

Alimentación complementaria del niño de seis a 12 meses de edad

LN. MPP. Jeanette Pardío-López*

RESUMEN

La alimentación complementaria (AC) del niño de seis a 12 meses de edad es un reto nutricional, ya que de no ser adecuada, se desaprovecha el máximo potencial de crecimiento determinado genéticamente. Representa, también, un conjunto de oportunidades para construir las bases de lo que más adelante serán los hábitos alimentarios del individuo. Desde el contexto psicodinámico, el proceso de la alimentación es particularmente necesario para el niño, ya que gracias a él comienza a romper la simbiosis con la madre. El reconocimiento de este fenómeno por parte de los profesionales de la salud, permite un manejo más integral de la AC. Debido a la serie de oportunidades que presenta este periodo, este trabajo tiene el objetivo de describir los elementos teóricos actuales de la AC a fin de contribuir al entendimiento de este complejo proceso.

Palabras clave: Alimentación complementaria, crecimiento, desarrollo, psicodinamia de la alimentación.

ABSTRACT

Complementary feeding (CF) of the 6 to 12 months old child is a nutrition challenge because if it is not adequate, his maximum growth potential genetically determined is not attained. At the same time it represents an opportunity to build the foundations of what will later become the eating habits of the individual. From the psychodynamic point of view, the feeding process is especially necessary for the child, because it begins to sever the symbiosis with the mother. Recognition of this phenomenon by health workers, results in more comprehensive management of CF. Due to the extent of opportunities present during this period, this paper aims to describe the current theoretical elements of CF in order to contribute to the understanding of this complex process.

Key words: Complementary feeding, growth, psychodynamic feeding context.

Diversas publicaciones científicas sustentan que un gran número de niños menores de cinco años de edad, pertenecientes a países en vías de desarrollo, no logran aprovechar el potencial de crecimiento del que disponen. Engle y cols,¹ por ejemplo, calculan cifras conservadoras de aproximadamente 200 millones de niños que pueden estar en esta situación.

Las investigaciones sobre las consecuencias a largo plazo de la talla baja, han cobrado presencia desde hace muchos años y en diversos lugares del mundo. Los resultados coinciden en que la mayoría de estas consecuencias son graves e irreversibles: desde la década de los años 50 del siglo pasado se señaló que los niños con talla baja en relación con su edad cronológica y ocurrida durante el primer año de la vida, presentan en la edad escolar, coeficientes intelectuales menores que niños con talla adecuada.² A través de los años estas observaciones no sólo se confirman sino que además, cada día se identifican más efectos colaterales ocasionados por un desarrollo y crecimiento inadecuados durante los dos primeros años de la vida.³ Tal es el caso de los estudios de Grantham-McGregor y cols⁴ quienes hallaron secuelas en diferentes áreas de la inteligencia (razonamiento, aritmética, y memoria) en niños de ocho años de edad con talla baja desde los dos primeros años de vida. Estas secuelas no sólo son causa de que el niño esté menos informado, sino que lo ubica, en la edad adulta, en franca desventaja en sus competencias laboral y productiva frente a otros.

* Licenciada en Nutrición, Maestra en Psicoterapia Psicoanalítica, Consultora Fondo Nestlé para la Nutrición de la Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.

Correspondencia: LN. MPP. Jeanette Pardío-López. Fondo Nestlé para la Nutrición de la Fundación Mexicana para la Salud. Periférico Sur 4809, Col. El Arenal Tepepan C.P. 14610. Tlalpan México, D.F. Teléfono: 56-55-90-11 extensión 222. Correo electrónico: jeanette@funsalud.org.mx

Recibido: julio, 2011. Aceptado: enero, 2012.

Este artículo debe citarse como: Pardío-López J. Alimentación complementaria del niño de seis a 12 meses de edad. Acta Pediatr Mex 2012;33(2):80-88.

www.nietoeditores.com.mx

La escasez de hierro y zinc, durante los primeros dos años de la vida, es la deficiencia nutrimental más frecuente. Esto se debe a que se trata de una etapa de rápido crecimiento y desarrollo en la que las reservas neonatales de estos nutrimentos se agotan desde el sexto mes de vida, y cuando su ingestión, por medio de la dieta, frecuentemente es inadecuada. Entre las implicaciones graves causadas por deficiencia de hierro y zinc durante los primeros años de la vida se encuentran la disminución de la capacidad física y del desempeño cognoscitivo, y cambios en el comportamiento, entre otros.⁵

Es por ello pertinente resaltar que, en la medida en que los lactantes logren enfermar poco y consumir la energía y los nutrimentos necesarios, podrán aprovechar su máximo potencial de crecimiento determinado genéticamente. Es en este sentido que la alimentación complementaria (AC) del niño de seis a 12 meses de edad cobra especial relevancia, ya que de no proveerle todo lo necesario para su crecimiento adecuado, las oportunidades que implica este periodo se pierden propiciando así fallas difícilmente resarcibles e inclusive, algunas de ellas, irreversibles.

