



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROMOCIÓN DE BUENOS HÁBITOS ALIMENTICIOS,
PARA LA PRESERVACIÓN DE UNA CORRECTA
SALUD BUCAL EN NIÑOS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

YUSIN ALETHIA FLORES VALENCIA

TUTOR: Mtro. VICTOR MANUEL DÍAZ MICHEL

ASESORA: Mtra. ALEJANDRA GREENHAM GONZÁLEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



A DIOS

Por brindarme la maravillosa familia y las valiosas personas que ha puesto en mi camino, por darme salud, fortaleza, por los éxitos logrados a lo largo de mi vida y por permitirme cumplir esta meta de terminar mi carrera como cirujana dentista.

A MIS PADRES

Carlos Flores y Silvia Valencia, no tengo palabras para agradecerles todo el apoyo y amor que siempre me brindaron a lo largo de mi formación profesional y en general de mi vida diaria, porque siempre estuvieron al pendiente de mí y nunca me faltó nada, por su cariño, su atención, preocupación y porque gracias a ustedes he podido llegar hasta aquí. Gracias por su inmenso apoyo, por consentirme y por la hermosa familia que me han brindado, sin ustedes todo lo que he logrado no hubiera sido posible, estoy orgullosa de ser su hija.

A MI HERMANO

Carlos, por su apoyo y por ser un ejemplo a seguir con muchísimas virtudes, te admiro, gracias por escucharme, darme ánimos, sacarme una sonrisa siempre que lo necesito y alentarme cada día para superarme y ser una mejor persona. Siempre tendrás todo mi apoyo y contarás conmigo.

A MI ABUELITO, TÍOS Y PRIMOS

Por el deseo de compartir con ustedes estos buenos momentos.

A MIS AMIGAS

Gracias por esta bonita amistad que hemos formado a lo largo de estos años, hemos compartido alegrías, tristezas, momentos buenos y momentos malos, pero sobre todo experiencias inolvidables a lo largo de nuestra formación como profesionistas. Les agradezco siempre su apoyo incondicional y espero que esta amistad perdure por muchos años más.

Y a mis demás amigos que tuve la fortuna de conocer, les agradezco los bonitos recuerdos que tenemos y por hacer de esta etapa universitaria algo que siempre voy a recordar, espero seguir conservándolos por mucho tiempo.

A LA UNAM Y A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Por darme la oportunidad de realizar una carrera y obtener el conocimiento que he adquirido a lo largo de estos años dentro de sus aulas, por ser como mi segunda casa, aquí pasé la mayor parte del



tiempo donde crecí como alumna, como profesionista y también como persona. Es un orgullo pertenecer a la máxima casa de estudios, una excelente institución.

A MIS MAESTROS

Que a lo largo de estos años conocí, gracias por compartir sus conocimientos y sabiduría. También al Dr. Alberto Wintergerst por brindarme la oportunidad de trabajar con él y apoyarme.

A MI TUTOR Y A MI ASESORA

Al **Mtro. Víctor Díaz Michel** y la **Mtra. Ale Greenham**, gracias por su apoyo, paciencia, tiempo y dedicación en la elaboración de esta tesina.

A la **C.D. María Elena Nieto** por aceptarme y permitirme formar parte de este Seminario donde concluye mi etapa universitaria.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVO	7
1. PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	8
1.1 Concepto de salud.....	8
1.1.1 Salud bucal.....	8
1.2 Concepto de educación para la salud.....	8
1.3 Concepto de promoción de la salud.....	9
1.4 Relación entre promoción de la salud y educación para la salud..	10
1.5 Educación para la salud en niños.....	11
2. HÁBITOS Y ALIMENTACIÓN	12
2.1 Hábitos alimenticios.....	12
2.2 Alimentación y nutrición.....	13
2.3 Nutrición en México.....	15
2.4 Alimentación balanceada.....	15
2.5 Grupos de nutrientes.....	16
2.6 Pirámide alimentaria.....	20
2.7 Factores que influyen en la conducta alimentaria.....	22
2.7.1 Entorno familiar.....	23
2.7.2 Entorno escolar.....	23
2.7.3 Medios de comunicación.....	24
3. ALIMENTACIÓN INFANTIL	26
3.1 Alimentación del lactante y de la primera infancia.....	26
3.1.1 Objetivos.....	26
3.1.2 Características de la lactancia materna.....	27



3.1.3 Evolución de la alimentación durante el primer año de vida.....	29
3.1.4 Alimentación complementaria.....	30
3.1.5 El biberón.....	33
3.2 Alimentación de 1 a 3 años de edad.....	36
3.2.1 Objetivos.....	36
3.2.2 Características de esta edad.....	36
3.3 Alimentación de 4 a 12 años de edad.....	40
3.3.1 Objetivos.....	41
3.3.2 Características de la edad escolar.....	41
3.3.3 Azúcar y su relación con la caries dental.....	43
4. ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE BUENOS HÁBITOS ALIMENTICIOS INFANTILES.....	48
4.1 Periódico mural y trípticos informativos.....	50
4.2 Sugerencia de un tríptico dirigido a los padres, relacionado a la alimentación saludable.....	52
CONCLUSIONES.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXO.....	60



INTRODUCCIÓN

La salud bucal es una parte esencial en el estado de salud de un niño. Debido a la alta incidencia y prevalencia de enfermedades bucodentales como la caries, que se manifiestan desde los primeros años de vida, es de vital importancia orientar a la población mediante acciones educativas.

