

ARTÍCULO ORIGINAL

HÁBITOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS CON FALLA PARA PROGRESAR

ZULEMA JIMÉNEZ SOTO*

RESUMEN

La Falla para Progresar (FPP), es una patología que se presenta con mucha frecuencia entre la población infantil. Una parte muy importante de su tratamiento es un adecuado manejo nutricional, para esto es de vital importancia contar con datos sobre los hábitos alimentarios que presentan estos niños. El presente estudio tuvo como fin, evaluar los hábitos de alimentación que presentan niños con FPP antes y después de una intervención nutricional. La población blanco estuvo constituida por todos los niños con FPP referidos para tratamiento al INCIENSA, la muestra la formaron aquellos niños que presentaban FPP con más de dos visitas de control en la consulta externa y cuyas madres llenaron correctamente el registro diario de consumo de alimentos durante tres días, antes (visita de control 1, n=76) y después (visita de control 2, n=42) del tratamiento. Los principales malos hábitos alimentarios detectados fueron un consumo frecuente de sopas y un alto consumo de leches. La intervención nutricional se orientó hacia la disminución de estos dos componentes y hacia el aumento en el consumo de harinas y otros alimentos energéticos en la forma de postres preparados a base de harinas y carbohidratos simples. En general, se logró disminuir el consumo de sopas y leche, pero esta reducción fue significativa solo para la primera ($p < 0.05$), se aumentó significativamente el consumo de postres y de pan ($p < 0.05$). El identificar hábitos alimentarios fáciles de cambiar para mejorar la ingesta energética de niños con FPP es importante ya que, esta información se puede utilizar para apoyar los programas de recuperación de estos niños que son brindados por los Centros de Salud del Ministerio de Salud y por las Clínicas y Hospitales de la CCSS, y así obtener mejores resultados.

Palabras clave: **Hábitos alimentarios, Falla para Progresar.**

SUMMARY

Failure to thrive (FTT) is a common syndrome in infants. For the management of the children, an adequate nutritional treatment is necessary, so it is very important to determine and promote good eating habits to achieve a better nutritional condition. This study included 76 children in the initial control visit and 42 in the second one with failure to thrive and recorded their food intake and habits using a three days recall. High consumption of soup and milk were detected as inadequate habits. The nutritional intervention intended to decrease the intake of these kinds of foods and increase the intake of starch and certain desserts. With nutritional counseling a statistically significant decrease in the intake of soup was obtained ($p < 0.05$) the consumption of milk also decrease but this was not significant. The intake of bread and desserts increased significantly. It is important to identify foods habits in children with FTT not only for their specific treatment but also to modify inadequate habits in the infant population.

Key Words: **Food habits, Failure to thrive**

* Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Tres Ríos, Cartago, Costa Rica.

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones en el crecimiento infantil siempre han sido motivo de preocupación entre el personal de salud, en consecuencia, muchos de los programas y acciones de prevención que se realizan, se ubican en el control del crecimiento y desarrollo del niño menor de 6 años y en la corrección de las alteraciones que se detectan.

Tradicionalmente, los niños que presentan déficit de peso se han clasificado como desnutridos y este es el parámetro que se utiliza para definir si necesitan o no atención. Sin embargo, en la actualidad se está trabajando también con el concepto de Falla para Progresar (FPP).

La FPP se define como un retardo en el crecimiento físico que puede conducir a diversos grados de desnutrición(1). Dentro de éste término, se incluyen los niños con un peso menor de 80% del valor promedio o inferior al tercer percentil de la clasificación de peso para edad y a todos aquellos niños que retardan su propia curva de crecimiento (2).

Un elemento muy importante en el tratamiento del niño con FPP, es un adecuado manejo nutricional (3). Para lograrlo, es recomendable disponer de datos sobre los hábitos alimentarios de estos niños, con el fin de identificar aquellos que se deban fomentar o modificar, para mejorar el consumo de alimentos necesario para alcanzar la recuperación nutricional. Esta información también sería de gran utilidad para apoyar los programas de atención al niño del país, ya que permitiría identificar aquellos aspectos relativos a las prácticas de alimentación infantil que están incidiendo sobre un adecuado crecimiento y desarrollo.