Este trabajo tiene el objetivo de describir los elementos teóricos actuales de la AC considerando la postura de diversas instancias: OMS, UNICEF, Academia Americana de Pediatría, Asociación Mexicana de Pediatría A.C., Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Pediatría, Gastroenterología, Hepatología y Nutrición (ESPGHAN, por sus siglas en inglés), Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), y Comité de Prevención, Detección, y Manejo de la Deficiencia de Hierro de los Institutos de Medicina, entre otros. La intención es contribuir a un mejor entendimiento del complejo proceso de la AC.

El trabajo comprende tres secciones:

- I. Definición y objetivos de la AC
- II. Estado de conocimientos que fundamenta las tendencias actuales de la AC
- III. Contexto psicodinámico de la alimentación y su relevancia en la AC

I. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DE LA AC

De acuerdo con la OMS, la AC se define como “el proceso que comienza cuando la leche materna ya no es suficiente para cubrir todas las necesidades nutricias del lactante y, por lo tanto, otros alimentos son necesarios para complementarla”.⁶

Según esto, la OMS/UNICEF deja de utilizar el término ablactación, antes utilizado para designar a este proceso.⁷ Lo anterior se debe a que la palabra ablactación se contrapone con la continuación de la leche materna; pues el latín *ab* significa sin, y *lac*, leche, es decir, sin leche.

En la medida en que la madre esté bien alimentada, las necesidades nutricias de los niños sanos, y nacidos a término, generalmente son bien provistos por la leche materna durante los primeros seis meses de vida. Después de este periodo es poco probable que la leche materna cubra todos los requerimientos del niño, en especial los relacionados con la energía, las proteínas, el hierro, el zinc y algunas vitaminas liposolubles como la A y D. Por esta razón, desde el año 2001, la OMS recomienda que, sin suspender la lactancia materna, es necesario iniciar la AC a partir de los seis meses de vida.^{8-10,12}

En México, tanto la Secretaría de Salud¹³ como la Asociación Mexicana de Pediatría A.C.,¹⁴ se adhieren a la recomendación de la OMS, es decir, que los niños deben iniciar la AC a partir del sexto mes de vida.

Entre los objetivos que persigue la AC, destacan:¹⁵

- Prevenir las deficiencias de energía y de proteínas debidas a una disociación entre la disponibilidad de estos nutrimentos en la leche materna y los requerimientos del niño en función de su crecimiento.
- Prevenir la deficiencia de nutrimentos con énfasis en el hierro y zinc.
- Fomentar el gusto por los distintos sabores y texturas de los alimentos.
- Fomentar hábitos alimentarios correctos, que serán la base de los futuros patrones de alimentación.
- Desarrollar habilidades que permitan una transición fluida entre la dependencia total del niño con los padres para alimentarse, a la alimentación por sí mismo.
- Fomentar la capacidad innata del niño para autorregular la cantidad de alimentos que consume.

II. ESTADO DE CONOCIMIENTOS QUE FUNDAMENTA LAS TENDENCIAS ACTUALES DE LA AC

La importancia de iniciar la AC en el momento oportuno, no sólo responde a la necesidad de cubrir los requerimientos nutricios del niño, sino también al hecho de aprovechar la oportunidad que ofrece este periodo para establecer las primeras bases de lo que más adelante

serán los patrones de hábitos alimentarios del individuo. Este periodo es óptimo para: 1) estimular la habilidad de masticar; 2) adquirir el gusto por diversos sabores, olores y texturas; y 3) consumir alimentos con elevada densidad de nutrientes, particularmente hierro, a fin de evitar su deficiencia y anemia ferropriva.

La importancia de adquirir estos hábitos se encuentra documentada en la literatura científica desde hace varios años, pero hacía falta traducirlos a recomendaciones más puntuales, para que los profesionales de la salud dispusieran de herramientas prácticas para su seguimiento y evaluación. Frente a esta necesidad, la OMS en coordinación con diversas instituciones, realizaron una minuciosa investigación en niños menores de un año de edad, pertenecientes a diez lugares del mundo, durante cinco años. El objetivo fue estudiar la diversidad de la dieta y su relación con tres variables: consumo de alimentos altos en densidad de nutrientes, frecuencia de consumo, e ingestión total de energía. Del estudio surgieron siete recomendaciones puntuales que son de gran utilidad para el seguimiento y evaluación de la AC.^{16,17}

El Cuadro 1 muestra que las primeras recomendaciones se refieren a la lactancia; y las cuatro restantes a la AC. El presente trabajo se circunscribe a la descripción de estas cuatro últimas.