Es fundamental que los niños adquieran durante la etapa de su infancia hábitos alimenticios saludables, considerando factores fisiológicos, familiares y sociales, donde estos últimos mencionados ejercen una fuerte influencia en los patrones de consumo.

Los niños son muy susceptibles en cuanto a las conductas aprendidas, la constante práctica de determinadas actitudes se convierten en costumbres, que con el paso del tiempo se vuelven más fuertes y difíciles de cambiar.

Los hábitos alimenticios, de higiene y estilos de vida saludables se asimilan e integran a la personalidad durante los primeros años de vida, consolidándose y llegando a perdurar hasta la edad adulta; de ahí surge la importancia de brindar una orientación adecuada a los padres de familia para promover la enseñanza y el aprendizaje de hábitos saludables en sus hijos.

Nosotros como profesionales de la salud, debemos poseer el conocimiento al respecto, para saber educar al paciente de una manera adecuada, a partir de considerarnos de probada eficiencia en el cuidado de la salud bucal.



OBJETIVO

Conocer mediante una revisión bibliográfica la forma correcta de alimentación que deben tener los niños, la relación que tiene el azúcar en su salud bucal y algunos métodos de promocionar buenos hábitos alimenticios en la escuela y con los padres de familia.



1. PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1.1 Concepto de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.”¹

1.1.1 Salud bucal

De acuerdo a la OMS, la salud bucodental es: “la ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, infecciones o úlceras, enfermedades periodontales, caries, perdida dentaria así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial”²

1.2 Concepto de Educación para la Salud

De acuerdo a la OMS; “es la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos que influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad.”³

Como algunos autores mencionan: “Educación sanitaria supone el conjunto de experiencias que contribuye a inculcar en la persona hábitos, actitudes y conocimientos útiles relacionados con la salud individual, familiar y colectiva.”⁴

“La educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar, cambios voluntarios de comportamientos saludables.”²⁸

Tiene como objetivo principal diseñar programas de intervención destinados a modificar creencias, costumbres y hábitos no saludables,



además de promover, proteger y fomentar la salud. Es un medio eficaz de aprendizaje, donde el individuo incorpora una serie de conocimientos y posteriormente se establecen los cambios de conducta.¹⁰

1.3 Concepto de promoción de la salud

Según la OMS: “es un proceso de capacitación de un conjunto de individuos para que ejerzan un mayor control sobre su propia salud y puedan mejorarla.”⁶

La promoción de la salud es una combinación planeada de apoyos educativos, políticos, reguladores y de organización para las acciones y situaciones que conducen a la salud de personas, grupos o comunidades. ⁵ Ligada a la vida personal, familiar, laboral y social de los individuos.

En una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, para promover la salud de las personas, propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilita la participación social y establece estilos de vida saludables.⁷

La promoción para la salud propone 5 funciones básicas, necesarias para producir salud:

- 1) Desarrollar aptitudes personales para la salud.
- 2) Desarrollar entornos favorables.
- 3) Reforzar la acción comunitaria.
- 4) Reorientar los servicios de salud.
- 5) Impulsar políticas públicas saludables.



La promoción de la salud proporciona la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias útiles para la vida.⁸ Incluye la atención sanitaria y la educación; sin embargo, pretende ampliar su campo considerando como aspectos importantes la modificación de los determinantes de la salud: individuales y los del entorno.

Los determinantes individuales incluyen características genéticas y antecedentes bio-psico-sociales. Los determinantes del entorno están constituidos por aspectos sociales, políticos y económicos, que influyen directa o indirectamente en la salud. Por ello, la práctica de la promoción de la salud, que reconoce los determinantes de la salud, contempla la planificación, realización y evaluación de las intervenciones en materia de salud para cambiar los ambientes y conductas de los individuos.²⁸

1.4 Relación entre promoción de la salud y educación para la salud

Ambas tienen como objetivo elevar los niveles de salud en las poblaciones. La promoción se centra en buscar la creación de una cultura de salud y el desarrollo de la población, mientras que la educación para la salud cumple un papel esencial en el proceso de promoción, ya que tiene como propósito la formación de los individuos, comunidades y poblaciones saludables para su desarrollo y logro de salud.

En 1911, la OMS reconoció esta educación como un derecho humano básico.²⁸

La promoción y la educación para la salud bucal en conjunto ayudan a lograr una boca sana en el individuo y la colectividad.

