: cocido judío hecho a fuego muy lento para servir caliente en el Sabath que permite no cocinar ese día.

Latkes: pasta frita de patatas y cebolla, que se emplea como acompañamiento de otros platos. En la tradición judía es un plato festivo de Jánuca (fiesta de las luminarias).

Schmaltz: grasa procesada de pollo o ganso usada para freír o untar sobre pan. usado por los judíos del noroeste y este de Europa a quienes el cashrut les prohibía freír carne en mantequilla o manteca. El engorde de gansos para obtener más grasa dio como producto secundario el primer foie gras europeo.

Shejitá: matanza de animales según el ritual judío.

ANEXO 4: Pirámides de alimentos equivalentes por culturas de la estrategia NAOS

ESTRATEGIA NAOS. Una alimentación sana ipara todos!

La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), en su doble función de observar la seguridad de los alimentos y de recomendar una alimentación saludable, ha entendido que elaborar la guía "Una alimentación sana para todos" contribuirá a facilitar la integración en España de las personas de culturas y etnias diversas que aquí han arribado.





Mediante esta guía, la AESAN quiere dar a conocer a los recién llegados los diferentes tipos de alimentos que van a encontrar, familiarizarse con la gastronomía o la cocina española y demostrarles que, si lo desean, pueden incluso reproducir sus hábitos tradicionales de alimentación consumiendo productos españoles.

Pirámide Naos y equivalencias de alimentos por zonas geográficas

En las siguientes pirámides se indica qué alimentos propios de la cultura de otras personas son similares a determinados productos españoles.

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/alimentacion_sana_para_todos.pdf

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

	Grupo de alimentos	Frecuencia recomendada	Peso por ración	Medidas caseras
Varias veces al día	 Arroz, patata, pan y pasta (integrales)	4-6 raciones al día	60-80 g arroz, pasta 150-200 g patatas 40-60 g pan	1 plato normal de arroz o pasta cocidos 1 patata grande o 2 pequeñas 3-4 rebanadas de pan o un panecillo
	 Verduras y hortalizas	mínimo 2 raciones al día	150-200 g	1 plato de ensalada variada 1 plato de verdura o de hojas verdes cocidas 1 tomate grande o 2 zanahorias
	 Frutas	mín. 3 raciones al día	120-200 g	1 pieza mediana, 1 taza de cerezas, 2 rodajas de melón
	 Aceite vegetal (de oliva o de girasol)	3-5 raciones al día	10 ml	1 cucharada sopera
	 Leche de vaca y derivados	2-4 raciones al día	200-250 ml leche 200-250 g yogur 40-60 g queso curado 80-125 g queso fresco	1 taza de leche de vaca 2 unidades de yogur 2-3 lonchas de queso 1 porción individual
Varias veces a la semana	 Pescados	3-4 raciones a la semana	125-150 g	1 filete individual 5 pescados pequeños
	 Carnes magras, aves y huevos (alternar su consumo)	3-4 raciones a la semana	100-125 g	1 filete pequeño, 1 cuarto de pollo o conejo, 1-2 huevos
	 Legumbres	2-3 raciones a la semana	60-80 g	1 plato normal individual
	 Frutos secos	3-7 raciones a la semana	20-30 g	1 puñado o ración individual
Ocasionalmente	 Embutidos y carnes grasas	consumo moderado		
	 Dulces, snacks y refrescos	ocasional y moderado		
	 Mantequilla, margarina y bollería	ocasional y moderado		
A diario	 Agua de bebida	4-8 raciones al día	200 ml	1 vaso
	 Práctica de actividad física	mín. 30 minutos al día		

ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO DE CORTA EDAD

Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria-Especializada. 2019

Algunas equivalencias entre alimentos españoles y alimentos de LATINOAMÉRICA y EL CARIBE

Varias veces a la semana:

1 plato de garbanzos = 1 plato de judías de ojo negro = 1 plato de judías negras o rojas (frijoles) = 1 plato de guisantes (gandules o arvejas)

A diario:

1 manzana = 1/2 mango = 1/2 papaya = 1 guayaba = 1 maracuyá

1 plato de ensalada = 1 plato de okra, calabaza, chayote

1 rebanada de pan = 1 torta de maíz = 1/3 de tortilla de harina grande

1 patata = 1/3 de boniato = 1/4 de yuca

= 1/4 de plátano macho grande = 1 panocha de maíz grande

Bebe + agua

Estilo de Vida Saludable

estrategia naos
¡come sano y muévete!