1. Introducción de alimentos sólidos a más tardar a los nueve meses de edad. La importancia de esta recomendación radica en que fomenta la habilidad de masticar. Diversos autores han identificado que el intervalo óptimo para estimular la masticación se ubica entre los seis y nueve meses de vida.¹⁸ De no enfrentar al bebé al reto de masticar durante este periodo, es posible que se cierre esta ventana de oportunidades y con ello, la construcción de

Cuadro 1. Recomendaciones según la OMS para practicar una alimentación complementaria correcta

1. Iniciación temprana de la lactancia materna exclusiva
2. Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad
3. Continuar la lactancia materna hasta el año de edad
4. Introducción de alimentos sólidos a más tardar a los nueve meses de edad
5. Consumo de una dieta diversa
6. Frecuencia de consumo de alimentos suficiente
7. Consumo de alimentos ricos en hierro

Modificado de: Daelmans B, Dewey K, Arimond M. New and updated indicators for assessing infant and young child feeding. *Food Nutr Bull* 2009;30(2 Suppl):S256-62.

ciertos hábitos relacionados con la masticación, tales como adquirir el gusto por sabores, olores y texturas diversos, así como utilizar un tiempo adecuado para el consumo de alimentos duros como manzana, jícama y carne de res.^{19,20} Está documentado que los tiempos de consumo de niños que enfrentaron la masticación después de los diez meses de edad, son muy largos, lo cual propicia desesperación en la cuidadora y genera momentos de consumo poco agradables y poco fluidos. Se ha observado que una masticación lenta se asocia con problemas de conducta durante la etapa escolar.¹⁹ Los estudios de Illingworth y Lister²¹ sugieren que los bebés están listos para aceptar alimentos grumosos entre el sexto y séptimo meses de vida, y que los que se enfrentan a la masticación antes de los diez meses de edad, son capaces de consumir una dieta diversa en frutas y verduras durante la etapa escolar.

2. Consumo de una dieta diversa. De acuerdo con la OMS, se considera una AC diversa la que incluye al menos, cuatro de los siguientes grupos de alimentos.^{16,17}

- Cereales o tubérculos
- Leguminosas u oleaginosas
- Derivados de leche: queso, yogurt o sucedáneos de leche materna. En este grupo nunca debe incluirse la leche entera de vaca no modificada *^{22,23}
- Alimentos de origen animal: carnes rojas, pescado, pollo, vísceras
- Huevo
- Frutas o verduras ricas en vitamina A
- Otras frutas y verduras

*Debe resaltarse que los derivados de leche sólo son quesos y yogurt; no incluye la leche entera de vaca modificada; este alimento nunca se recomienda para niños menores de un año de edad debido a que contiene poco hierro y puede causar pérdida de sangre en lactantes^{22,23}.

La introducción de los alimentos para conseguir una dieta diversa debe ser paulatina, es decir, deberá introducirse un alimento a la vez;²⁴ preferentemente por la mañana para tener oportunidad de observar la respuesta del niño a dicho alimento. La introducción de un segundo nuevo alimento se hace, una vez que el niño haya aceptado satisfactoriamente el alimento anterior.

3. Frecuencia de consumo de alimentos. La OMS recomienda frecuencias mínimas de consumo según edad del lactante y tipo de lactancia:^{16,17}

- Al menos dos veces al día en niños de seis a ocho meses de edad alimentados al seno materno.

- Al menos tres veces al día en niños de nueve meses o más alimentados al seno materno.
- Al menos cuatro veces al día en niños de seis a 23 meses de edad alimentados con sucedáneos de leche materna: cada ingestión de sucedáneo es un consumo.
- Esta recomendación busca cubrir los requerimientos de energía del niño. La decisión de aumentar la frecuencia de consumo durante el día depende, en buena medida, de la densidad energética (DE) de la dieta y de las cantidades consumidas durante cada comida. Se acepta que a mayor DE, menor frecuencia de consumo, y viceversa.^{25,26}

Relacionar armónicamente la frecuencia de consumo y DE de los alimentos es una tarea complicada ya que estas dos variables, a su vez, están influidas por el patrón de consumo de leche materna: alto, moderado, bajo.²⁷ El buen manejo de esta compleja relación se debe reflejar en un crecimiento lineal adecuado del niño.

Al respecto, la OMS recomienda:^{7,17}

- Aumentar la frecuencia de consumo de alimentos diferentes a la leche materna en la medida en que el niño aumente de peso corporal y talla.
- Definir el número de comidas durante el día con base en:
 - a) la DE de los alimentos
 - b) la cantidad de comida consumida, y
 - c) la frecuencia de la lactancia materna.

El Cuadro 2 muestra las recomendaciones de la OPS-OMS¹⁵ para la frecuencia de consumo de AC según edad y DE de la AC para niños que reciben lactancia materna promedio, así como los ajustes por realizar en caso de que la frecuencia de la lactancia materna sea baja.

