

<http://dx.doi.org/10.14349/9789585234420.11>

# Capítulo 11

**Nutrición y  
recomendaciones  
alimenticias para  
niños de 0 a 5 años**



## Capítulo 11

# Nutrición y recomendaciones alimenticias para niños de 0 a 5 años

{ Diana E. Forero y Diana P. García Ayala  
Fundación Universitaria Konrad Lorenz

### Introducción

La alimentación de los niños en la primera infancia la decide el padre o el cuidador, por lo que los padres o cuidadores son las personas encargadas de la formación de hábitos nutricionales de los niños; ellos eligen la cantidad de alimentos a ingerir, la variedad, los horarios de alimentación y la edad a partir de la cual se les dan nuevos alimentos. Sin embargo, a medida que el niño va creciendo, va formando sus patrones alimenticios teniendo como base sus experiencias directas; por esta razón, complementa o sustituye sus hábitos iniciales. En ese momento la supervisión se hace necesaria, para asegurar una buena formación de hábitos y una ingesta de alimentos adecuada para la edad, el peso y la estatura.

En la primera infancia, los niños además imitan los modelos de comportamiento de sus cuidadores más cercanos, así como la disponibilidad de los alimentos y los rituales del entorno familiar; por esta razón, las tradiciones que se sigan en el hogar, las ideas sobre los alimentos, la forma de consumirlos, van a ser aprendidas por los integrantes más pequeños del hogar. La imitación es una de las principales formas de aprender en esta edad, por lo que no es suficiente con decirles qué o cómo comer, es necesario mostrárselos para que sean consistentes las palabras con lo que pueden observar y de esa forma puedan formar hábitos saludables alrededor de la alimentación, los cuales serán adoptados por el niño para la mayor parte de su vida (Abellán, Hidalgo, Sotos, López & Jiménez, 2016).

En este capítulo se abordan algunos aspectos de lo que sería una buena nutrición para los niños en las distintas etapas de su desarrollo, y se hacen recomendaciones de prevención, muy asociadas a los hábitos de alimentación saludable. Debe

recordarse que la alimentación previene enfermedades y la posibilidad de muerte infantil, porque alimentarse bien fortalece al niño, mejora su sistema inmunológico, ayuda a que no se presenten o si se presentan el organismo pueda afrontar enfermedades comunes pero de alto impacto como la diarrea, el sarampión, las infecciones respiratorias, el paludismo y otras muchas, que pueden afectar de diversas formas cuando no hay un buen balance nutricional en el niño (Donoso-Bernales & Oyarzún, 2012).

### **El uso del biberón, el chupete y el destete**

El biberón puede usarse desde corta edad para suministrar leche materna almacenada, o leches formuladas. Aunque la madre puede seguir lactando y es recomendable hacerlo hasta los dos años o más, es posible que antes de ese tiempo se disminuya la cantidad de leche materna, por lo que puede ser necesario suministrar leche complementaria, preferiblemente recetada por el médico. El biberón es un objeto que fácilmente es adoptado por el bebé y que en muchas ocasiones puede ayudarlo a manejar su ansiedad, e incluso ayudarlo a calmarse. Por tal motivo, se pueden presentar usos inadecuados, tiempos excesivos de uso y se pueden formar hábitos de dependencia hacia este objeto, que luego son difíciles de erradicar.

El niño condiciona la realización de muchos comportamientos como comer, dormir, calmarse, con tener un biberón o un chupo (objeto que solo tiene la parte superior del biberón). Estos hábitos pueden traer consecuencias negativas para el desarrollo del bebé, por lo que debe usarse este objeto con precaución.

En algunas ocasiones más que la preferencia o las necesidades del bebé, las razones por las que se usan los biberones para dar leche al bebé, están relacionadas con la conveniencia para las madres. Por ejemplo, porque el biberón puede ser suministrado por otras personas, o porque las madres tienen experiencia con su uso previo y consideran que es más sencillo dar leche de esa forma; también porque no les gusta la idea de amamantar o simplemente les avergüenza no poder calmar al bebé o amamantar en lugares públicos donde el bebé pide comer y no son los hogares (Thompson, 1988).

Por consiguiente, el uso del biberón puede ser inconveniente, pues genera hábitos en el niño, llevándolo hacia comportamientos inadecuados cuando es retirado o no es suministrado. Estos comportamientos pueden ser evitables, junto con las consecuencias negativas, si se da un uso racional y no permanente o indiscriminado.

Una de las consecuencias negativas más comunes es la presencia de bacterias, porque se usa constantemente, pero no se lava con la misma frecuencia y se puede convertir en un transmisor de gérmenes y virus. El uso del biberón debe ser para leche y no otros líquidos, con el fin de evitar riesgos de enfermedades por transmisión de bacterias y virus como las diarreicas y respiratorias. También se ha encontrado que la introducción rápida del biberón reduce el tiempo de la lactancia materna exclusiva, que es lo más recomendable para el niño menor del año, especialmente en los primeros seis meses (Bouquet & Londoño, 2011). El biberón empieza a retirarse a los seis meses, momento en el cual se inicia el uso de un vaso entrenador para la administración de otros líquidos (Asociados, 2007).

Al reducir el uso del biberón y la lactancia materna exclusiva, se va dando progresivamente el destete. Este proceso puede darse de forma abrupta; por ejemplo, por el viaje de la madre separada de su bebé, o por otras razones como el ingreso al trabajo, o el menor interés del niño por amamantar. El proceso puede hacerse de manera menos abrupta para evitar cambios hormonales en la madre y el rechazo de los otros alimentos por el niño, seguido por el llanto. Para identificar cuándo iniciar el destete después de los seis meses, es necesario fijarse en los comportamientos que se describen en la tabla 1.

**Tabla 1.** Clases de destete y señales

Clase de destete	Señales
Destete abrupto	Sin preparación ni aviso previo, puede ser difícil para la madre en lo psicológico; llevarla a la depresión por cambios hormonales, y puede presentarse mastitis. Puede ser traumático para el niño.
Destete planeado	Gradualmente se va eliminando una toma cada pocos días. En vez de la lactancia se ofrece alimentación, distracción y mucho cariño.
Destete parcial	La madre elimina la mayoría de las tomas que son difíciles para ella y deja una o dos tomas que son las más necesarias para el niño.
Destete natural	El niño tiene por lo menos un año. El niño muestra menos interés por amamantar. El niño come una buena variedad de comida. Acepta otras maneras de contenerse además de amamantar. Puede entender y negocia no amamantar en determinados momentos y sitios. A veces se queda dormido sin amamantar. Muestra poca ansiedad cuando la madre le anima a no amamantar. Cuando puede elegir prefiere jugar, leer o hacer algo con sus padres en vez de amamantar.