1.5 Educación para la salud en niños

Los conocimientos y puesta en práctica de recursos y prácticas de la salud oral de los padres tienen mucha importancia en las actitudes y la motivación familiar, que a su vez tienen una influencia directa en la salud oral de sus hijos.⁹



Fig. 1 La educación para la salud es esencial en los primeros años de vida.¹⁷

Es por esto, que el conocimiento adecuado de la higiene bucal es la base para evitar enfermedades bucales en los niños. Este depende, entre otros aspectos, de la educación transmitida de padres a hijos desde que son pequeños, así como de las actividades de prevención y promoción de salud que efectúa el profesional de la salud en su consulta, círculos infantiles, escuelas y en la comunidad.¹⁰

Los niños en edad escolar temprana están psicológicamente preparados para comprender con claridad el sentido de normas y reglas para su cumplimiento diario, estas se convierten en parte de su personalidad, así se logrará responsabilizarlos de su propia salud y prepararlos para que conforme crezcan y se incorporen a la comunidad, sean capaces de adoptar estilos de vida sanos.¹⁰

La educación para la salud, tiene un significado importante en los niveles de prevención. Es la encargada, a través de diferentes técnicas, de conformar conductas, establecer formas de vida sana, crear modos



o estilos de vida favorecedores para que los niños y en general, las personas, puedan mantener una vida saludable. Esta educación, por tanto, se caracteriza por el empleo de técnicas para su aplicación, que serán seleccionadas de acuerdo con la temática que sea de interés a tratar y las características de la población.

Una nutrición adecuada fomenta la salud y el desarrollo integral, el crecimiento del esqueleto y los dientes del niño, que comienzan a formarse desde la vida fetal. Por su parte, las proteínas de origen animal, abundantes en la carne de res, pollo, pescado, huevo, queso y la leche, así como las de origen vegetal: frijoles, todos tipos de granos y vegetales; contribuyen a la formación y mantenimiento de los tejidos del organismo. ¹⁰

2. HÁBITOS Y ALIMENTACIÓN

2.1 Hábitos alimentarios

Un hábito se define como un comportamiento que es repetido regularmente y que es aprendido. Cabe mencionar, que, para la formación de un hábito en una persona, debe practicarlo cotidianamente durante varias ocasiones, así tanto el cuerpo como la mente, se acostumbran a realizar este hecho. El hábito predispone a un sujeto para la realización de una tarea o actividad.

Los hábitos alimenticios son manifestaciones recurrentes y de comportamientos individuales y colectivos, respecto al qué, cómo, cuándo, por qué, para qué se come y quién consume los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales. En la adopción de los hábitos alimenticios intervienen principalmente tres agentes; la familia, los medios de comunicación y la escuela. En el caso de la familia, es el primer contacto

con los hábitos alimentarios ya que sus integrantes ejercen una fuerte influencia en la dieta de los niños y en sus conductas relacionadas con la alimentación, y cuyos hábitos son el resultado de una construcción social y cultural proporcionada implícitamente por sus integrantes. ¹¹



Fig. 2 La familia es una parte importante en la adquisición de hábitos ¹⁶

2.2 Alimentación y nutrición

La alimentación se define como la ingestión de alimento por parte de los organismos, para proveerse de sus necesidades alimenticias, obtener sustancias energéticas, estructurales y de desarrollo, y son una serie de hechos que comienza en el cultivo, selección, preparación del alimento, hasta las formas de presentación y su consumo. ¹¹

Para que el niño crezca y se desarrolle adecuadamente, es necesario que la alimentación sea equilibrada y que promueva la ingestión diaria de alimentos que contienen agua, fibra, macro y microorganismos, lo cual satisface las necesidades nutritivas para un correcto crecimiento y el desarrollo de sus capacidades físicas e intelectuales. ¹²

Nutrición se define como la ciencia que estudia los distintos procesos a través de los cuales el organismo utiliza compuestos denominados nutrientes. ¹³



Los nutrientes son compuestos químicos que se encuentran en los alimentos, son absorbidos por las células y necesarios para que estas realicen sus funciones vitales, a su vez que son utilizados por el cuerpo para la realización de procesos vitales. Tienen una función energética, reguladora, y reparadora o estructural. La palabra nutriente es de origen latín y deriva del participio del verbo *nutrio*, *nutris* cuyo significado es "nutrir" o "alimentar".²⁴

La OMS define a la nutrición como “un conjunto de procesos, mediante el cual los seres vivos incorporan, modifican y eliminan sustancias provenientes del exterior”.¹⁴

Los objetivos de la nutrición son:

- Aporte de la energía necesaria para llevar a cabo todas las funciones vitales.
- Formación y mantenimiento de estructuras, tanto a nivel celular, como en la composición de las estructuras del cuerpo (músculos, piel, huesos, dientes, etc.), también se le llama función reparadora o estructural.
- Regulación de los procesos metabólicos, por ejemplo: la circulación sanguínea, digestión, eliminación de productos de desecho, regulación de la temperatura corporal, buen funcionamiento de los órganos y fortalecer el sistema inmunológico.

La malnutrición influye de manera desfavorable en el crecimiento y desarrollo craneofacial y puede conllevar diversas deficiencias entre las que se encuentran: alteraciones en la calidad y textura de algunos tejidos (hueso, ligamento periodontal y dientes). El estado de salud bucal se asocia de forma significativa al estado nutricional (déficit



pondoestatural) pudiendo determinar la aparición más elevada de caries dental, y mayor prevalencia de gingivitis en los niños, así como encontrar defectos en el esmalte dental asociados a desnutrición proteica, hipocalcemia o déficits de vitaminas y minerales. ⁴⁵

2.3 Nutrición en México

En México, los inicios de la nutrición tienen su origen en Mesoamérica con el desarrollo de la agricultura, las culturas mesoamericanas tenían grandes bancos de alimentos que abastecían a toda la población. Cabe destacar que esta repartición era de forma inequitativa, donde únicamente las clases sociales privilegiadas tenían acceso a los mejores alimentos y en consecuencia a una buena nutrición.