El reto de lograr un equilibrio armónico entre DE y frecuencia de consumo, debe basarse en la moderación. La idea de aumentar la DE de las papillas no implica forzosamente aumentar las grasas y aceites; se puede aumentar, por ejemplo, incluyendo como ingrediente principal algún alimento del grupo de carnes. Así, una papilla preparada con 30 g de chayote tiene una DE baja (7.2 kcal/ 30 = 0.24 kcal/g), en tanto que una preparada con 15 g de pollo (24 kcal) y 15 g de chayote (4 kcal) tiene una DE de .93 kcal/g (28 kcal/30=0.93 kcal/g), la cual de acuerdo con el cuadro 2, debe ofrecerse al niño de seis a ocho meses de edad que recibe leche materna baja, alrededor de 2.2 veces al día. De esta manera se puede variar la DE de las papillas de acuerdo con el apetito del bebé. En niños con poco apetito, la mayoría de las papillas debe ser de alta DE y por el contrario, en el niño con mucho apetito, es necesario equilibrar el consumo con papillas de baja y alta DE.

Equilibrar la dieta es importante, ya que cualquier extremo pone en riesgo la salud de los niños: La sobre-alimentación y el exceso de consumo de alimentos altos en DE, aún en las etapas más tempranas de la vida, lleva al niño a construir patrones alimentarios incorrectos que frecuentemente pueden propiciar la obesidad. Por ello el gran reto consiste, en coordinar armónicamente la cantidad de alimentos, la densidad energética de la dieta y la frecuencia de consumo.

4. Consumo de alimentos ricos en hierro. De acuerdo con la OMS,¹⁷ para cubrir esta recomendación es necesario que el alimento del niño incluya diariamente cualquiera de los siguientes grupos:

- Alimentos de origen animal: carnes rojas, pescado, pollo, vísceras

Cuadro 2. Frecuencia de consumo de AC según densidad energética de la AC y edad en niños con lactancia materna promedio y lactancia materna baja

Densidad energética de la AC* (kcal/g)	Grupo etario (meses)					
	6-8	9-11	12-13	6-8	9-11	12-13
	Lactancia materna promedio			Lactancia materna baja		
0.6	2.4	2.8	3.7	3.7	4.1	5.0
0.8	1.8	2.1	2.8	2.8	3.1	3.7
1.0	1.4	1.7	2.2	2.2	2.5	3.0

Modificado de: Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado, OMS/OPS, 2003.

* AC: alimentación complementaria.

- El requerimiento energético total está basado en el requerimiento promedio más el 25%, para cubrir las necesidades del 97.5% de la población.

- Se asume una capacidad gástrica funcional (en gramos de AC/comida) de 249, 285 y 345 para cada grupo etario.

- Lactancia promedio = 413, 379 y 346 kcal/d y lactancia baja = 217, 157 y 90 kcal/d para cada grupo etario (OMS/UNICEF, 1998).⁷

- Alimentos comerciales fortificados con hierro
- Alimentos fortificados con hierro de manera casera: polvos y alimentos con hierro adicionado

El riesgo de padecer deficiencia de hierro o anemia ferropriva durante los primeros dos años de la vida aumenta, ya que es una etapa de rápido crecimiento y desarrollo, en la que las reservas neonatales de hierro se agotan a partir del sexto mes de vida, y cuando la ingestión alimentaria de este nutrimento frecuentemente es inadecuada debido a ciertas prácticas alimentarias, tales como la introducción tardía de alimentos de origen animal. Habitualmente este grupo de alimentos se introduce hasta el octavo o noveno meses de vida.

En un intento de propiciar el consumo de una AC rica en hierro, organismos internacionales como la OMS,¹³⁻¹⁵ Comités de nutrición,¹⁷⁻¹⁹ y diversos grupos de investigadores,²⁸⁻³² recomiendan que las carnes sean el primer grupo de alimento para iniciar la AC.

Al respecto, Morgan y cols.³⁰ hallaron índices psicomotores significativamente más altos a los 16 meses de edad en niños que iniciaron la AC a los cuatro o seis meses con 7 g/d de carne, en comparación con los que la consumieron hasta los ocho meses de edad.³⁰ Estos autores sostienen que cada 2.3 g/d de carne elevan un punto en los índices psicomotores.³⁰

La propuesta de iniciar la AC con el grupo de carnes difiere de la idea aún prevalente de iniciarla con frutas y verduras. En nuestro país, la Norma Oficial sobre Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria (NOM 043-SSA2) sugiere incluir las carnes entre el sexto y séptimo meses de vida, después de haber introducido verduras, frutas y cereales.¹³ La Asociación Mexicana de Pediatría A.C., sugiere su introducción en el octavo mes de vida.¹⁴ Este criterio no es exclusivo de nuestro país; diversas publicaciones señalan la práctica habitual de incluir durante los primeros meses del proceso de la AC, preferentemente papillas a base de cereales y verduras y, sólo de manera ocasional, preparaciones a base de carne.^{33,34} Lutter y cols.³⁵ estudiaron el consumo dietético de una muestra numerosa de infantes estadounidenses y observaron que menos del 10% de los niños de siete a once meses de edad, consumían papillas preparadas únicamente con carne roja o pollo, y que la mayoría consumía papillas a base de verduras y cereales, bajas en zinc y hierro.