Fuente: adaptada de Roy (2006).

## La alimentación de los seis meses al primer año

La alimentación en los primeros seis meses es exclusivamente de leche materna. Para profundizar este tema puede revisarse el capítulo de amamantamiento. A partir de los seis primeros meses, la leche materna no satisface por completo las necesidades nutricionales del niño; por tal razón, es necesario introducir alimentos diferentes a la leche materna en la dieta del bebé (Flores-Huerta, Martínez-Andrade, Toussaint, Adell-Gras & Copto-García, 2006; Hernández-Aguilar, 2006). Al cumplir los seis meses, el bebé llega a un punto en su crecimiento, donde necesita mayor variedad de alimentos y diversidad de nutrientes; por este motivo, la dieta debe ajustarse para ese crecimiento que va a irse consolidando a lo largo de su infancia y adolescencia. Para este momento, los sistemas digestivo, inmune, psicomotor y renal del bebé se han desarrollado (Hernández-Aguilar, 2006) y al tener su sistema digestivo más maduro es posible empezar a incorporar alimentos diferentes de la leche materna.

En caso de que no se haya dado leche materna exclusiva por alguna razón y no se dé el nivel de crecimiento ideal en el niño, debe asistirse al pediatra para identificar algunas soluciones que mejoren el desarrollo del bebé.

## Las leches y la alimentación complementaria

Uno de los problemas centrales que generan enfermedades e incluso la muerte en niños menores de un año, es el manejo inadecuado de la lactancia exclusiva. Esta debería darse al menos hasta los seis meses; sin embargo, las familias introducen otros alimentos y bebidas antes de esa edad, generando graves problemas



**A partir de los seis primeros meses, la leche materna no satisface por completo las necesidades nutricionales del niño; por tal razón, es necesario introducir alimentos diferentes a la leche materna en la dieta del bebé.**

en el niño y las consecuentes enfermedades que van desde gastrointestinales hasta la obesidad (Olaya & Borrero, 2011). En estudios realizados en todo el mundo, este mismo resultado se repite, y en este estudio se observó que los hogares no perciben el riesgo de alimentar con bebidas u otros alimentos a los menores de seis meses; por lo que el mayor riesgo de desnutrición y de necesidades nutricionales especiales, se deben a este comportamiento inadecuado de la alimentación a los niños.

Para ilustrar el efecto negativo del uso de otros alimentos cuando debería emplearse lactancia exclusiva, estudios como el de Jiménez, Curbelo & Peñalver (2005) evidencian que el promedio de presencia de episodios de enfermedades respiratorias altas es de 4,3 episodios, respecto a 1,3 de los niños lactados con leche materna; y de asma bronquial es de 3,2 respecto a 0,98 de los lactados exclusivamente con leche materna. También encuentran que el peso ganado al terminar el primer año es menor así como la talla en quienes fueron alimentados con otros alimentos distintos a la leche materna. Por lo anterior, la decisión de iniciar la alimentación complementaria en el primer año, es una de las más críticas para el desarrollo del niño en toda su vida. Este es un paso que debe consultarse con los profesionales de la salud y que no puede tomarse con apresuramiento.

### ***Leches formuladas***

Las leches formuladas son cada vez más usadas por las familias para suplir la leche materna. Estas leches tienen serias deficiencias respecto a la leche materna, por lo que no la reemplazan. Sin embargo, por diferentes motivos, cada vez más hogares las usan, pudiendo causar daños en el desarrollo del niño, enfermedades e incluso la muerte. Las leches formuladas deben ser medicadas, no pueden autoadministrarse o automedicarse; además, su empleo es exclusivamente si no existen alternativas que permitan la alimentación adecuada con leche materna (Grummer-Strawn et al, 2017).

En estudios realizados con expertos en nutrición, no se encuentran consensos sobre la edad de inicio para las leches formuladas, aunque en general, no se prescriben antes de los cuatro meses de vida del bebé. No existe ninguna leche formulada mejor que otra, puesto que cada leche tiene distintas composiciones que tendrán diferentes efectos en el bebé. Las composiciones de las leches varían según la etapa de desarrollo del bebé, por lo que no existe consenso acerca de la edad de inicio, aunque sí existe consenso en que la alimentación después de los seis meses del niño no puede basarse solo en leches formuladas y que es mejor iniciar con leches formuladas de continuación, a partir del primer año de edad (Barrio, Díaz-Martín, Manrique, Martínez & Ortega, 2015). Se debe recordar que las leches formuladas pueden ser de inicio y de continuación, la diferencia entre ellas está en sus componentes y en la etapa en la que se administran.

Los riesgos de la lactancia artificial se presentan en la tabla 2. Es recomendable desestimular su uso en los primeros meses de vida del bebé, particularmente si

es un bebé sano y es posible la lactancia materna. Las leches artificiales, en su mayoría, son creadas a partir de la leche de vaca, y esta en sí misma tiene problemas para la nutrición del bebé por sus características proteicas y su composición que no favorece el metabolismo incipiente del bebé; aun así debe anotarse que las leches formuladas pueden contener menor cantidad de colesterol y grasas saturadas que la leche de vaca y que según su composición puede aportar para algunos problemas digestivos del bebé mayor del año o sustituir la leche materna en casos excepcionales, aun con el riesgo de malnutrición.