Durante la colonización, el choque entre dos culturas provocó la estructuración de una sociedad desigual, donde grandes sectores de la población vivían en condiciones miserables de ignorancia y pobreza, por lo que su poder adquisitivo para poder obtener alimentos que cubrieran sus necesidades nutrimentales básicas era imposible, por lo que se produjo una época de desnutrición endémica. ¹⁴

2.4 Alimentación balanceada

Una alimentación balanceada debe contribuir con los nutrimentos requeridos por los individuos para que este pueda cumplir sus funciones de crecimiento y desarrollo, las características de esta alimentación son las siguientes: ¹⁵

- **Suficiente:** Los componentes de la dieta deben estar en las cantidades que garanticen la satisfacción de las necesidades de energía y de nutrientes. La cantidad de alimentos debe ser suficiente para cubrir las necesidades calóricas del organismo. Los alimentos que



proveen fundamentalmente calorías (energía) son los carbohidratos y las grasas. Desde el punto de vista calórico, una dieta puede ser: suficiente, insuficiente, generosa o excesiva. El requerimiento calórico de cada individuo en particular deberá ser determinado por un profesional de nutrición, considerando edad, género, complejión, actividad física y si se padece o no, alguna enfermedad.

- **Variada:** Incluir diferentes alimentos en cada comida.
- **Completa:** La alimentación debe ser completa en su composición, para asegurar el correcto funcionamiento de órganos y sistemas. En una alimentación balanceada, deberán estar presentes carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y agua.
- **Armónica (equilibrada):** Los nutrientes responsables del aporte de energía deben mantener el equilibrio, por lo cual, deberán guardar una relación de proporción entre ellos, de manera tal que cada uno aporte, una parte del valor calórico total.
- **Adecuada:** La alimentación deberá ser la apropiada para cada individuo, considerando su género, edad, nivel de actividad física, estado socioeconómico y estado fisiológico; esto implica una correcta elección de los alimentos, así como una correcta preparación.
- **Inocua:** La alimentación cuyo consumo habitual no implica riesgos para la salud (exenta de microorganismos patógenos, tóxicos y contaminantes).

2.5 Grupos de nutrientes

Podemos dividir a los alimentos en los siguientes grupos: ¹²



Macronutrientes

- Constructores: Proteínas
- Energéticos: Lípidos y carbohidratos

Micronutrientes:

- Minerales
- Vitaminas

A continuación, se hará una breve descripción de los diferentes grupos de nutrientes de acuerdo a su función y su efecto en el organismo: ¹²

- **Proteínas:** Responsables del crecimiento y renovación de los tejidos del cuerpo. Su deficiencia puede causar: erupción retardada y aumento de la susceptibilidad a las caries, sin alteración en la composición mineral del diente.

Fuente: Carnes (pescado, pollo, carne de res), huevos, leche, queso, yogurt.

- **Lípidos:** Responsables por la protección de órganos vitales, contra la acción mecánica y la pérdida de calor. Reserva energética.

Fuente: Aceites vegetales insaturados, grasas, mantequilla.

- **Carbohidratos:** Los carbohidratos en la dieta humana están presentes sobre todo en forma de almidones y diversos azúcares. Pueden ser simples (miel, mermeladas, bebidas azucaradas), los cuales son absorbidos rápidamente por el organismo. ³⁵ Este tipo de carbohidratos son elaborados con azúcares refinadas, por lo que contienen un alto aporte calórico y bajo valor nutritivo, por lo que se deben consumir de manera moderada.



Los carbohidratos complejos, se encuentran en los cereales, arroz, legumbres, maíz, cebada, avena, tortillas, lentejas etc. El organismo utiliza la energía de estos carbohidratos de poco a poco, son de lenta absorción.³⁵

Podemos clasificar a los carbohidratos en monosacáridos (glucosa, fructosa y galactosa), disacáridos (sacarosa, lactosa y maltosa) y polisacáridos (almidones y carbohidratos complejos ya antes mencionados).

Una clasificación más actualizada divide a los azúcares de acuerdo a su estado físico en:⁹

- Azúcar intracelular o intrínseco: está presente en los alimentos, tiene bajo potencial cariogénico. (Presente en frutas y vegetales)
- Azúcar extracelular o extrínseca: Es el azúcar que se adiciona a los alimentos, con alto potencial cariogénico y efecto dañino para la salud si se consume en grandes cantidades (bizcochos, galletas, bebidas gaseosas).
- Azúcar de la leche (lactosa): presente en la leche y sus derivados, tiene bajo potencial cariogénico.

Es importante mencionar que la sacarosa presenta un gran potencial cariogénico, ya que favorece la colonización de microorganismos bucales y aumenta la viscosidad del biofilm, favoreciendo su adherencia a los dientes mismos es el azúcar más cariogénico, ya que puede formar glucano, una sustancia que permite una mayor adherencia bacteriana a los dientes, si no se mantiene una correcta higiene después de ingerir alimentos.^{9, 45}

Función: Fuente de energía para las funciones del organismo y para la síntesis de aminoácidos y ácidos grasos.