Ciertas instancias estadounidenses son menos específicas, en comparación con las guías internacionales,⁷

respecto a la introducción de carnes como primer grupo de alimentos durante la AC. La Academia Americana de Pediatría, por ejemplo, reconoce que las carnes pueden ofrecerse a los infantes como alimento complementario temprano, para cubrir las necesidades de hierro y zinc; sin embargo, esta recomendación no la emite específicamente para los lactantes.²⁴ En contraste, el CDC³⁵ y el Comité de Prevención, Detección, y Manejo de la Deficiencia de Hierro de los Institutos de Medicina de la Academia Nacional,³⁶ sugieren el consumo de carnes como sustituto o complemento de los cereales fortificados. En el año 2006, los Institutos de Medicina de la Academia Nacional informaron que las carnes deben incluirse en la lista de alimentos que conforman la canasta básica alimentaria de los lactantes de seis meses de edad.³⁷

Aunque el consumo de cereales fortificados con hierro ha sido muy valiosa para evitar la deficiencia de hierro, la fortificación no es una práctica universal, y más aún, la biodisponibilidad del hierro en estos cereales es mucho menor de la que se obtiene con las carnes.

La OMS afirma que los niños que no reciben suplementos o alimentos fortificados con hierro, sino solamente consumen papillas preparadas con verduras, no logran cubrir los requerimientos de hierro y zinc.³⁸ De hecho, aunque se alcanzan los requerimientos del zinc con los cereales fortificados con hierro, es más eficaz iniciar la AC con carnes.²⁹

Ubicar a las carnes como el primer grupo con el que se inicie la AC, tiene limitaciones de orden económico, cultural y religioso. En lo económico, mucho ayudaría señalar que no se requiere el consumo de grandes porciones; bastan 25 gramos de cualquier tipo de carne para elevar la ingestión de hierro. Respecto a las limitaciones culturales, se ha visto que aún en familias económicamente solventes, el consumo de carne es bajo entre el cuarto y octavo meses de vida. Esto requiere revisar las recomendaciones que comúnmente hacen los profesionales de la salud, quienes frecuentemente prescriben la introducción de carne en forma tardía. Se han descrito excelentes resultados de programas educativos que han flexibilizado el proceso de la AC,^{39,40} permitiendo a los padres introducir los alimentos de acuerdo con su cultura culinaria, sin que necesariamente sigan un orden en la introducción de grupos de alimentos y, propiciar así el consumo temprano de las carnes. La introducción indistinta de los grupos de alimentos, no significa suprimir verduras y frutas; por el

contrario, implica mejorar las prácticas de preparación de alimentos, enriqueciendo las papillas con la inclusión de las carnes como ingrediente principal, combinadas con verduras y frutas ricas en ácido ascórbico.⁴¹ Al respecto, hay autores que han estudiado la historia sobre los esquemas que se han sugerido para implementar el proceso de AC, concretamente sobre el orden en la introducción de grupos de alimentos; sostienen que no existen evidencias científicas que sustenten dicho orden.^{11,20}

Para la OMS, la recomendación de iniciar la AC con el grupo de las carnes, sigue siendo un reto difícil de superar; sin embargo, poblaciones como China³⁹ y Perú,⁴⁰ muestran ya resultados favorables con la introducción temprana de las carnes.

III. CONTEXTO PSICODINÁMICO DE LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA AC

El proceso de la alimentación ofrece múltiples oportunidades para que el infante exprese conductas relacionadas con la fase normal de separación-individuación del ser humano.⁴² Esta es la fase en la que el niño ha de lograr funcionar en forma independiente de su madre, sin prescindir de su papel emocional. Margaret Mahler, psicoanalista de niños y adolescentes estudió el desarrollo normal de la diada madre-hijo⁴³. Según Mahler, los niños logran separarse de la madre por medio de lo que ella llama fase normal de separación-individuación. Este proceso, se refiere al sentimiento de sí mismo o al sentido de identidad individual que adquiere normalmente el niño.

Hay estudios psicodinámicos que muestran que el niño encuentra en la dinámica de la alimentación, una oportunidad para manifestar una serie de conductas propias del proceso de separación-individuación. De hecho, la alimentación es una de las vías que permite la comprensión de este fenómeno. El niño se separa y se transforma en un individuo en varios campos; por ejemplo, al dormir, al jugar y en las múltiples experiencias de la vida diaria. La dinámica de la alimentación, dada su importancia primordial para la supervivencia, es una especie de *ventana* que permite observar cómo el infante se vuelve un individuo, una persona. También permite ver de qué manera el pequeño confía en sus padres e interactúa con ellos mostrando así una relación de apego e intimidad.