Algunas equivalencias entre alimentos españoles y alimentos del ÁFRICA DEL NORTE-MAGREB

Ocasionalmente:

1 té menta con azúcar = 1 vaso pequeño de refresco

A diario:

1 yogur = 1 taza de leben

1 manzana mediana = 3 dátiles

1 plato de verdura = 1 plato de gombo, calabaza, zanahoria...

3 rebanadas de barra de pan = 1/4 de pan marroquí

1 plato de pasta = 1 plato de cuscús

Bebe + agua

Estilo de Vida Saludable

estrategia naos
¡come sano y muévete!

Algunas equivalencias entre alimentos españoles y alimentos de EUROPA DEL ESTE

Consumo moderado:

1 ración de costillas de cerdo = 1 ración de mititei

A diario:

1 ración de queso curado = 1 ración de queso Brinza

1/3 de pepino = 1/2 taza de chucrut

1 plato de pasta = 1 plato de kasha = 1 plato de cebada

= 1 ración mamaliga

Bebe + agua

Estilo de Vida Saludable

estrategia naos | come sano y muévete!



ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO DE CORTA EDAD

Guías conjuntas de Patología Digestiva Pedriátrica Atención Primaria-Especializada. 2019

Algunas equivalencias entre alimentos españoles y alimentos de CHINA

Varias veces a la semana:

1 plato de garbanzos = 1/4 de paquete de tofu duro = 1/2 paquete de tofu blando

A diario:

1 vaso de leche = 1 taza de batido de soja = 2 tazas de pak choy con calcio

1/3 de pepino = 1/2 rábano chino = 1/2 taza castaña de agua

= 1/2 taza de tirabeques = 1 taza de brotes de soja

1 panecillo = 1 pan chino

1 plato de arroz = 1 plato de tallarines = 1 bol grande de congee

Bebe + agua
Estilo de Vida Saludable

Algunas equivalencias entre alimentos españoles y alimentos del ÁFRICA SUBSAHARIANA

Varias veces a la semana:

1 plato de garbanzos = 1 plato de judías de ojo negro

A diario:

1 pimiento verde = 6 gombos

1 patata = 1/3 de boniato = 1 taro = 1/4 de yuca = 1/4 de plátano macho grande

1 plato de arroz = 1 plato de cuscús = 1 plato de mijo = 1 plato de fufu

Bebe + agua
Estilo de Vida Saludable

ANEXO 5: Recomendaciones dietético-nutricionales en otras culturas en la Comunidad de Madrid

RECOMENDACIONES DIETÉTICO NUTRICIONALES COMUNIDAD DE MADRID



RECOMENDACIONES DIETÉTICO NUTRICIONALES

“alimentación y otras culturas”

TABLA 1. EQUIVALENCIAS ENTRE ALIMENTOS DE OTRAS CULTURAS CON ALIMENTOS ESPAÑOLES

AFRICA	LATINOAMERICA	CHINA	INDIA / PAKISTAN	EUROPA ESTE
1 plato de garbanzos = 1 plato de judías ojo negro	1 plato de garbanzos = 1 plato de judías negras o rojas (frijoles) =1 plato de guisantes (gandules o arvejas)	1 plato de garbanzos = 1/4 de paquete de tofu duro = 1/2 paquete de tofu blando	1 plato de garbanzos = 1 plato de dhal (toor, mung, channa)	1 ración de costillas de cerdo = 1 ración de mititei
1 Pimiento verde = 6 gomos 1 patata = 1/3 de boniato = 1 taro = 1/4 de yuca = 1/4 de plátano macho grande 1 plato de arroz = 1 plato de cuscús = 1 plato de mijo = 1 plato de fufu 1 manzana mediana = 3 dátiles 1 yogur = taza leben 1 plato de verdura = 1 plato de gombo, calabaza, zanahoria... 3 rebanadas de pan = 1/4 de pan marroquí = 1 plato de pasta = 1 plato de cuscús	1 manzana = 1/2 mango = 1/2 papaya = 1 guayaba = 1 maracuyá 1 plato de ensalada =1 plato de okra, calabaza, chayote 1 rebanada de pan = 1 torta de maíz = 1/3 de tortilla de harina grande 1 patata = 1/3 de boniato = 1/4 de yuca = 1/4 plátano macho grande =1 pancha de maíz grande	1 vaso de leche = 1 taza de batido de soja = 2 tazas de pak choy 1/3 de pepino = 1/2 rábano chino = 1/2 taza castaña de agua = 1/2 taza de tirabeques = 1 taza de brotes de soja 1 panecillo = 1 pan chino 1 plato de arroz = 1 plato de tallarines = 1 bol grande de congee	1 vaso de leche = 1 taza de lassi 1 manzana = 1/2 mango = 1/2 papaya = 1 guayaba 1 plato de verdura = 1 plato de okra, karela, berenjena o coliflor 1 plato verdura de hoja verde = 1 plato de methi 3-4 rebanadas de pan = 2 chapattis pequeños = 2 puris pequeños = 1/2 naan grande	1 ración de queso curado = 1 ración de queso Brinza 1/3 de pepino = 1/2 taza de chucrut 1 plato de pasta = 1 plato de kasha = 1 plato de cebada = 1 ración mamaliga

ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO DE CORTA EDAD

Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria-Especializada. 2019

TABLA2. EJEMPLO DE UN MISMO MENÚ SALUDABLE CON DIFERENTES OPCIONES SEGÚN CULTURAS

Desayuno	Media mañana	Comida	Merienda	Cena
DIETA CULTURA ESPAÑOLA				
- Leche o Yogur - Pan, Galletas (tipo María) o Cereales - Fruta	- Infusión. - Pan. Queso o Jamón - Fruta	- Paella - Sepia - Guarnición: ensalada o verdura - Pan - Fruta o postre lácteo. - Agua /vino (1/2 vaso)	- Leche o yogur - Cereales o galletas - Fruta	- Ensalada o verdura - Cinta de lomo (cerdo) - Patatas - Pan - Fruta o postre lácteo - Agua /vino (1/2 vaso)
DIETA CULTURA ISLAMISTA				
- Leche o Yogur - Pan, Galletas (tipo María) o Cereales - Fruta	- Infusión. - Pan y Queso - Fruta	- Paella. - Sepia plancha - Guarnición: ensalada o verdura - Pan - Fruta o postre lácteo - Agua	- Leche o yogur - Cereales o galletas - Fruta	- Ensalada o verdura - Filete de ternera - Patatas - Pan - Fruta o postre lácteo - Agua



RECOMENDACIONES DIETÉTICO NUTRICIONALES

“alimentación y otras culturas”

Desayuno	Media mañana	Comida	Merienda	Cena
DIETA CULTURA JUDÍA				
- Leche o Yogur - Pan, Galletas (tipo María) o Cereales - Fruta	- Infusión - Pan y Queso - Fruta	- Paella. - Salmón - Guarnición: ensalada o verdura. - Pan. - Fruta. - Agua /vino (1/2 vaso)	- Leche o yogur - Cereales o galletas. - Fruta	- Ensalada o verdura - Filete de ternera - Patatas - Pan - Fruta - Agua /vino (1/2 vaso)
DIETA CULTURA HINDUÍSTA/ BUDISTA				
- Leche o Yogur - Pan, Galletas (tipo María) o Cereales - Fruta	- Infusión - Pan y Queso - Fruta	- 1 plato de dhal - Tortilla francesa - Guarnición: ensalada o verdura - Pan - Fruta o postre lácteo - Agua	- Leche o yogur - Cereales o galletas - Fruta	- Ensalada o verdura - TOFU - Patatas - Pan - Fruta o postre lácteo - Agua
DIETA CULTURA AFRICANA				
- Taza de lebén - Pan marroquí - Dátiles	- Infusión - Pan y Queso - Fruta	- Cuscus con gombo - Pescado - Guarnición: ensalada o verdura - Pan marroquí - Fruta o postre lácteo. - Agua	- taza de lebén - Cereales o galletas - Fruta	- Puré de calabaza - Filete de ternera - Boniato - Fruta o postre lácteo - Agua
DIETA CULTURA LATINOAMERICANA				
- Leche o Yogur - Pan, Galletas (tipo María) o cereales - Fruta	- Infusión. - Pan, Queso o jamón - Fruta (Mango)	- Frijoles con verduras - Pescado a la plancha con arroz - Guarnición: ensalada o verdura - Fruta o postre lácteo - Agua /vino (1/2 vaso)	- Leche o yogur - Cereales o galletas - Fruta (Papaya)	- Verdura con pollo - Yuca /plátano macho - Fruta o postre lácteo - Agua /vino (1/2 vaso)
DIETA CULTURA CHINA				
- Leche de soja - Pan, Galletas (tipo María) o Cereales - Fruta	- Infusión. - Galletas - Fruta	- Wok de verduras y tallarines con pollo - Gambas con salsa soja. - Fruta o postre lácteo - Agua	- 2 tazas de pak choy. - Cereales o galletas - Fruta	- Sopa de verduras y tofu. - Tallarines con soja y pollo - Pan chino - Fruta o postre lácteo - Agua