**Tabla 2.** Riesgos de la lactancia artificial

Problema	Riesgo
Errores en la administración y elección de la leche	<p>La técnica para lactar no es instintiva y se cometen errores en la cantidad de tomas o uso excesivo de biberones.</p> <p>Es fácil cometer errores en la programación de las tomas.</p> <p>La mala elección de una fórmula o marca de leche puede dar una nutrición incorrecta del lactante.</p> <p>La preparación de la leche artificial debe hacerse siguiendo normas de higiene precisas para evitar infecciones y trastornos digestivos.</p> <p>Si no se siguen estrictamente las instrucciones de dilución en las leches en polvo, se generan graves riesgos para la salud del lactante.</p> <p>La administración de leches formuladas a concentración elevada puede causar deshidratación (demasiada cantidad en una onza).</p> <p>Dar la fórmula a menor dilución disminuye el aporte de nutrientes y puede ser causa de subnutrición (muy poca cantidad en una onza).</p> <p>El uso de agua con alta mineralización, con nitritos (agua de pozo) o no higienizada supone riesgos para el lactante.</p> <p>La falta de consulta o atender la publicidad por encima de la recomendación médica es fuente de errores en la programación de la dieta de los lactantes.</p>
Composición de la leche	<p>El desbalance en la composición de algún tipo de leche artificial que no cumple la normativa legal en su composición puede tener efectos nocivos a largo plazo.</p> <p>El aporte de proteínas de las leches artificiales para lactantes debe ajustarse.</p> <p>El exceso de proteínas en la dieta del lactante predispone al padecimiento de enfermedades como la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2 o la esclerosis renal.</p> <p>A partir del sexto mes, los nutrientes aportados por la leche artificial no son suficientes, por lo que hay que introducir otros alimentos.</p>

(Continúa)



**Tabla 2.** Riesgos de la lactancia artificial (*continuación*)

Problema	Riesgo
Enfermedades asociadas a la mala nutrición con leches artificiales y leche de vaca	<p>La intervención nutricional inadecuada puede tener un efecto negativo sobre enfermedades no transmisibles o con determinado “riesgo genético” como la obesidad, la diabetes o enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Los primeros meses de vida son una etapa de gran vulnerabilidad y la alimentación mal reglada (tomar) puede determinar malnutrición fácilmente.</p> <p>La introducción de alimentos distintos de la leche materna puede desencadenar reacciones alérgicas.</p> <p>Es desaconsejable la administración de leche de vaca sin modificar durante el primer año de vida por su alto contenido proteico, puede provocar microhemorragias intestinales que favorecen la pérdida de hierro.</p> <p>La leche de vaca no se adapta a las necesidades del lactante ni a sus limitaciones metabólicas.</p> <p>En los primeros meses de vida, es muy importante minimizar el riesgo de padecer alergia.</p>
Creencias, hábitos y estilos de vida	<p>La falta de información puede crear falsas expectativas en la población en relación con la alimentación artificial de los niños en los primeros meses de vida.</p> <p>El desarrollo de fórmulas que cada vez se aproximan más en su composición a la leche de la mujer, genera en la población la idea de que pueden ser superiores a la leche materna.</p> <p>La incorporación de la mujer al trabajo dificulta la lactancia, especialmente la lactancia al seno materno.</p> <p>El deseo de la mujer de mantener su figura después del parto le induce a rechazar, por ignorancia, la alimentación al pecho.</p> <p>En familias con muchos miembros, la madre puede disponer de poco tiempo para criar a su hijo.</p>

Fuente: adaptada de Martín y De Celis (2015).

Cabe anotar que debe tenerse cuidado con el uso del microondas para la preparación de estas leches y la limpieza del biberón. El microondas no debe usarse para el proceso de esterilización de los biberones, excepto que tenga una unidad para ese fin; esto se debe a que en el centro del biberón puede producirse un alza de temperatura peligrosa. En cuanto a las leches, las proteínas pueden cambiar en el proceso de calentamiento en el microondas, también es necesario probar la temperatura, pues la leche puede producir quemaduras (Thompson, 1998).

### ***Introducción de la alimentación complementaria***

El inicio de la alimentación complementaria es un proceso en donde se va avanzando en la introducción de alimentos poco a poco, cucharada a cucharada. Las cantidades iniciales son pequeñas, de 10 a 15 g, que es equivalente a dos o tres cucharadas. Al empezar, se deben mantener esas cantidades por los tres primeros días para ver la reacción del bebé a los nuevos alimentos (Flores-Huerta et al., 2006), de esta forma se podrán observar posibles alergias o intolerancias. Luego puede aumentarse la cantidad, poco a poco, según la edad y la tolerancia del niño (Flores-Huerta et al., 2006; Hernández-Aguilar, 2006). Cuando al niño le salgan los primeros dientes, los alimentos pueden ser de mayor consistencia, pero durante el primer año es mejor no añadir sal ni azúcar a ninguna comida, es preferible la preparación de la fruta natural o las cocciones del alimento a introducir, sin adicionar otros alimentos (Hernández-Aguilar, 2006). Para el primer año se recomienda, primero, dar la comida en forma de purés, papillas, picados y trocitos (Flores-Huerta et al., 2006).

La higiene en la preparación es fundamental; es importante que los alimentos que se le den al bebé sean lavados y bien cocidos, de lo contrario, pueden convertirse en fuentes de infecciones o producir enfermedades diarreicas en el bebé.


En el período de los seis a los doce meses, las comidas procesadas como refrescos o bebidas gaseosas, jugos saborizados, hamburguesas, paquetes, *snakcs* y, en general, las bebidas y comidas procesadas no son recomendadas, ya que no pueden aportarle ningún nutriente al bebé; además, se relacionan con la obesidad, el sobrepeso y el desarrollo de caries. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en sus guías alimentarias enfatiza en este aspecto, pues los alimentos procesados deberían nunca emplearse en la dieta de los niños menores de un año (ICBF, 2013).

En cuanto a la leche entera de vaca, se debe sumar a la dieta del niño luego de los seis meses, ya que si la consume antes, existe la posibilidad de producir alergias; igualmente, si es consumida en grandes cantidades, puede producir anemia (Flores-Huerta et al., 2006).

Para cumplir los objetivos nutricionales del bebé entre los seis meses y el año (véase tabla 3), se han llevado a cabo diversos estudios. Sin embargo, en la población colombiana se destaca el de Olaya y Borrero (2011), donde se dan algunas

recomendaciones específicas para la alimentación complementaria en el primer año de vida. Para comenzar, de los seis a los ocho meses se van introduciendo alimentos como la fruta preparada en forma de puré o compota, sin adición de azúcar. De la misma forma se introducen algunas porciones de carnes también con preparación en puré, molidas o en trozos muy pequeños. Los diferentes alimentos se ofrecen en cuchara sopera, y se introduce uno en cada comida, por ejemplo, cuatro cucharadas de fruta en una comida, una de pollo en otra y así sucesivamente. No es necesario dar grandes volúmenes de estos alimentos en el sexto mes. En el séptimo mes se aumenta un poco la porción y se introducen otros alimentos como la papa y los plátanos hartones. Debe cuidarse no suministrar alimentos como el huevo o el arroz a esta edad. Por su parte, a los ocho meses y hasta los diez, se aumentan las porciones pasando de 1 a 2 cucharadas en la mayoría de los alimentos, según la tolerancia del niño. En ese caso, se da un alimento por comida, pero puede irse cambiando la consistencia e ir pasando del puré a trocitos. Siempre se mantiene una cocción lo más libre de sal, azúcar y condimentos. A los diez meses se introducen el frijol y la lenteja con una preparación no en grano sino macerada y con mayor consistencia que puede ir pasando de trocitos a alimentos desmechados o en trozos un poco más grandes. En la preparación se puede agregar un poco de grasa producida por los alimentos, animal o vegetal para dar consistencia, pero evitar al máximo el uso de sal y azúcar. El aumento de las porciones depende de la tolerancia del niño. Estas recomendaciones pueden darle al lector una idea de la forma de ir introduciendo alimentos y lo que no debe usar en la alimentación del niño pequeño, aunque siempre lo mejor es acudir a expertos en nutrición para definir una buena dieta.