Hoffman hizo investigaciones que le permitieron hacer varias conclusiones sobre la importancia de la dinámica de

la alimentación en el proceso de separación-individuación.⁴⁴ En su opinión, a partir del quinto mes de vida y como parte de este proceso, el lactante manifiesta una serie de iniciativas en relación con los alimentos, que van desde explorar, a interactuar, a experimentar y a jugar con ellos.

Estas iniciativas son de índole cognoscitiva, se relacionan con los impulsos y deseos de conocer al mundo; es decir, son parte de la manera en la que el bebé se relaciona con los objetos del mundo que le rodea. Pero, sobre todo, lo que fundamentalmente busca el lactante, es conocer el tipo de respuesta que su madre muestra hacia esta importante aventura.

El éxito del desenvolvimiento de este proceso depende del tipo de respuestas que muestre principalmente la madre. El pequeño establece una relación con la comida y se alimenta según sus preferencias, su apetito, y su capacidad para manejar consistencias, sabores y olores. Al observar estas conductas, los padres pueden mostrarse comprensibles y sensibles a las preferencias y deseos de exploración de su hijo, o bien imponer sus propios esquemas mentales sobre cómo debe alimentarse el bebé. Por ejemplo, no debe jugar con la comida. A estas interacciones se les ha llamado relaciones de alimentación.⁴² El momento de comer puede ser placentero y agradable para el niño y para quien lo cuida, o bien, tornarse en una experiencia frustrante y conflictiva para ambos. La calidad de la relación padre-bebé en general suele verse reflejada en las vicisitudes de la relación de alimentación en particular. Lo deseable es que, por una parte, el niño realice todas estas exploraciones, pero también que logre consumir los nutrimentos necesarios para su desarrollo. Asimismo, a medida que el niño consume los alimentos, incorpora la sensación de que sus padres le proporcionan algo bueno, que satisfacen su sensación de hambre, y aprende que sus padres atienden a sus necesidades, a sus señales de malestar o descontento y que puede confiar en ellos.

En suma, el proceso de alimentación es mucho más que la simple introducción de comida para el niño: lo ideal es que se trate de una oportunidad de intercambio y placer mutuo. Por el contrario, una madre que se empeña en impedir que el niño haga contacto con los alimentos, podría despertar en él reacciones agresivas, tales como hacer contacto con los alimentos de manera enérgica, como un manotazo. El manotazo implica un ejercicio de voluntad, es decir, es una manera de autoafirmarse como respuesta a que se le ha negado reiteradamente una inicia-

tiva. Otros bebés simplemente se resignan a las estrategias de sus progenitores y pierden la oportunidad de explorar la comida, como lo habrían hecho si sus padres toleraran tales acciones. En vez de fomentar su curiosidad y exploración, los padres, sin saberlo, provocan que el bebé se vuelva demasiado complaciente e inhiba sus impulsos de búsqueda, experimentación y juego.

En los ejemplos anteriores, importa señalar que para el niño es muy importante la manera como consigue autoafirmarse y si cuenta o no con la aprobación de su madre. Si el esfuerzo del niño es reconocido y aprobado por su madre, hay un impacto positivo al proceso de separación-individuación. En el otro extremo está el niño que consigue autoafirmarse, pero con la desaprobación de su madre, v.gr. cuando el pequeño logra hacer contacto con los alimentos sólo porque su madre se descuida, o bien, cuando la madre muestra enojo frente a las iniciativas del pequeño. Durante la alimentación pueden ocurrir verdaderas confrontaciones entre los deseos e intereses del bebé, por una parte, y los deseos y proyectos del cuidador, por la otra. El niño intenta realizar sus deseos y los padres también. El tema central es cómo se negocian estas contradicciones entre proyectos diferentes. Por ejemplo, la madre puede desear alimentar al niño rápidamente debido a que está muy ocupada, mientras que el bebé puede desear tomarse más tiempo o untarse el puré en la cabeza o darle de comer a su madre. Para el niño estas experiencias son informativas y formativas de las futuras interacciones con su madre. Con ellas registra un conocimiento sobre el grado de autoafirmación tolerado por el medio ambiente que lo rodea y, en especial, por su madre o cualquier otra persona que funja como su cuidador primario. A este fenómeno se le llama permeabilidad social a la intrusión del individuo emergente, término que alude al espacio que se le concede al lactante para llevar a cabo sus propias experiencias. Este espacio no es sólo mental sino también físico, sonoro y temporal.

Parte de este proceso normal de separación-individuación también es la capacidad del niño de manifestar sus negativas. Éstas no necesariamente implican trastornos alimentarios; por el contrario, muchas de ellas pueden relacionarse con cierto nivel de autonomía que adquiere el nuevo ser.