ANEXO 6: Recomendaciones para el desarrollo de una conducta alimentaria

1. Mantener unos límites adecuados
 - a. El progenitor decide dónde, cuándo y qué come el niño
 - b. El niño decide cuánto come
2. Evitar la distracción
 - a. Alimentar al niño sin ruidos ni distracciones
 - b. Utilizar una silla alta para ayudar a confinar al niño al entorno de alimentación
 - c. La silla del niño debe estar delante de la mesa y hay que indicarle que se siente allí durante la comida
 - d. El progenitor puede ofrecerle un juguete para que el niño se siente, pero debe retirárselo una vez que empiece a comer
 - e. Incorporar al niño a la mesa familiar siempre que sea posible
3. Alimentación para estimular el apetito
 - a. Dejar intervalos de 3 o 4 horas entre las comidas
 - b. Evitar los aperitivos como zumos y leche, y dar sólo agua para la sed
 - c. En los niños pequeños, adaptar la frecuencia de las comidas para que coincidan con la de los padres; son habituales 3 comidas y una merienda
4. Mantener una actitud neutra
 - a. No mostrarse excesivamente excitado o animado (por ejemplo, no es buena idea hacer volar aviones hasta la boca)
 - b. Nunca enfadarse, ni siquiera parecer enfadado
5. Limitar la duración
 - a. La toma de alimentos debe comenzar en los 15 minutos siguientes al comienzo de la comida
 - b. Las comidas no deben durar más de 30-35 minutos
6. Servir comida adecuada para la edad
 - a. Ofrecer alimentos acordes con el desarrollo motor oral del niño (según lo que pueda masticar)
 - b. Utilizar porciones razonablemente pequeñas (por ejemplo: el tamaño del puño del niño)
 - c. Respetar preferencias, pero no se debe preparar siempre los alimentos preferidos del niño
7. Introducir de forma sistemática nuevos alimentos
 - a. Respetar la tendencia del niño a la "fobia a nuevos alimentos" y ofrecer un alimento de forma reiterada (de 10 a 15 veces) antes de renunciar
 - b. Recompensar el consumo de un nuevo alimento con un elogio en el niño pequeño y posiblemente con un juguetito o una pegatina en el de más edad
 - c. No utilizar la comida como recompensa por una buena conducta
8. Facilitar la alimentación independiente: el niño debe tener su propia cuchara
9. Tolerar la suciedad propia de la edad
 - a. Usar un babero con una bolsa para recoger los trozos que caigan o colocar una sábana bajo la silla
 - b. No irritar al niño limpiándole la boca con un pañuelo después de cada cucharada

ANEXO 7: Señales de alarma en la conducta alimentaria

SEÑALES DE ALARMA DE ENFERMEDAD ORGÁNICA (Fuente: Kerzner et al. Pediatrics. 2015;135:344-53)

- Disfagia y aspiración
- Vómitos o diarrea en relación con las comidas
- Síntomas crónicos cardiorrespiratorios
- Retraso en el desarrollo psicomotor
- Repercusión significativa en la curva pondero-estatural (fallo de medro u obesidad)
- Otros datos sugerentes de enfermedad orgánica en la historia clínica o en la exploración física (por ejemplo: infecciones recurrentes significativas, cambio de carácter, relación del cuadro con el inicio de un determinado alimento...)

SEÑALES DE ALARMA DE ALTERACIÓN CONDUCTUAL Fuente: Kerzner et al. Pediatrics. 2015;135:344-53

- Selectividad alimentaria extrema (fijación por algunos pocos alimentos, con eliminación casi completa de los demás)
- Prácticas inadecuadas de alimentación de los padres (alimentación "nociva": forzada o persecutoria)
- Cese abrupto de la alimentación tras un suceso desencadenante
- Náuseas/arcadas anticipatorias
- Fracaso en la curva ponderoestatural (fallo de medro)