Existen muchas definiciones sobre el concepto de hábitos alimentarios, una de las más completas

es la que dice que son un complejo de actitudes y prácticas relacionadas con alimentos, que se aprenden a lo largo de la vida, por medio de la enseñanza de los padres u otras personas, pero especialmente por la imitación del comportamiento (4). Están íntimamente relacionados con una serie de acciones o normas de conducta dadas por prácticas rituales o religiosas, tabúes y tradiciones que giran alrededor de los alimentos (5).

Diversos estudios señalan una serie de factores que condicionan los hábitos alimentarios en la población, entre ellos, se ubican el nivel socioeconómico y cultural, la educación, los conocimientos alimentarios, el sexo, la raza, el estado fisiológico, la edad y diversos estados patológicos (6, 7).

Modificar hábitos alimentarios es un proceso muy difícil y complicado, por ello en general, cuando se trata de educar alimentariamente a la población siempre se trata de respetar sus costumbres y creencias pues, no tomarlos en cuenta podría significar el fracaso de cualquier intervención (5,8).

En Costa Rica, se cuenta con poca información sobre hábitos alimentarios y básicamente está representada por algunos estudios de investigación en comunidades o grupos de población específicos (9 - 13), por información aportada por las encuestas nacionales de nutrición y por los datos reportados en las encuestas de consumo aparente del Ministerio de Salud (14, 15, 16).

El propósito del presente estudio, fue el de establecer los hábitos alimentarios de niños con Falla para Progresar, identificar aquellos que debían modificarse y determinar si ello es posible mediante educación nutricional.

METODOLOGÍA

La población en estudio estuvo constituida por todos aquellos niños, referidos por los Centros de Salud del Ministerio de Salud y por las clínicas y hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social, al programa de "Detección y manejo de niños con Falla para Progresar" del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).

Los criterios de selección fueron los siguientes:

- Cumplir con los criterios de diagnóstico de FPP.
- Tener más de dos visitas en la consulta externa de FPP.

Durante el lapso en que eran atendidos en la consulta, los niños recibían tratamiento integral dado por un equipo de salud constituido por un pediatra, un nutricionista, un psicólogo y un trabajador social (3).

Con el fin de determinar los hábitos alimentarios, se entregó a cada madre, un formulario para que anotara en él, todo lo que el niño comía durante tres días. La encargada del presente proyecto, explicaba detalladamente a la madre o responsable, la forma correcta de llenar este formulario. Adicionalmente, se les entregaba un instructivo con este mismo fin. Este formulario, debían traerlo lleno para la primera consulta y en todos los controles. La información que anotaban las madres, era revisada y corroborada por la nutricionista. Para efectos del presente proyecto, se evaluaron únicamente el formulario de la primera y el de la última cita.

Con la información reportada, se procedió a agrupar los alimentos consumidos por tipos de preparaciones en: sopas, jugos, gelatinas, huevos, carnes (res, cerdo, pescado, pollo y embutidos, vísceras),

vegetales no harinosos (chayote, repollo, tomate, etc), vegetales harinosos (camote, papa, yuca, etc), panes, otras harinas (arroz, avena, frijoles, maicena, tortillas, etc), frutas, atoles, postres y golosinas. No se realizaron más desagregaciones pues los grupos quedaban con muy poca representatividad. Se determinó también, el número de tomas de leche y las kilocalorías y proteínas consumidas en promedio por día.

Para el análisis de los datos se realizaron pruebas de estadística descriptiva y para establecer diferencias entre el consumo inicial y final, pruebas de t de Student.

RESULTADOS

De los doscientos cincuenta y dos niños referidos al programa de FPP del INCIENSA, por los Centros de Salud, clínicas y hospitales, ciento veintitrés no cumplieron con los criterios de selección. A los ciento veintinueve restantes, se les entregó y explicó el formulario de control de ingesta, sin embargo, solamente setenta y seis lo llenaron bien al inicio del tratamiento (visita control 1) y de estos solo cuarenta y uno al finalizar el mismo (visita de control 2). En el cuadro 1, se puede observar la distribución por grupos de edad de los niños evaluados. Para facilitar la presentación en los cuadros, los niños se clasificaron en cinco grupos de edad de la siguiente forma:

- grupo 0 = 0 - 1 año
- grupo 1 = > 1 - 2 años
- grupo 2 = > 2 - 3 años
- grupo 3 = > 3 - 4 años
- grupo 4 = > 4 años

Como se puede observar en el cuadro 1, la mayoría de los niños evaluados eran mayores de 2 años. El período promedio entre la evaluación inicial y final fue de 75 días.