Los alimentos mencionados en la tabla 3, deben consumirse de 4 a 5 veces durante el día por el niño. Esta es una alimentación complementaria a la lactancia materna, debe mantenerse la lactancia, ya que el bebé se encuentra en una etapa de conocimiento y exploración, por tanto es probable que rechace algunos alimentos.

..... 

**Para comenzar, de los seis a los ocho meses se van introduciendo alimentos como la fruta preparada en forma de puré o compota, sin adición de azúcar. De la misma forma se introducen algunas porciones de carnes también con preparación en puré, molidas o en trozos muy pequeños. Los diferentes alimentos se ofrecen en cuchara sopera, y se introduce uno en cada comida**

**Tabla 3.** Alimentos recomendados para la etapa de 6-12 meses

Edad	Alimentos recomendados	Porciones en cucharadas	Alimentos no recomendados
6-8 meses	<p>Frutas: papaya común y hawaiana, guayaba, manzana y mango en compota, puré o en su jugo.</p> <p>Verduras: ahuyama, espinaca, brócoli, coliflor y zanahoria en puré</p> <p>Carnes: carnes de res, hígado de res, hígado de pollo, pernil y pierna de pollo (molida sin adición de sal ni condimentos y con adición de grasa para favorecer consistencia y aporte energético).</p> <p>Tubérculos: al séptimo mes se recomienda adicionar tubérculos como la papa y plátano hartón (puré y trocito) y galleta.</p>	<p>Fruta 4</p> <p>Verdura 1-2</p> <p>Carne de res 1-2 Hígado de res 1-2 Hígado de pollo 1-2 Pollo 1-2</p> <p>A partir del séptimo mes: Papa 1 Plátano hartón 1</p>	<p>Huevo</p> <p>Papa</p> <p>Arroz cocido</p> <p>Pasta cocida</p> <p>Lenteja</p> <p>Fríjol</p> <p>Pan</p> <p>Plátano hartón (antes de los 7 meses)</p> <p>Galletas (antes de los 7 meses)</p>
8-10 meses	<p>Cereales: pasta (espagueti, cabello de ángel y conchitas); arroz (sin adición de sal, ni condimentos).</p>	<p>Fruta 4</p> <p>Verdura 1-2</p> <p>Carne de res 1-2</p> <p>Hígado de res 2</p> <p>Hígado de pollo 1-2</p> <p>Pollo 2</p> <p>Papa 2</p> <p>Plátano hartón 1</p> <p>Arroz cocido 1-2</p> <p>Pasta cocida 1</p> <p>Galleta 1</p>	<p>Huevo</p> <p>Lenteja</p> <p>Fríjol</p> <p>Pan</p>

*(Continúa)*

**Tabla 3.** Alimentos recomendados para la etapa de 6-12 meses (*continuación*)

Edad	Alimentos recomendados	Porciones en cucharadas	Alimentos no recomendados
10-12 meses	Leguminosas: lenteja y frijol con cáscara o sin ella (maceradas).	Fruta 4 Verdura 2 Carne de res 4 Hígado de res 4 Hígado de pollo 3 Pollo 3 Papa 2 Plátano hartón 1,5 Arroz cocido 2 Pasta cocida 2-3 Galleta 1 Frijol 1 Lenteja 1-2	Huevo

Fuente: adaptada de Olaya y Borrero (2011).

La forma como se introducen los alimentos y los alimentos introducidos puede generar algunas reacciones de intolerancia o de alergia. La intolerancia no es una reacción alérgica pero puede producir síntomas clínicos como irritabilidad, excitabilidad, cefalea, vómitos, distensión abdominal, diarrea, dolor, asma o urticaria (Thompson, 1998) o irritación (Saito, 2007). Las reacciones alérgicas se caracterizan por ser reacciones inmunológicas como respuesta exagerada a un alimento dado (Saito, 2007). La leche de vaca es una de las principales causales de intolerancia y alergias; el consumo de este alimento ya sea como leche pura o como fórmulas de leches especiales aumenta el riesgo de estas respuestas, especialmente cuando los padres tienen historial de alergias. También son causantes de estas respuestas la introducción de alimentos sólidos antes de los cuatro meses, la introducción de alimentos potencialmente alérgicos antes del año y tener mascotas o polvo en la casa. Otros alimentos que generan reacciones alérgicas o de intolerancia son los huevos, el trigo, el maní, la soya y el pescado (Saito, 2007). Las frutas y verduras sin cocción pueden generar reacciones alérgicas, pero no son comunes en niños menores de cinco años. Las alergias pueden causar síndromes muy variados de prurito o angioedema de labios, lengua y paladar, glositis, gingivitis, queilitis y faringitis, hipersensibilidad gástrica que consiste en náusea, dolor abdominal,

vómito y posteriormente diarrea, deposiciones con moco y sangre, vómitos, rechazo al alimento y disfagia; en el caso del estómago, dolor abdominal y llenura precoz, cólico, constipación crónica y enfermedades por reflujo (Saito, 2007). Si se presentan estos síntomas después de la ingesta de alimentos, incluso dos horas o más, es necesario consultar al personal de salud.

### **Alimentación del primer año a los tres años**

En esta edad, se presenta una desaceleración del crecimiento, puesto que se están madurando algunas funciones de los órganos digestivos; además, se pierde agua y grasa por lo que disminuyen las necesidades calóricas, pero aumentan las de proteínas para el desarrollo de músculos, huesos y tejidos, por esto, es necesaria una dieta variada para suplir las diversas necesidades nutricionales del niño (Quintana, Mar, Santana & González, 2010). Se recomienda dar una dieta variada y alimentos que sean preferidos por el niño más que obligar a comer alimentos no deseados. Debe cuidarse el balance nutricional y también el consumo excesivo de alimentos bajos en nutrientes o excesivos en sal y azúcar; por ejemplo, muchos alimentos como *snacks*, bebidas colas, gaseosas, dulces, etc., que tienen una alta preferencia por los niños de esta edad (Quintana et al., 2010; Rico, Ruano & Higuero, 2008). En esta edad, el consumo excesivo de azúcar lleva a la desmineralización de los dientes y después a enfermedades dentales y la aparición de caries.