Al respecto, Spitz,⁴⁵ psicoanalista, señala que el infante comienza a expresar negativas alrededor del tercer mes de vida, momento en el que se desarrollan las cuatro condiciones mínimas para poder negar: 1) la percepción,

2) la memoria, 3) la conciencia, y 4) la iniciativa. Son las que indican que el niño comienza a poner espacio entre él y su madre; es decir, cuando la fase normal de separación-individuación está próxima a comenzar. Desde esta perspectiva, la importancia de que el niño aprenda a decir NO radica en que el nuevo ser adquiere cierto nivel de conciencia de que existe un sí mismo y otro diferente de él. Así, la aceptación de las negativas de la madre hacia el niño implica el reconocimiento de que existe una persona independiente, con voluntad propia y con capacidad de enfrentar al otro. En la visión de este autor, tanto para un bebé como para un adulto, decir NO ayuda a definir y afirmar la identidad: decir NO significa definirse y coloca a una persona en una situación muy clara en relación con quienes la rodean. De ahí que en el terreno de la alimentación, el niño puede negarse al consumo de ciertos alimentos como una manera de enfrentarse al otro, lo cual le permite definirse y afirmar su propia identidad.⁴⁶

La capacidad de negociación por parte de la madre o de la persona que usualmente alimenta al pequeño puede minimizar los conflictos de la alimentación. Negociar exige una actitud de reconocimiento del otro como alguien que tiene derecho a su propio punto de vista. Por ejemplo, no es negociable que el niño se acerque demasiado a una estufa pero, contrariamente, es negociable que un día no consuma el platillo principal de la comida. En este sentido, varios autores^{44,45,47} señalan que en la medida en que el niño siente que ha ganado algunas batallas, se muestra más cooperativo para realizar las tareas que los padres consideran irrenunciables.

En resumen, el buen desarrollo de la fase de separación-individuación es determinante para la salud mental del individuo. En este contexto, la dinámica de la alimentación influye en la salud mental de los individuos y en aspectos importantes de los funcionamientos emocional y conductual del bebé y sus padres. Lo anterior significa que si bien es importante el qué de la alimentación (ofrecer dieta adecuada), es igualmente importante el cómo se le ofrece.