Fuente: Cereales de trigo, pastas integrales y no integrales, tubérculos como papas, camote, tortillas.

- **Frutas y verduras:** Principal fuente de vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra dietética. (Manzana, melón, plátanos, fresas, mango, sandía, etc.)
- **Minerales (calcio, fósforo, flúor, sodio, potasio, zinc, magnesio):** Componentes básicos de los tejidos duros. Su deficiencia puede causar mayor susceptibilidad a las caries, retardo en la erupción, defectos estructurales del esmalte y alteración del desarrollo de glándulas salivales (altera la cantidad y calidad de la saliva secretada).

Fuentes: cereales, verduras, nueces, almendras.

- **Vitaminas (A,D,K,E, etc.):** Esenciales para las funciones vitales. Son compuestos que no son calóricos y están presentes en pequeñas cantidades en los alimentos. Están relacionados a la formación de la estructura ósea y de los dientes.

-Fuentes: Carnes en general, leche, vegetales, frutas, aceites, cereales integrales.



Fig.3 Una correcta alimentación debe ser equilibrada ¹⁸

2.6 Pirámide alimentaria.

Clásicamente, los grupos de alimentos se representaban esquemáticamente dentro de un círculo. Era la “rueda de los alimentos”, la cual además de proporcionar una visión completa de los distintos grupos de alimentos, orienta sobre la proporción con la que debe participar una alimentación adecuada.

En 1991 el Departamento de Agricultura de EE.UU. diseñó una guía dietética incluyente y cromática (Fig. 13). En la base de la pirámide se

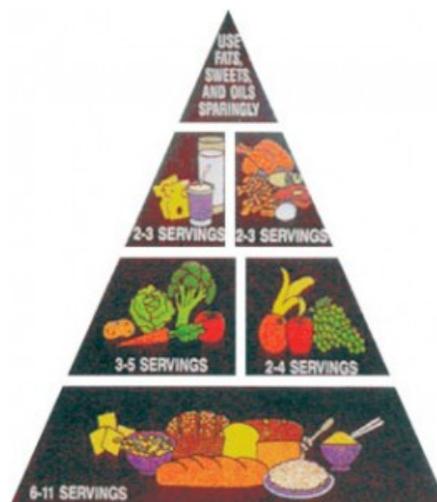


Fig.13 Pirámide de Ministerio de Agricultura de EE.UU ³⁴

hallan los alimentos del grupo de los cereales, las verduras y las frutas. En el siguiente grado están incluidas las legumbres, los lácteos y aceite de oliva, después se ubican los pescados, la carne de aves y los huevos y en el vértice se sitúan las carnes rojas, embutidos, al último los alimentos ricos en azúcares refinados y grasas. El vértice de la pirámide describe claramente la idea de moderar el consumo de aceites, grasas y azúcar. Esta guía dietética fue revisada nuevamente en 1995 y actualizada en 2000. ¹³

Posteriormente la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), elabora una pirámide con una distribución más práctica (fig.4), puesto que clasifica los alimentos según la frecuencia de consumo. Además, incluye la incorporación de aceite de oliva (grasa considerada saludable, por su efecto protector del sistema cardiovascular) en la pirámide.

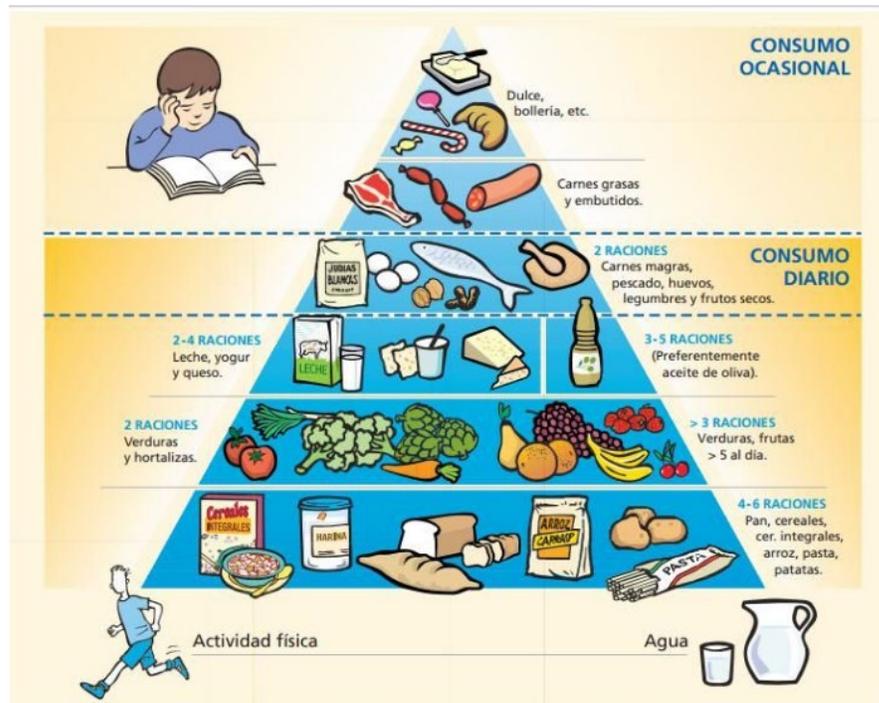


Fig. 4 Pirámide de la alimentación saludable. Guías alimentarias para la población española (SENC, 2001) ¹⁹