Algunas características del consumo de alimentos en esta edad se describen a continuación (Quintana et al., 2010):

- Aumento de las extremidades inferiores, disminución de la cantidad de agua y grasa, y aumento de la masa muscular y del depósito mineral óseo.
- Puede ingresar gran cantidad de energía en unas comidas en detrimento de otras, con un consumo calórico global normal, por lo que hay que cuidar el consumo de todos los grupos alimenticios.
- Necesidades calóricas bajas por desaceleración del crecimiento.
- Aumento de las necesidades proteicas, por el crecimiento de los músculos y otros tejidos.
- Período madurativo con rápido aprendizaje del lenguaje, de la marcha y de la socialización.
- Ingreso de muchos niños a la guardería o escuela donde una gran parte de ellos aprenden a comer y prueban nuevos alimentos.

- Influencia de los educadores y otros niños en la alimentación.
- A los tres años hay madurez de la mayoría de los órganos y sistemas, similares a los del adulto.
- Finalización de la erupción dentaria temporal.
- Saben utilizar los cubiertos y beben en vaso.
- Cambio negativo en el apetito y en el interés por los alimentos.

El consumo de alimentos en esta edad se fundamenta en proveer la energía y las calorías necesarias para el desarrollo del niño, pero además en introducirlo a la alimentación adulta; aquí, consumir huevos, leche de vaca ya no será una amenaza en el mismo sentido de la etapa anterior. Por el contrario, el consumo de alimentos aumenta y se empiezan a dar porciones con alimentos complementarios entre sí para conformar una comida nutritiva. En esta edad se recomienda el consumo de cereales, frutas, hortalizas, verduras, legumbres, leche, entre otros, y que su consumo sea diario; el huevo y la carne pueden consumirse de forma más ocasional y los *snacks* deben consumirse en pequeñas porciones dado que contienen grasa saturada, colesterol y sal (Quintana et al., 2010; Rico et al., 2008). El consumo de energía es superior en niños que en niñas dado que la masa muscular es mayor (Thompson, 1998).

El consumo de alimentos que provean fibra es importante en esta edad y controlar el consumo de proteínas y de calorías o consumo energético. En estudios comparados se ha encontrado que los niños a esta edad pueden estar consumiendo mucha más proteína y más calorías de las que requieren, por lo que se pueden estar generando tendencias hacia la obesidad cuando sean adultos e incluso obesidad infantil (Dalmau et al., 2015). La formación de hábitos de consumo bajos en sal y azúcar es fundamental en esta edad. Algunas recomendaciones para formar hábitos adecuados son las siguientes (Thompson, 1998):

- Limitar la frecuencia de suministro de los alimentos que sean bebidas azucaradas o alimentos azucarados y no consumirlos en períodos prolongados.
- No usar alimentos dulces o salados como recompensas o como sobornos para que hagan alguna actividad o consuman otro alimento. Tampoco usar esos alimentos como consolaciones.
- Reemplazar alimentos altos en azúcar o sal por otros menos azucarados o salados.

- Evitar reforzar el consumo de alimentos altos en azúcar o salados a través del suministro de postres o de helados y evitar los alimentos preparados que tienen combinaciones de sabores altas en contenido de azúcar o sal como los alimentos empacados tipo snacks.
- Establecer hábitos de limpieza dental periódicos y con uso de crema o pasta dental.
- Ser consciente de los diferentes tipos de azúcares y que en los alimentos vienen varios azúcares, ya sea como componente intrínseco del alimento o como extrínseco. Algunos nombres de los azúcares son glucosa, fructosa, galactosa, sacarosa (azúcar de mesa común), lactosa (azúcar de la leche) y maltosa (producto de la digestión del almidón).

Dada la amplia gama de alimentos con exceso de sal y azúcar, entre ellos las comidas rápidas y los *snacks*, las bebidas procesadas, los dulces y helados, debe tenerse cuidado con su suministro regular. En particular, cuidarse de suministrar aguas azucaradas, leches con adición de azúcar, té o café con azúcar, leches saborizadas, jugos de frutas procesados para niños, salsas, mieles o bebidas de fruta azucaradas, aguas saborizadas, con fructosa u otros azúcares, *snacks* salados, hamburguesas,

perros calientes u otros alimentos preparados con exceso de sal (Thompson, 1998). Aunque no es necesario retirar totalmente estos alimentos, se debe cuidar el exceso de proteínas, azúcares y sales que pueden alterar el adecuado desarrollo de los niños y formar hábitos difíciles de erradicar.

Dado que se forman hábitos alimenticios, se han encontrado factores contextuales que pueden ser importantes en la alimentación de los niños; por ejemplo, debido a la dificultad para masticar algunos alimentos, es necesario ofrecer alternativas de alimentos con diferentes

**En particular, cuidarse de suministrar aguas azucaradas, leches con adición de azúcar, té o café con azúcar, leches saborizadas, jugos de frutas procesados para niños, salsas, mieles o bebidas de fruta azucaradas, aguas saborizadas, con fructosa u otros azúcares, snacks salados, hamburguesas, perros calientes u otros alimentos preparados con exceso de sal (Thompson, 1998). Aunque no es necesario retirar totalmente estos alimentos, se debe cuidar el exceso de proteínas, azúcares y sales que pueden alterar el adecuado desarrollo de los niños y formar hábitos difíciles de erradicar.**



sabores, texturas y colores, sin forzarle el consumo. Puede ser necesario hacer 8 o 10 intentos para lograr que se consuman los alimentos introducidos, por eso es indispensable dedicar un tiempo prudente a la alimentación, para que aprenda a comer con disfrute y sea más sencillo generar hábitos adecuados frente al consumo de alimentos variados y con diferencias en sabores. Estas acciones pueden facilitar la introducción de verduras, cereales y otros alimentos, sin necesidad de usar excesos de azúcar, sal o grasas (Quintana et al., 2010).