ANEXO 8: Hoja de recomendaciones BLW modificado

1. **Comience ofreciendo alimentos con forma alargada.** Su bebé encontrará que los alimentos son más fáciles de agarrar si tienen forma alargada. Los trozos de comida deben ser suficientemente largos para que su bebé pueda agarrarlos y que todavía haya algo de comida que sobresalga de la parte superior del puño cerrado. Compruebe que la comida esté lo suficientemente cocida probando un trozo usted mismo, debe poder aplastar la comida en el paladar, si no puede cocínelo un poco más y pruebe nuevamente.
2. **Incluya siempre a su bebé a la hora de comer tal como lo haría con otros miembros de la familia.** Hable con ellos mientras exploran su comida y tenga contacto visual.
3. **Ofrezca alimentos variados.** Ofrezca alimentos variados que incluyan un alimento rico en energía y uno alto en hierro en cada comida. Siempre que sea posible, ofrézcale a su bebé los mismos alimentos que el resto de su familia está comiendo, para que se sienta parte de lo que está pasando. Ofrezca tres o cuatro alimentos diferentes en una comida y comience con una porción de uno. Cargar el plato/trona de su bebé con todo tipo de comidas y alimentos lo abrumará.
4. **Evite ofrecer alimentos procesados, comida rápida o alimentos que tengan sal o azúcar añadida.**
5. **Siga siempre las reglas básicas de seguridad.**
 - Asegúrese de que su bebé esté apoyado en una posición vertical y nunca se incline hacia atrás, mientras está comiendo. En los primeros días puede sentarlo en su regazo, de cara a la mesa.
 - No deje nunca solo a su bebé con comida.
 - No ofrezca alimentos de alto riesgo de atragantamiento como frutos secos, palomitas de maíz, uvas enteras, tomates cherry, cerezas, salchichas, embutidos o cualquier alimento con forma similar.

Listado de alimentos:

- **Alimentos clasificados como alimentos de alto riesgo de ahogamiento:**
 - Verduras crudas (por ejemplo, zanahoria, apio, hojas de ensalada)
 - Manzana o melocotón crudos. Cerezas, uvas, bayas, tomates cherry.
 - Galletas de arroz, patatas fritas, chips de maíz
 - Frutos secos: cacahuètes, pistachos, nueces enteras. Frutas secas (por ejemplo, pasas, arándanos). Guisantes, Maíz
 - Caramelos y chucherías. Embutidos de carne procesada. Salchichas.
 - Otros alimentos duros (es decir, alimentos que no se pueden aplastar contra el paladar de la boca con la lengua).
- **Alimentos clasificados como alimentos de alta energía:**
 - Todos los alimentos, excepto la mayoría de las frutas y verduras, las galletas de arroz simples o las sopas claras.
 - Frutas clasificadas como de alta energía: aguacate y plátano.
 - Verduras clasificadas como de alta energía: calabaza, patata y batata.
- **Alimentos clasificados como alimentos que contienen hierro:**
 - Carne de vaca, pollo, cordero, cerdo
 - Pescado
 - Hígado (incluyendo paté).
 - Cereal de arroz infantil fortificado con hierro
 - Legumbres: lentejas, judías blancas, hummus, garbanzos (que no sean hummus).

ANEXO 9: Recursos web para familias y profesionales

I . -WEBS DE SALUD

- **Familia y Salud.** Página web de la AEpap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria)(<http://www.familiaysalud.es/>)
 - a. [SECCIÓN CRECEMOS >> Ver alimentación en cada grupo de edad.](#)
 - b. [SECCIÓN VIVIMOS SANOS >> Alimentación](#)
 - i. [Lactancia artificial: fórmulas infantiles](#)
 - ii. [Alimentación complementaria](#)
 - iii. [Los alimentos](#)
 - iv. [Vamos a comer bien](#)
 - v. [Situaciones especiales](#)
- **En Familia.** Página web de la AEP (Asociación Española de Pediatría) <https://enfamilia.aeped.es/>
 - a. [SECCIÓN EDADES Y ETAPAS >> El niño de 1 a 2 años](#)
 - b. [SECCIÓN VIDA SANA >> Alimentación](#)
- **Web Faros del Hospital Infantil Sant Joan de Déu**>> [Nutrición](#)
- **Web Dieta Mediterránea:** <https://dietamediterranea.com/>