En México, de acuerdo al IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), la alimentación correcta está representada gráficamente en el “Plato del Bien Comer” (fig. 15) que muestra tres grupos de alimentos que deben estar presentes en las tres comidas principales del día. Las grasas, azúcares y sal no forman parte del plato del bien comer, debido a que su abuso es perjudicial para la salud. ⁴⁶



Fig.15 "Plato del bien comer". IMSS ⁴⁶

2.7 Factores que influyen en la conducta alimentaria.

Los hábitos alimenticios son complejos ya que consideran numerosos factores sociales, culturales y económicos que contribuyen al establecimiento, mantenimiento y cambios de los patrones de consumo alimentario. El consumo de alimentos está condicionado por: la disponibilidad de estos, los recursos económicos y la capacidad de elección. Dentro de estos tres rasgos pueden encontrarse influencias asociadas como alimentos endémicos y de importación. La disponibilidad de alimentos es influida por: el modelo económico del país, factores geográficos y climáticos, infraestructuras de transporte y comunicaciones, las políticas agrícolas y en un sentido más amplio, las políticas alimentarias, nutricionales y de salud.

Los factores que condicionan la elección de alimentos de acuerdo a la oferta disponible son diversos, los principales son: los aspectos



psicológicos, de costumbres, de tradición, económicos, culturales y religiosos, etc., pero también influyen los medios de comunicación y publicidad. ^{9,13}

El comportamiento alimentario de los niños en edad escolar está condicionado por los factores predominantes en la comunidad en la que vive, pero además, algunos aspectos básicos del entorno van a ejercer una influencia decisiva sobre su conducta dietética: ¹³

- **Entorno familiar.** La figura materna, especialmente condiciona los hábitos y las preferencias alimenticias del niño. La estructura y las costumbres de la familia seguirán vigentes a lo largo de su vida.

En general, los niños pequeños no pueden elegir lo que comen, son sus padres quienes deciden por ellos y preparan su comida, es por eso que la familia desempeña un papel decisivo en la formación de los hábitos del niño en sus primeros años de vida, ya que estos hábitos se incorporan a modo de costumbres, basados en la teoría del aprendizaje social e imitando las conductas observadas en personas adultas.

Sin embargo, los hábitos se han ido modificando por diferentes factores que alteran la dinámica e interacción familiar y no solo corresponde a la situación económica que afecta los patrones de consumo. Existen diversos factores como la falta de tiempo para cocinar, lo que provoca que se adopten nuevas formas de cocina y de organización culinaria y/o también la pérdida de autoridad de los padres, esto ha ocasionado que muchos niños coman cuando quieran y lo que quieran.

- **Entorno escolar.** El ámbito escolar es fundamental para la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades. Desde el

comienzo en el que el niño asiste a la escuela, pasa gran parte del día en ella, en compañía de profesores, compañeros y amigos. La interacción social entre alumnos, profesores, padres, compañeros, medios de comunicación y líderes sociales de su entorno ejercen un papel fundamental, es por eso que el medio escolar adquiere una gran relevancia por su influencia en la formación de los hábitos.

En diversas ocasiones los programas de prevención y promoción de la salud se encuentran en problemas cuando se enfrentan a la cantidad excesiva de alimentos chatarra y dulces que se venden afuera de las escuelas, y que para los niños son fáciles de adquirir, en su mayoría con precios económicos y accesibles. La disponibilidad aumenta la cantidad y la frecuencia de su consumo.



Fig. 9 En la escuela los niños pueden encontrar comida chatarra a precios accesibles ²⁷

- **Medios de comunicación.** La televisión, la radio, el internet y la publicidad en general, apoyan campañas de marketing que influyen de manera importante en el modelo alimenticio del mundo actual. Podemos considerar la publicidad como un sistema de comunicación, que permite dar a conocer productos y estimular su compra y su consumo.



Fig.11 Influencia de los medios de comunicación en la alimentación. ²⁵

Las estrategias comerciales y publicitarias han transformado a los alimentos en objetos que se compran y se consumen por su color, lo atractivo de su etiquetado, el simbolismo de la moda o por su sabor artificial. Alrededor de un 50% de la publicidad emitida por televisión hace referencia a productos de alimentación. La población infantil, es una importante parte del



Fig. 10 Los niños son fácilmente influenciados por lo que ven en televisión. ²⁶

mercado, al que se dirigen mensajes potenciando el consumo de cereales con azúcar añadido, pastelillos, galletas, “comida rápida”, dulces, refrescos, patatas fritas, y otros alimentos salados; promoviendo un consumo que no es saludable, ya que

los niños son más susceptibles de ser influenciados, debido a que se encuentran en una etapa de construcción de su identidad y por lo tanto son fácilmente manipulables por los anuncios publicitarios que promocionan nuevos alimentos.