### ***Desarrollo de habilidades de alimentación***

Para los niños pequeños en esta edad se desarrollan las habilidades de alimentación, no solo aprenden a comer, sino también a socializar a través de la alimentación, a tener comportamientos socialmente aceptables frente a los alimentos, los sabores, etc.; no es un proceso sencillo, por lo que se requiere de paciencia y de mucha práctica para la formación de tales habilidades. Las habilidades para alimentarse se desarrollan en la medida que se van dando cambios estructurales en el cuerpo, desarrollo de la anatomía del niño y desarrollo de su sistema nervioso central (Stevenson & Allaire, 1991); por esta razón, no se puede pedir a un niño de seis meses que coma de la misma forma que uno de dos años, o pedirle que coja una cuchara y la manipule solo a los seis meses, tampoco que mastique los alimentos. Es importante comprender esta evolución para ayudarle al niño a que tenga una mejor experiencia con los alimentos y, asimismo, evitar que se enferme por malas manipulaciones de los padres.

Entre el año y los dos años se logran avances en la motricidad fina, lo que le permite a los niños agarrar la cuchara o un vaso. Uno de los aspectos más importantes es poder hacer los movimientos para el agarre de pinza, con lo que puede pasar los alimentos de un lado al otro, el cual se logra entre los 10 y 14 meses de edad. Luego el niño logra la coordinación ojo-mano, lo que le permite llevarse alimentos a la boca por sí solo y después la coordinación del movimiento tronco-brazo, con lo que finalmente puede acercarse los alimentos y consumirlos según su interés. Este proceso requiere mucha madurez del sistema nervioso y de la estructura anatómica, por lo que puede tardar entre los 15 y 20 meses (Carruth & Skinner, 2002). La progresión en el desarrollo de las habilidades para alimentarse se presenta en la tabla 4.

**Tabla 4.** Progresión de las habilidades para alimentarse

Habilidad	Rango de meses
Abre la boca cuando la cuchara se acerca o toca los labios	0,50-9,0
La lengua se mueve suavemente hacia adelante y hacia atrás cuando la comida entra en la boca	2,0-10,0
La lengua es utilizada para mover los alimentos a la parte posterior de la boca para tragar	2,0-7,5
Mantiene la comida en la boca y no se vuelve a alimentar	0,50-10,5
Usa la lengua y la boca para explorar formas y texturas de juguetes	3,5-9,5
Trae el labio superior hacia abajo sobre la cuchara para quitar la comida	4,0-16,0
Come alimentos en pequeños trozos sin amordazarlos	4,8-15,5
Mastica alimentos más suaves, mantiene la mayor parte dentro de la boca	6,0-14,0
Mastica alimentos más firmes, mantiene la mayor parte dentro de la boca	4,0-16,0
Mastica y traga alimentos más firmes sin asfixia	7,5-20,0
Mastica alimentos que producen jugo	9,5-23,0

Fuente: adaptada de Carruth & Skinner (2002).

El desorden es inevitable, así que hay que prepararse para él, tener listos los baberos, papel en el piso o protectores de piso como tapetes que se puedan limpiar fácilmente, no usar mangas largas o tenerlas enrolladas (Thompson, 1998). Tampoco podrá evitarse que coman con los dedos. Parte de la forma de reconocer las características de los alimentos es tocarlos y eso aumenta el interés por ellos. Hacia los dos años es más limpio al comer, mastica la comida bien, se alimenta con cuchara y puede tomar bebidas con pitillos. A los tres años ya puede maniobrar los tenedores y empezar a cortar la carne con cuchillo, si le ayudan y logra ser más ordenado y regar menos los alimentos (Thompson, 1998). A los tres años ya logra sentarse a la mesa, pero hay que estar atentos, pues a esa edad en cualquier momento sale a correr o a dar vueltas alrededor y hay que irle enseñando a comer socialmente y no levantarse. Para mantenerlos atentos a la alimentación se recomienda dar porciones pequeñas y distribuidas en un plato y usar alimentos con diferentes colores. Finalmente, debe recordarse que los niños a esta edad aún no logran clasificar bien los alimentos, identificar si son frescos o no, así que hay que tener cuidado con que consuman cosas que pueden creer son alimentos o que se intoxiquen por consumir alimentos dañados o en descomposición, ellos están desarrollando también sus habilidades cognitivas para reconocer los alimentos y generar sus preferencias (DeJesus, Kinzler & Shutts, 2018).

## **Alimentación de los tres años a los cinco años**

En esta etapa inicia la edad del preescolar; durante este período el niño aumenta de peso cerca de 2 kg y 7 cm de talla al año y consume alimentos cinco veces al día. Esta edad es de gran importancia para distintos procesos de desarrollo en el niño; además, en esta edad se expresa la relación de la talla de los niños con la de sus padres, entonces es cuando se regula el crecimiento y este varía de acuerdo con factores heredados (de los padres o familiares) y de factores ambientales (hábitos alimenticios) (Santiago, Fernández, Esquirol & Sánchez, 2007).

A partir de los alimentos que el niño ya ha probado y los alimentos que frecuentemente se comen en su familia, el niño preescolar consolida sus hábitos alimenticios; es decir, que se fortalece el consumo de algunos alimentos como parte de su dieta y probablemente esta será su dieta en la adultez. Se debe tener en cuenta que en la edad preescolar, los niños reciben alimentos en el colegio y también estos tienen un papel influyente en la formación de hábitos (Silva, 2004).

Uno de los riesgos es que tanto en la alimentación en casa como los alimentos que se envían en la lonchera, sean alimentos ultraprocesados (endulzados, comidas rápidas, grasas, alimentos fritos, gaseosas y alimentos de paquete), lo que provoca un exceso de energía almacenada y contribuye al aumento de peso (Guzmán & Pérez, 2015). Esto se agrava a la luz de estadísticas de nutrición en donde un alto porcentaje de colombianos no consumen a diario ni cereales, frutas y tampoco verduras; sin embargo, si consumen al menos una comida rápida a la semana, a diario consumen gaseosas, alimentos de paquete, golosinas y alimentos fritos (ICBF, 2015). También debe tenerse en cuenta la sal, esta se encuentra naturalmente en los alimentos y también se encuentra en los alimentos procesados industrialmente, algunos de estos son los embutidos (salchichón, mortadela, chorizo, salami, salchichas, etc.), salsas, carnes, entre otros. El alto consumo de sal, el sobrepeso y el sedentarismo hacen más probable sufrir de hipertensión arterial y son riesgos para morir por enfermedades cardiovasculares (Saieh & Lagomarsino, 2009). Como en la edad anterior, la formación de hábitos es crucial para que los niños crezcan sanos y sin secuelas nutricionales para su adolescencia y adultez.