Cuadro 1
Distribución por grupos de edad de los niños evaluados.
Costa Rica, 1991.

Grupo de edad	Control 1		Control 2	
	n	%	n	%
0	4	5.3	2	4.9
1	8	10.5	4	9.8
2	30	39.4	13	31.7
3	17	22.4	12	29.2
4	17	22.4	10	24.4
TOTAL	76	100	41	100

En el cuadro 2, se muestra la frecuencia de consumo promedio y el porcentaje de niños que consumieron de los diferentes grupos de alimentos, durante los tres días los reportados en el registro de alimentos, al inicio y al final del tratamiento.

Se observa una alta frecuencia de consumo de pan que aún así, logra aumentarse significativamente luego de la intervención. Con esta frecuencia de consumo, se puede notar que el fuerte de la alimenta-

Cuadro 2

Frecuencia de consumo y porcentaje de niños con FPP que consumieron los grupos de alimentos al inicio y al final del tratamiento.
Costa Rica, 1991.

Grupo de alimento	Periodo inicial (n = 76)		Periodo final (n = 41)	
	Consumo*	%	Consumo*	%
Sopas	1.21± 0.49**	68	0.34± 0.36	59
Jugos	0.97± 0.63	50	0.64± 0.34	34
Gelatina	0.59± 0.37	37**	0.58± 1.09	29
Huevos	0.36± 0.16**	72	1.23± 0.52	71
Carnes	2.24± 0.95	87	2.50± 0.48	90
Vegetales no harinosos	1.10± 0.60	55	1.32± 0.47	68
Vegetales harinosos	2.53± 0.81	86	2.52± 0.53	88
Pan	3.44± 0.91**	93	4.39± 0.56	95
Otras harinas	5.21± 2.61	92	5.76± 1.27	98
Frutas	2.92± 1.09	88	3.03± 1.45	93
Atoles	0.27± 0.21	22	0.63± 0.82	17
Golosinas	0.48± 0.26	36	0.32± 0.30	24
Postres	0.18± 0.17**	54	0.7± 0.48	54
N° tomas de leche	7.42± 4.88	72	4.51± 2.93	71

* Expresado como frecuencia de consumo promedio durante tres días ± DE.

** p < 0.05 en comparación con el valor final.

ción lo están aportando las harinas de todo tipo y la leche.

Con respecto al número de niños que consumían los diferentes grupos de alimentos, observamos que existe diferencia estadísticamente significativa únicamente con respecto a la cantidad de niños que consumían gelatina al inicio y al final del tratamiento.

El cuadro 3, muestra los grupos de edad con mayor y menor frecuencia de consumo de los distintos grupos de alimentos, al inicio del estudio.

Cuadro 3

Grupos de edad con mayor y menor frecuencia de consumo inicial de los diferentes grupos de alimentos. Costa Rica, 1991.

Grupo alimento	GRUPO DE EDAD	
	frecuencia >	frecuencia <
Sopas	1 y 2	4
Jugos	0	3 y 4
Gelatina	0	1
Huevos	0 y 2	1
Carnes	0 y 4	1
Vegetales no harinosos	4	1
Veget harinosos	1 y 2	3
Pan	4	1
Otras harinas	0	1
Frutas	0	1
Atoles	0	1
Golosinas	4	0
Nº tomas de leche	0 y 1	4
Consumo Kcal**	0	1
Consumo prot.**	0	1

* Vegetales no harinosos.

**Consumo total diario.

Se nota una tendencia a que sean el grupo 0 y el 1 los que prevalecen con mayor y menor consumo respectivamente de los diferentes grupos de alimentos.

A pesar de que tanto el grupo 0 como el 1 representaron la mayor frecuencia de consumo de leche, en el grupo 0 todos los niños tomaban leche y todos consumen igual número de tomas mientras que el grupo 1, al hacer el análisis solo entre los que la tomaban encontramos un consumo promedio de 5.3 tomas de leche por niño al día.

Las madres de los niños que tenían los mayores consumos de leches consideraban que este pro-

ducto era "alimenticio" y que el reducir su cantidad iba a afectar el peso del niño.

El consumo promedio diario de kilocalorías y proteínas al inicio y al final del estudio fue de 1012 ± 290 Kcal y 1176 ± 85 Kcal y 23.18 ± 9.83 gramos y 35.18 ± 3.35 gramos de proteína respectivamente, siendo significativo solo el aumento en el consumo protéico.