La importancia de esta información para los profesionales de la salud radica en que en la medida en que sean capaces de interpretar estos significados y reconocer el proceso normal de individuación del ser humano, se puede explorar de manera más atinada la conducta del pequeño para indagar así las causas por las cuales manifiesta rechazo por los alimentos en general o por alguno en particular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Engle PL, Black MM, Behrman JR, Cabral de Mello M, Gertler PJ, Kapiriri L, Martorell R, Young ME. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet* 2007;369:229-42.
2. Cravioto J. The ecologic approach to the study of nutrition and mental development. In: Moore W, ed. *Malnutrition, environment, and behavior*. Washington, D.C.: USHEW Publication, 1972;72-6.
3. Shrimpton R, Victora CG, de Onis M, Lima RC, Blossner M, Clugston G. Worldwide timing of growth faltering: implications for nutritional interventions. *Pediatrics* 2001;107:E75.
4. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet* 2007;369:60-70.
5. Georgieff M. Long-term brain and behavioral consequences of early iron deficiency. *Nutr Rev* 2011;69(11):S43-S48.
6. Dewey KG. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2003.
7. WHO/UNICEF. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization, WHO/NUT/98.1, 1998.
8. The optimal duration of exclusive breastfeeding: results of a WHO systematic review. *Indian Pediatr* 2001;38:565-7.
9. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review. Geneva: World Health Organization: WHO/NHD/01.08; WHO/FCH/CAH/01.23, 2001.
10. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, Moreno L, Puntis J, Rigo J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, van Goudoever J. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;46:99-110.
11. Brown KH. WHO/UNICEF review on complementary feeding and suggestions for future research: WHO/UNICEF guidelines on complementary feeding. *Pediatrics* 2000;106(5):1290.
12. Kleinman RE. American Academy of Pediatrics recommendations for complementary feeding. *Pediatrics* 2000;106(5):1274.
13. Norma Oficial Mexicana NOM 043-SSA2, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Secretaría de Salud, 2005.
14. Primer Consenso Nacional sobre Alimentación en el Primer Año de la Vida. *Acta Pediatr Mex* 2007;28(5):213-41.
15. OPS/OMS. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2003.
16. Daelmans B, Dewey K, Arimond M. New and updated indicators for assessing infant and young child feeding. *Food Nutr Bull* 2009;30(2 Suppl):S256-62.
17. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 2, measurement. Malta: OMS; 2010. p.1-81.
18. Northstone K, Emmett P, Nethersole F. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Diet* 2001;14:43-54.
19. Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Matern Child Nutr* 2009;5:75-85.
20. Butte N, Cobb K, Dwyer J, Graney L, Heird W, Rickard K. The Start Healthy Feeding Guidelines for Infants and Toddlers. *J Am Diet Assoc* 2004;104:442-54.
21. Illingworth RS, Lister J. The Critical or Sensitive Period, with Special Reference to Certain Feeding Problems in Infants and Children. *J Pediatr* 1964;65:839-48.
22. Ziegler EE. Consumption of cow's milk as a cause of iron deficiency in infants and toddlers. *Nutr Rev* 2011;69(11):S37-S42.
23. Jiang T, Jeter JM, Nelson SE, Ziegler EE. Intestinal blood loss during cow milk feeding in older infants: quantitative measurements. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:673-8.
24. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Complementary feeding. In: Kleinman RE, ed. *Pediatric nutrition handbook*. IL: Elk Grove Village; 2004. p.103-15.
25. Stephenson DM, Gardner JM, Walker SP, Ashworth A. Weaning-food viscosity and energy density: their effects on ad libitum consumption and energy intakes in Jamaican children. *Am J Clin Nutr* 1994;60:465-9.
26. Gardner JM, Walker SP, Gavin KA, Ashworth A. Complementary foods in Jamaica: viscosity, energy density and feeding practices. *Public Health Nutr* 2002;5:295-302.
27. Bennett VA, Morales E, Gonzalez J, Peerson JM, Lopez de Romana G, Brown KH. Effects of dietary viscosity and energy density on total daily energy consumption by young Peruvian children. *Am J Clin Nutr* 1999;70:285-91.
28. Krebs NF. Meat as an early complementary food for infants: implications for macro- and micronutrient intakes. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program* 2007;60:221-9; discussion 229-33.
29. Krebs NF, Westcott JE, Butler N, Robinson C, Bell M, Hambidge KM. Meat as a first complementary food for breastfed infants: feasibility and impact on zinc intake and status. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;42:207-14.
30. Morgan J, Taylor A, Fewtrell M. Meat consumption is positively associated with psychomotor outcome in children up to 24 months of age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;39:493-8.
31. Dewey KG. Increasing iron intake of children through complementary foods. *Food Nutr Bull* 2007;28(4 Suppl):S595-609.
32. Hambidge KM, Sheng X, Mazariegos M. Evaluation of meat as a first complementary food for breastfed infants: impact on iron intake. *Nutr Rev* 2011;69(11):S57-S63.
33. Lutter CK, Rivera JA. Nutritional status of infants and young children and characteristics of their diets. *J Nutr* 2003;133(9):2941S-9S.
34. Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. *Food Nutr Bull* 2003;24(1):5-28.
35. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for preventing and controlling iron deficiency in the United States. *MMWR. Morb Mortal Wkly Rep* 1998(47):1-36.
36. Institute of Medicine, Committee on the Prevention, Detection, and Management of Iron Deficiency. *Iron deficiency anemia: recommended guidelines for the prevention, detection, and management of iron deficiency anemia among US children and women of childbearing age*. Washington, DC: National Academy Press, 1993.

37. Institute of Medicine of the National Academies. WIC Food packages: time for a change. Washington, DC: National Academies Press, 2006.
38. Brown KH. WHO/UNICEF review on complementary feeding and suggestions for future research: WHO/UNICEF guidelines on complementary feeding. *Pediatrics* 2000;106:1290.
39. Guldan GS, Fan HC, Ma X, Ni ZZ, Xiang X, Tang MZ. Culturally appropriate nutrition education improves infant feeding and growth in rural Sichuan, China. *J Nutr* 2000;130(5):1204-11.
40. Penny ME, Creed-Kanashiro HM, Robert RC, Narro MR, Caulfield LE, Black RE. Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2005;365(9474):1863-72.
41. Black MM, Quigg AM, Hurley KM, Pepper MR. Iron deficiency and iron-deficiency anemia in the first two years of life: strategies to prevent loss of developmental potential. *Nutr Rev* 2011;69(11):S64-S70.
42. Pardío J, Lartigue T, Maldonado-Durán J, Plazas M, Pérez-Lizaur A. Postura del Colegio Mexicano de Nutriólogos sobre dinámica de la alimentación y su relación con el fenómeno de separación-individuación del ser humano: una visión nutricional y psicodinámica. México, D.F.: Colegio Mexicano de Nutriólogos; 2006.
43. Mahler M, Pine F, Bergman A. El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación. Buenos Aires: Marymar; 1975.
44. Hoffman J. ¿De quién es la cuchara? La relación de alimentación padres-bebé (permeabilidad a la emergencia del sujeto incipiente). In: Lartigue T, Maldonado-Durán J, Ávila H, eds. La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. México: Plaza y Valdés/Asociación Psicoanalítica Mexicana; 1998. p.101-120.
45. Spitz R. No y sí: sobre la génesis de la comunicación humana. Buenos Aires: Paidós, 1957.
46. Barajas M, Villarreal J. La identidad: decir no, ayuda a definirla. *Cuadernos de Psicoanálisis* 1995;XXVIII:129-132.
47. Bowlby J. Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós; 1951.