En esta edad se estabiliza el crecimiento de los niños, teniendo bajas necesidades energéticas. Es posible que los niños manifiesten poco interés por los alimentos y tengan ingestas bajas. También inician el uso de cuchillos para cortar los alimentos, con lo que pueden consolidarse hábitos de consumo de alimentos en la

mesa familiar (Quintana et al., 2010). Los niños en esta edad tienden a imitar los comportamientos de sus familiares, por lo que la alimentación es una oportunidad para educar en muchos aspectos, pero también de formar comportamientos inadecuados de nutrición, así que se deben considerar estos aspectos del desarrollo al momento de planear la alimentación.

A esta edad puede consultarse la pirámide alimenticia recomendada para indicar los alimentos y porciones; sin embargo, debe tenerse en cuenta el balance nutricional y las calorías necesarias según el nivel de actividad del niño y la relación de talla y peso corporal. En la tabla 5 se mencionan las porciones generalmente recomendadas.

**Tabla 5.** Porciones diarias recomendadas para niños entre los 3 y 5 años

Grupo alimenticio	Porciones
Carne, pescados y alternativas	2
Leche y derivados lácteos	3
Pan, otros cereales y papas	4
Frutas y vegetales	2 frutas y 2 vegetales
Grasas y azúcares	2 cantidades moderadas de grasas

Fuente: adaptada del ICBF (2015).

Es importante considerar (como los *snacks*) algunos alimentos que proveen valor nutricional y pueden ser suministrados fácilmente cuando el niño quiere comer entre comidas principales o para llevar en la lonchera. Dentro de los *snacks* saludables se encuentran las tajadas de pan y tostadas, galletas, preparaciones con avena, alimentos envueltos en forma de bollos, rollos o con cobertura de harina, zanahorias, bananas, manzana, kiwi, productos preparados con pasas, maní, entre otros (Thompson, 1998).

### ***Manejo de las dificultades para comer***

En los niños suelen presentarse algunas dificultades para comer, en la mayoría son episodios esporádicos a los que se puede dar soluciones sencillas como intentar suministrar el alimento en otro momento, o ayudarlo a disfrutar el alimento al momento de consumirlo. Sin embargo, en algunos casos, las dificultades para alimentar al niño se vuelven más frecuentes y más severas; por esta razón, hay que estar atento al tipo de problemática que se está presentando y consultar al personal de

salud. Para ilustrar los tipos de dificultades a las que tenemos que prestar más atención, usaremos la clasificación propuesta por Kerzner et al. (2015) (véase tabla 6).

**Tabla 6.** Clasificación de dificultades para comer en niños

Dificultad y subtipos	Descripción	Recomendación de manejo
<p><b>Niño con apetito limitado</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Percepción errónea</li> <li>2. Niños enérgicos y activos con apetito limitado</li> <li>3. Niños apáticos y retirados</li> <li>4. Niños con enfermedad orgánica</li> </ol>	<p>Parecen comer poco respecto a los que comen normalmente, en algunos casos están más interesados en jugar que en comer y no se logra fácilmente que se sienten a comer. En los apáticos pueden ser niños inactivos, desinteresados y se observa desnutrición evidente</p>	<p>Es necesario que los cuidadores diferencien entre sus percepciones de hambre y saciedad del niño. Es necesario que se identifique si el crecimiento es normal para el niño con esa ingesta. Formar hábitos de horarios de alimentación para facilitar la aparición de hambre. No dar más de cinco comidas al día, solo con agua entre ellas. Limitar el horario de alimentación a 20 min o 30 min por ingesta. Aplicar tiempos si se levanta de la mesa. Revisar la alimentación apropiada para la edad. Dar soporte emocional. Introducir nuevos alimentos.</p>
<p><b>Niños selectivos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Percepción errónea</li> <li>2. Selectividad leve</li> <li>3. Selectividad alta</li> <li>4. Niños con trastorno orgánico</li> </ol>	<p>Se encuentran los niños que son juzgados como que comen menos alimentos que los demás y rechazan alimentos pero su consumo es adecuado para su desarrollo y peso, pueden verse un poco más pequeños y pueden catalogarse como quisquillosos al comer</p>	<p>Enseñar expectativas razonables a los padres sobre los consumos de alimento. Introducir nuevos alimentos, presentándolos 8 o 10 veces sin presiones hasta que se logre la prueba. Usar salsas para mejorar el sabor de las verduras. Dar nombres a los alimentos para hacerlos atractivos. Encadenar alimentos para que se introduzcan nuevos o no deseados con deseados. Ensayar nuevos sabores y preparaciones. No dar siempre el mismo alimento y de la misma forma, pues se generan fobias.</p>
<p><b>Niños con miedo a alimentarse</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Percepción errónea</li> <li>2. Miedo a alimentarse en el infante</li> <li>3. Miedo a alimentarse en otros niños mayores</li> <li>4. Niños con trastorno orgánico</li> </ol>	<p>Es una reacción severamente aversiva asociada a alguna experiencia de alimentación. Puede presentarse por miedo a alimentarse después de un solo evento, notablemente aversivo; miedo de alimentarse cuando ha sido sometido a dolor o procedimientos orales desagradables; y miedo de alimentarse por falta de experiencia, o sentirse amenazado cuando la comida es dada por vía oral.</p>	<p>Tranquilizarse. Evaluar qué causa la ansiedad en el niño. Aliviar la ansiedad en el que alimenta. Tranquilizar al niño para reducir su ansiedad. Modificar el ambiente en que se alimenta. Tratar el dolor si está asociado. Realizar pequeñas recompensas por comer. Usar distractores. Detectar la comida retenida en las mejillas. Puede requerirse tratamiento médico para evitar desnutrición.</p>

(Continúa)

**Tabla 6.** Clasificación de dificultades para comer en niños (*continuación*)

Dificultad y subtipos	Descripción	Recomendación de manejo
<b>Estilo de alimentación del cuidador</b>	Existen estilos de alimentación en los cuidadores que facilitan o inhiben la disposición a comer: controlador, indulgente y negligente.	Divida la responsabilidad, el alimentador determina dónde, cuándo y de qué se alimenta el niño; el niño determina cuánto comer. Guíe al niño comiendo en lugar de controlarlo. Establezca límites, no alimente cada vez que lo demande el niño, dé un modelo apropiado para comer, hable de manera positiva sobre la comida y responda a las señales del niño. Arregle el horario para inducir apetito y recompense el logro de metas, pero no recurra a lo desagradable o coercitivo.