II.- GUÍAS

- ["Recomendaciones de la AEP sobre alimentación complementaria"](#) Elaborado por **Comité de nutrición de la AEP** Fecha del documento: 9 de noviembre de 2018
- ["Alimentación infantil". Comunidad de Madrid.](#) Información de 6 a 12 meses y de 1 a 3 años. Menús de ejemplo. Información de la frecuencia de alimentos recomendada
- [Recomendaciones Dietético Nutricionales de la Comunidad de Madrid](#)
- ["Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia \(de 0 a 3 años\)"](#) . Agencia de Salud Pública de la **Generalitat de Catalunya**
- [Ventana abierta a la familia.](#) **Junta de Andalucía**
- [Comer sano.](#) Salud.Navarra
- **Guías oficiales de Alimentación en otros países**
 - **Rumanía-** www.cnsmf.ro >> [Guía de Prevención 2016.](#) El sexto volumen de la Guía (nutrición, crecimiento y desarrollo en niños: 0-2 años nutrición, crecimiento y trastornos del desarrollo)
 - **Colombia-** www.minsalud.gov.co . [Lactancia Materna y Nutrición](#)>> [Alimentación complementaria](#)
 - **República Dominicana-** www.msp.gob.do
>> PDF [Pilón de la Alimentación y Nutrición República Dominicana](#)
 - **Ecuador-** www.salud.gob.ec. Biblioteca Promoción en Salud
>> PDF [Nutrición en Salud](#)
 - **Marruecos. Guía de Nutrición de Marruecos:**
>> PDF [royaume du maroc - Ministère de la Santé](#)
 - **Israel. Ministerio de Sanidad:** Feeding the Baby in the First Year. [Guidelines for Infant Nutrition from Birth till Age One Year.](#)

III.- Recetas

[Familia y salud](#)

- [Cocinando en familia](#)
- [¿Qué comemos mañana?](#) Ejemplos de menús semanales, nutricionalmente equilibrados y con productos de temporada.
- [Recetas de familia](#) Recetas de cocina tradicional, saludables, apetecibles y fáciles de elaborar. Para disfrutar con la cocina y comiendo en familia.

[Pequerrecetas](#) Las recetas corren a cargo de chefs de reconocido prestigio. A ellas les sumamos los comentarios nutricionales, que son elaborados por Iván Carabaño Aguado.

[Blogs de recetas saludables:](#)

[Una pediatra en la cocina](#)

[El blog de Sílvia Romero](#)

[5 al día](#)

IV.- Blogs

-Blogs de Pediatras:

[Mi pediatra vegetariano](#). Información nutricional para familias sobre dietas vegetarianas y veganas. de Miriam Martínez Biarge, médico pediatra.

Gabi Ruíz: <https://pediatragabiruiz.com/>

Carlos Casabona: <http://www.tueligesloquecomes.com/>

Pepe Serrano: <http://pediatria-pepe.blogspot.com.es/>

MamaPituPediatra: <https://m.facebook.com/mamaPitu/>

-Blogs de dietistas-nutricionistas:

[Julio Basulto](#)

[Juan Revenga](#). El nutricionista de la General

Aitor Sánchez: <https://www.midietacojea.com/>

Catalina Prieto y Joan Carles Montero:

<https://24zanahorias.wordpress.com/2015/12/04/desayunos-ymeriendas-que-cambian-el-dia/>

Natalia Moragues: <http://nataliamoragues.com/>

-Blogs de divulgación sobre alimentación:

Web de salud Selección de información nutricional fiable

<https://miwebdesalud.com/busca-informacion-nutricional-fiable/>

[5 al día](#)

José L. López Nicolás: <http://scientiablog.com/sobre-mi/>

Blogs de L. Jiménez: <http://loquedicelacienciaparadelgazar.blogspot.com.es/>

y <http://elcentinel.blogspot.com.es/>

Miguel Ángel Lurueña: <http://www.gominolasdepetroleo.com/>

V.- Otros recursos o documentos importantes

Documentos del Comité de Nutrición de la AEP (Asociación Española de Pediatría):

<https://www.aeped.es/comite-nutricion>

Decálogo sobre las leches de crecimiento en el niño pequeño. Descarga PDF:

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/decalogo-lechesdecrecimiento.pdf>

[Acabar con la obesidad infantil](#) (OMS)

[Plato de Harvard](#)

Porciones: [http://www.firststepsnutrition.org/pdfs/Good food choices and portion sizes%2001-4 for web.pdf](http://www.firststepsnutrition.org/pdfs/Good%20food%20choices%20and%20portion%20sizes%2001-4%20for%20web.pdf)

Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica:

SEGHNP Documentos SEGHNP >> [Manual de Conceptos Básicos en Alimentación](#)

GASTRONUTRI. Grupo de Trabajo de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica de la AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria).

Healthy children de la Academia Americana de Pediatría. [Nutrición](#) (En español).

GIKids (en inglés): elaborado por la North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN)

[Nutri-kids](#)