CONCLUSIONES

A pesar de que es difícil cambiar hábitos alimentarios, el estudio nos muestra que hay algunos que pueden ser influenciados más fácilmente que otros.

La intervención nutricional se orientó hacia aumentar el consumo calórico y al cambio de hábitos alimentarios inadecuados. Entre los malos hábitos que se encontraron estaban: el consumo de sopas, gelatinas, golosinas y un consumo muy elevado de leche, sin embargo, con la intervención nutricional se logró una disminución significativa solo en el caso de las sopas.

Este hecho es de gran importancia ya que, la mayoría de las veces, de estas preparaciones se les da a los niños únicamente el agua que es pobre en nutrientes y calorías y muchas veces sustituye a alimentos más energéticos (5).

Esta costumbre de utilizar sopas para la alimentación de los niños probablemente esté motivada por la creencia de las madres de que este es un alimento "liviano" (11) y por lo tanto, no le va a caer mal al niño.

El elevado consumo de leche puede estar generado por la creencia de las madres de que este producto nutritivo" o sea que es bueno para que

su niño crezca y se desarrolle normalmente (11), la recomendación de disminuir el número de tomas de leche, fue la más difícil de explicar a la madre y a la que opusieron mayor resistencia, posiblemente no solo porque es un hábito muy arraigado y común en nuestra población (15), sino también porque el uso del biberón facilita la labor de la madre, sobre todo en niños inapetentes.

También, esta costumbre puede estar siendo apoyada por los programas de "Repartición de leche" del Ministerio de Salud en los cuales a las madres de niños mayores de un año con problemas socioeconómicos se les regala leche en polvo.

Para tratar de aumentar el aporte calórico de la dieta se recomendó a la madre aumentar el consumo de harinas de todo tipo y de postres, entendiéndose este último, como alguna preparación dulce pero que incorporara algún tipo de alimento rico en carbohidratos complejos.

La única harina cuyo consumo aumentó significativamente fue el pan, este es un producto al que tiene acceso la mayor parte de la población de las áreas urbanas y semiurbanas. Esta costumbre de consumir pan que presenta nuestra población en las últimas décadas (14, 15), es alarmante pues genera egreso de divisas, ya que el trigo es un producto que tenemos que importar y cuyo precio va a seguir aumentando. Por lo contrario, podemos suponer que un aumento en el precio del pan, generaría una disminución en su consumo que podría afectar el estado nutricional de la población infantil.

Con respecto al consumo de carnes, en vista de que el aporte protéico de la dieta inicial era adecuado, no se trata de aumentar su consumo, únicamente se trata de que los niños que no las comían las incorporaran en su alimentación aunque fuese en pequeñas cantidades.

Algunos hábitos que se trataron de reforzar fueron el consumo de frutas y de vegetales no harinosos, en ambos casos se logro aumentar la frecuencia de consumo y el número de niños que las ingerían, aunque no significativamente, sin embargo, el consumo de vegetales sigue siendo bastante bajo, la última encuesta nacional de nutrición muestra también esta tendencia en los niños menores de 6 años (15).

Al analizar la frecuencia de consumo por grupos de edad, se observa que el de los niños menores de un año son los que consumen con más frecuencia la mayoría de los grupos de alimentos y los que tienen el mayor consumo calórico y protéico. Probablemente, esto se deba a que los programas de educación nutricional hacen mayor énfasis en la alimentación del niño durante el primer año de vida.

En el extremo contrario encontramos a los niños de uno a dos años que son los que tienen la menor frecuencia de consumo y el menor consumo calórico y protéico. Se ha hablado sobre la desapetencia que presentan los niños luego del primer año de edad (17), sin embargo, se considera que este no debe ser el único factor que este influenciando este hecho. Para poder determinar claramente la causa de esta alteración en los niños de este grupo de edad, sería necesario un estudio más exhaustivo y de tipo sociológico.

El consumo de golosinas es mayor en el grupo 4, posiblemente debido a que tienen más acceso a comprar ellos "directamente" este tipo de productos. No obstante, en todos los niños la frecuencia de consumo de estos, es relativamente baja.