3. ALIMENTACIÓN INFANTIL

3.1 Alimentación del lactante y de la primera infancia

Las recomendaciones de la OMS y el UNICEF para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la Estrategia Mundial, dicen que: en la actualidad “todo lactante debe ser alimentado exclusivamente al pecho materno durante los primeros seis meses de edad”. Posteriormente, “los lactantes deben recibir alimentos complementarios adecuados y seguros mientras continúa la alimentación al pecho materno hasta los dos años de edad”.³⁷

Objetivos:

Cubrir las necesidades de mantenimiento basales (el valor mínimo de energía necesaria para que las células realicen sus funciones vitales), por ejemplo, la respiración, la regulación de la temperatura corporal y funcionamiento de los órganos, es el gasto energético diario, lo que el cuerpo necesita diariamente para seguir funcionando.³³



*Fig. 5 La lactancia materna debe ser exclusiva los primeros 6 meses de edad.*²¹



3.1.2 Características de la lactancia materna.

La lactancia materna ofrece beneficios a la salud del bebé y a la recuperación de la madre como los mencionados a continuación:^{28,12}

- Aporta el equilibrio nutritivo ideal que requiere el bebé.
- Permite la adaptación automática a sus necesidades.
- Favorece la acción anti infecciosa. La leche materna llega al lactante a una temperatura adecuada, prácticamente libre de gérmenes, con todas sus vitaminas y sustancias que protegen al niño de infecciones. Disminuye las infecciones causadas por *Streptococcus mutans* y otros microorganismos, y contribuye a disminuir el índice de caries.
- Aumenta la resistencia del esmalte y tejidos duros del diente, ya que mejora la absorción de calcio y flúor.
- Incrementa la secreción salival y mantiene el pH adecuado en la cavidad oral.
- Tiene una buena digestibilidad.
- Mejora el desarrollo facial y lingual de la cara a los futuros patrones de lenguaje.
- Favorece una adecuada posición de la lengua, facilitando un equilibrio dentario.
- Contribuye para el desarrollo de los patrones musculares, estimula la respiración nasal y el sellado labial, permitiendo el posicionamiento correcto de la lengua en sincronía con la deglución.
- También ayuda en la prevención de futuras maloclusiones, ya que estimula el crecimiento anteroposterior de la mandíbula, mejora el retrognatismo mandibular característico del recién nacido.
- La alimentación materna hasta los 6 meses de edad reduce la posibilidad de adquirir hábitos de succión no nutritivos, como la succión de dedo y chupón.



- El contacto físico y psicológico entre la madre y el niño, ofrecen repercusiones positivas para todo el desarrollo emocional del niño, fortaleciendo el vínculo madre-hijo. Un fuerte vínculo madre-hijo facilita las acciones de educación en salud fundamentales para la promoción y el mantenimiento de la salud bucal. ⁹

Los seis primeros meses, el lactante desarrolla la maduración de órganos, una mejora de secreción gástrica y pancreática. Se producen modificaciones en la permeabilidad intestinal, aumento de la motilidad del intestino delgado, tiene lugar la maduración de los enterocitos (células epiteliales del intestino encargadas de realizar: la absorción de diversos nutrientes esenciales, el transporte de agua y electrolitos al interior del organismo y la secreción de proteína en el intestino)³⁶, así mismo la respuesta inmunológica propia comienza a desarrollarse.

Otro factor determinante en la alimentación del lactante es el inicio de la dentición, lo que va a permitir pasar de una dieta triturada (purés o papillas) al aporte de alimentos sólidos que podrá masticar.

La alimentación influye en el crecimiento físico y desarrollo emocional, de modo que tiene suma importancia el ambiente en el que se aporta alimento al lactante.²⁰ Por ello se debe procurar un ambiente tranquilo, dar muestras de afecto al niño durante las comidas, hablarle, estimularlo y procurar no perder la paciencia cuando se niega a probar un determinado alimento.

La lactancia materna es la mejor opción para el recién nacido, no se aconseja su sustitución, únicamente en casos muy justificados.



La leche.

La leche es fuente de minerales, vitaminas, grasas y carbohidratos, presenta un bajo potencial cariogénico siempre y cuando no se le añadan azúcares. ¹²

Exceptuando, contraindicaciones para el niño o la madre, la mejor leche es la materna. En su defecto, se utiliza leche de vaca modificada en preparaciones denominadas “fórmula adaptada”, que se aproximan al máximo a la composición de la leche materna.

3.1.3 Evolución de la alimentación durante el primer año de vida.

La American Academy of Pediatrics (EE.UU.) clasificó las etapas de la alimentación del recién nacido y la primera infancia, en los períodos siguientes: ²⁰

A) Período lácteo. Caracterizado por ser la leche el único alimento consumido por el lactante, sea materna o en su defecto, leche artificial de una fórmula adaptada. Durante este período, el lactante es capaz de succionar y deglutir, pero aún no ha desarrollado la capacidad de digerir ciertas proteínas. Esta fase dura aproximadamente hasta los 6 meses.