Fuente: adaptada de Kerzner et al. (2015).

El manejo de las situaciones depende, en mucho, del tipo de dificultad que se presente. Debe tenerse en cuenta que algunas dificultades son, en realidad, percepciones erróneas de los padres. Es una percepción errónea si el niño está avanzando adecuadamente en su desarrollo, motivo por el cual es necesario hacer controles pediátricos para descartar un problema de alimentación si no lo hay. También se pueden presentar percepciones erróneas cuando se dan etapas de menor apetito, esto ocurre después de los dos años y puede variar mucho entre edades, días y actividades. Si no es una expectativa errónea o una percepción equivocada, es necesario descartar un problema orgánico. Si el problema es orgánico, deberá recurrirse al personal de salud. Si el problema no es orgánico, es necesario hacer los ajustes comportamentales del caso, un psicólogo puede ayudar en esa tarea, aunque también se pueden hacer ajustes directamente por los cuidadores. Lo que sí es importante es evitar que las dificultades de alimentación se conviertan en cuadros de desnutrición o en problemas alimentarios de mayor gravedad que van a afectar el resto de la vida al individuo, pudiendo convertirse en trastornos, anorexia, obesidad u otras enfermedades como las cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias, etc. Para una revisión de posibles desencadenantes de trastornos, véanse Taylor, Wernimont, Northstone y Emmett (2015).

## Referencias bibliográficas

- Abellán, G. B., Hidalgo, J. D. L. T., Sotos, J. R., López, J. L. T., & Jiménez, C. L. V. (2016). Alimentación saludable y autopercepción de salud. *Atencion primaria*, 48(8), 535-542.

- Asociados, C. (2007). Primer consenso nacional sobre alimentación en el primer año de la vida. *Acta Pediátrica de México*, 28(5).
- Barrio, J., Díaz-Martín, J. J., Manrique, I., Martínez, B. M., & Ortega, E. (2015). Consenso experto sobre los aspectos nutricionales de las leches infantiles de inicio y continuación. *Anales de Pediatría*, 83(6), 376-386.
- Bouquet, R. I., & Londoño, A. P. (2011). Lactancia materna versus lactancia artificial en el contexto colombiano. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9(1), 6-15.
- Carruth, B. R., & Skinner, J. D. (2002). Feeding behaviors and other motor development in healthy children (2-24 months). *Journal of the American College of Nutrition*, 21(2), 88-96.
- Dalmau, J., Peña-Quintana, L., Moráis, A., Martínez, V., Varea, V., Martínez, M. J., & Soler, B. (2015). Análisis cuantitativo de la ingesta de nutrientes en niños menores de 3 años. Estudio Alsalma. *Anales de Pediatría*, 82(4), 255-266.
- DeJesus, J. M., Kinzler, K. D., & Shutts, K. (2018). Food cognition and nutrition knowledge. In *Pediatric food preferences and eating behaviors* (pp. 271-288). Academic Press.
- Flores-Huerta, S., Martínez-Andrade, G., Toussaint, G., Adell-Gras, A., & Copto-García, A. (2006). Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad: bases técnicas. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 63(2), 129-144.
- Grummer-Strawn, L. M., Zehner, E., Stahlhofer, M., Lutter, C., Clark, D., Sterken, E., ... & WHO/UNICEF NetCode. (2017). New World Health Organization guidance helps protect breastfeeding as a human right. *Maternal & child nutrition*, 13(4), e12491.
- Guzmán, M., & Pérez, C. (2015). Factores socioeconómicos, demográficos, institucionales y familiares asociados con exceso de peso en niños de 2 a 5 años asistentes a los jardines infantiles de Envigado-Colombia, 2014-2015. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 17(2), 125-140.
- Hernández-Aguilar, M. T. (2006). *Alimentación complementaria. Curso de actualización pediatría*. Madrid: Exlibris Ediciones.

- ICBF. (2013). *Guías alimentarias basadas en alimentos para mujeres gestantes, madres en período de lactancia y niños y niñas menores de 2 años*. Recuperado de [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/files/GABAS\\_MENORES2-ICBF.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/files/GABAS_MENORES2-ICBF.pdf).
- ICBF. (2015). *Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años*. Colombia.
- Jiménez, R., Curbelo, J. L., & Peñalver, R. (2005). Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante. *Colombia Médica*, 36(4 Supl 3), 19-25.
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W. C., Berall, G., Stuart, S., & Chatoor, I. (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, peds-2014.
- Martín, F. A., & De Celis, M. J. C. II. (2015). Lactancia artificial. En Rivero, M. et al. (2015). *Libro blanco de la nutrición infantil en España*. España: Universidad de Zaragoza.
- Olaya, G., & Borrero, M. L. (2011). Propuesta para la formulación de pautas para la alimentación complementaria del niño lactante de 6 a 12 meses. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 11(2), 139-151.
- Quintana, L. P., Mar, L. R., Santana, D. G., & González, R. R. (2010). Alimentación del preescolar y escolar. En *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica SEGHNPAEP* (pp. 297-305).
- Rico, J. C. S., Ruano, A. G., & Higuero, N. S. (2008). La alimentación infantil desde el período neonatal hasta la adolescencia. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 15, 7-36.
- Roy, M. R. (2006). El destete natural. *Medicina Naturista*, (10), 161-167.
- Saieh, C., & Lagomarsino, E. (2009). Hipertensión arterial y consumo de sal en pediatría. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(1), 11-20. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000100002>.
- Saito, A. M. (2007). Alergia e intolerancia alimentaria, manifestaciones gastrointestinales. *Rev. Peru. Pediatr*, 60, 2.



- Santiago, A. M., Fernández, N. R., Esquirol, L. J., & Sánchez, P. I. (2007). La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. *Revista Cubana de Pediatría*, 79(4).
- Silva, J. C. (2004). Alimentación en la primera infancia. *Anales de Pediatría Continuada*, 2(6), 351-359.
- Stevenson, R. D., & Allaire, J. H. (1991). The development of normal feeding and swallowing. *Pediatric Clinics of North America*, 38(6), 1439-1453.
- Taylor, C. M., Wernimont, S. M., Northstone, K., & Emmett, P. M. (2015). Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*, 95, 349-359.
- Thompson, J. (1998). *Nutritional requirements of infants and young children: Practical guidelines*. Wiley-Blackwell.