A pesar de que la instrucción a la madre, estaba orientada hacia el aumento en el consumo calórico, el cambio en este rubro fue positivo pero no significativamente, esto está influenciado por dos

hechos, primero, que una gran parte de los niños atendidos presentaban "desapetencia", esto quiere decir que rechazaban los alimentos y segundo, que el hecho de eliminar el exceso de leche en algunos de los niños hacía que se redujera el aporte calórico, algo semejante encontraron Morrice Ay cols., en un trabajo realizado en niños con Falla para Progresar (18).

El aumento en la ingesta protéica, puede estar influenciado por el aumento en el consumo de pan, huevos y carnes principalmente, aunque la intervención nutricional no tenía este fin.

En conclusión, en este estudio se encontró que los hábitos alimentarios inadecuados que se afectan más fácilmente con la intervención nutricional, son el consumo de caldos, sopas y el de gelatina y para fomentar o mejorar el consumo calórico, es más sencillo recomendar aumentar el pan y los postres que otro tipo de alimentos. Cabe destacar que el aumento en el consumo de huevos, que en ningún momento fue estimulado, puede ser más bien un hábitos inadecuado que es importante tomar en cuenta.

AGRADECIMIENTO:

Deseo agradecer a la Diplomada en Nutrición, Sonia Guzmán Padilla, por su apoyo técnico durante la realización de este documento.

BIBLIOGRAFIA

1. Goldbloom R.B. Failure to thrive. *Pediatr Clin North A* 29: 151-166, 1982.
2. Peterson K E, Washington J, Rathlren J M. Team management of failure to thrive *J Am Diet Assoc* 84: 810-815, 1984.
3. Morice AC, Jiménez Z, Fonseca R, Alfaro V. Tratamiento del retardo en el crecimiento (Falla para Progresar). *Bol Hosp Infan Mex* 46: 567-571, 1989.
4. Pinzón A. Hábitos alimentarios y evolución de la dieta de los pacientes diabéticos que asisten a la clínica dietética del Hospital Santo Tomás. Tesis Licenciatura en Nutrición. Universidad San Carlos de Guatemala. INCAO/CESNA. Escuela Nutrición Guatemala, 1987.
5. Bourges H. Costumbres, prácticas y hábitos alimentarios deseables e indeseables. *Arch Latinoam Nutr* 38: 766-779, 1988.
6. Head M K. A nutrition education program at three grade levels. *J Nutr Educ* 6: 56-60, 1974
7. Wyant K W and Meiselman H L. Sex and race differences in food preferences of military personnel. *J Am Diet Asso* 84: 169-175, 1984.
8. Kanffmann N A, Poznonski R and Guggenheim. Eating habits and opinions of teen - agers on nutrition and obesity. *J Am Diet Assoc* 6: 264-268, 1975.
9. Jiménez Z. Análisis de hábitos alimentarios de personas diabéticas del Cantón de Coronado. *Rev Cost Cienc Med* 9: 131-137, 1988.
10. Monge R. Evaluación de la situación alimentaria y nutricional del Area Metropolitana de San José: 1982-1987. Tesis de Licenciatura en nutrición. Universidad de Costa Rica, 1988.
11. Murillo S, Brenes H. Prácticas y creencias en Nutrición y Salud de madres rurales costarricenses. *Rev Cost Cienc Med* 6: 17-28, 1985.
12. Sedó, P. Descripción de hábitos alimentarios y factores asociados, seguidos por mujeres entre 55 años y más, durante los períodos de embarazo, posparto y de lactancia en diferentes comunidades costarricenses. Tesis Licenciatura en Nutrición. Universidad de Costa Rica. Escuela de Nutrición. Costa Rica, 1990.
13. Vásquez E. Diagnóstico de las prácticas alimentarias de la adolescente embarazada que asiste a la consulta de ginecología y obstetricia del Hospital México. Tesis de Licenciatura en Nutrición. Universidad de Costa Rica. Escuela de Nutrición. Costa Rica, 1989.
14. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición de 1978. Evaluación Dietética. Departamento de Nutrición. Costa Rica, 1986.
15. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición de 1982. Evaluación Dietética. Departamento de Nutrición. Costa Rica, 1986.
16. Ministerio de Salud. Encuesta de consumo aparente. Departamento de - Oficina Nutrición. Oficina Estadística y Censo del Ministerio de Economía Costa Rica, 1990.
17. Kao M. Nutrition in childhood and adolescence. In: *Manual of Pediatric Nutrition*. Boston/Toronto: Little Brown and Co..
18. Morice A C, Jiménez Z. Impacto del manejo en equipo del niño con FPP. (Manuscrito) 1991.