A partir de los 6 meses se requiere introducir otro tipo de alimentos semisólidos en la dieta del lactante, este proceso se conoce como ablactación. La palabra ablactación tienen su origen del francés, prefijo latino “ab”, de separación, y “lactare”, dar de mamar.³⁸ Este término se refiere al proceso de inicio de la introducción de alimentos diferentes a la leche en la dieta del lactante; la introducción de estos alimentos se realiza de manera gradual a partir del cuarto al sexto mes de vida. Lo anterior no significa que se interrumpa la lactancia, sino que “se



complemente” con alimentos adecuados.³⁹ Pudiendo mantener la leche materna como aporte lácteo hasta el primer año de edad y disminuyéndola progresivamente.

3.1.4 Alimentación complementaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la alimentación complementaria como “el acto de recibir alimentos sólidos o líquidos (excepto medicamentos en gotas y jarabes) diferentes a la leche, durante el tiempo que el lactante está recibiendo leche materna o fórmula infantil.” El rango de edad para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 23 meses de edad.^{45,41}

La introducción de los alimentos no debe hacerse antes de los 4 meses, aunque tampoco es aconsejable empezar más allá de los 6, porque la falta de variedad de los alimentos es motivo frecuente de anorexia. En este periodo de tiempo se inicia la erupción de los dientes deciduos, por lo que también se debe cambiar la consistencia de los alimentos con el objeto de que el bebé ejercite la masticación.⁵⁰

A partir de los 6 meses de edad, las necesidades de energía y nutrientes del lactante comienzan a exceder lo aportado por la leche materna; entonces, la alimentación complementaria se vuelve indispensable para cubrir las necesidades de energía y de nutrientes. Si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o se administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado.⁴⁵ Es por eso que en esta etapa entra el periodo de introducción de nuevos alimentos. Según la OMS (2010), a partir de esta edad, con el control de la función de los labios y de la adquisición de la postura sentada sin apoyo, los alimentos semisólidos pueden ser introducidos.²⁰

B) Período de transición o diversificación progresiva. El niño tiene un progresivo desarrollo neuromuscular, el cual, le permitirá conocer los alimentos, masticar y distinguir sabores, también diferenciar el olor y color de los mismos. ²⁰ Se invitará al bebé a comer, tocando suavemente sus labios para que abra la boca, debido a que aún está presente el reflejo de succión, se le darán los alimentos semisólidos con una cucharita, Este proceso favorecerá el desarrollo de los sentidos, cambiar la textura de los alimentos primero de líquido a triturado y posteriormente, cuando ya haya dientes, a troceado. ⁵⁰

Los primeros años de vida representan un período de desafío especial para la nutrición y salud de los niños porque su tasa metabólica relativamente elevada y la rápida velocidad de crecimiento demandan requerimientos nutrimentales mayores. Además, la inmadurez del tracto gastrointestinal, de la coordinación neuromuscular y de la función inmunológica del bebé limita los tipos de alimentos que es capaz de consumir y lo expone a un riesgo elevado de infección transmitida a través de los alimentos y a alergias alimentarias.³⁷

No se deben aportar alimentos con gluten antes de los 7 meses (debido a la inmadurez intestinal como se mencionó anteriormente, por ejemplo, alimentos que contengan granos de trigo, centeno, cebada, harina blanca, pastas, tortillas de harina, bollería, etc), después se pueden



Fig.6 Alimentación con papillas ²²



introducir harinas (sin gluten en un principio, para evitar sensibilizaciones e intolerancias), frutas (por su elevado aporte de vitaminas y minerales) y, productos proteicos animales, como la carne, huevo y pescado. Se debe retrasar el aporte de alimentos potencialmente alergénicos como la clara de huevo, las frutas rojas globuladas (fresas, frambuesas, moras). Es recomendable dejar pasar un periodo de tiempo entre una y dos semanas (mínimo) para introducir un nuevo alimento. De no realizarse así, en caso de intolerancias será difícil determinar que alimento es el causante de estas. Al aproximarse al año de vida, el bebé podrá comer alimentos fibrosos, ya que los requiere para ejercitar la masticación.⁵⁰

A los 18 meses el niño ya es capaz de conocer los alimentos básicos y los gustos fundamentales: dulce, salado, ácido y amargo.

Cuadro 1. Introducción de alimentos complementarios durante el primer año de la vida¹

Edad	Alimento	Selección y preparación	Frecuencia
0 – 4 ó 6 meses en forma exclusiva. A partir de entonces combinados con alimentación complementaria adecuada	Leche humana y/o fórmulas lácteas		El número de tomas y cantidad por toma, de acuerdo con la demanda
A partir de los cuatro y de preferencia de los seis meses	Frutas (pera, manzana, durazno, plátano, papaya, mango, ciruela)	Frutas mezcladas con un poco de leche o agua para dar consistencia de puré	
Cinco a siete meses	Verduras (calabacita, chayote, zanahoria, acelgas, espinacas, etc.). Después otras verduras	Purés de verduras cocidas; rallados con cuchara. Mezclarlos con un poco de caldo para dar consistencia de puré	Al inicio, 1 vez por día por 3 ó 4 días. Después 1 – 2 veces al día
	Tubérculos (papa, camote). Cereales cocidos o precocidos (arroz, avena maíz)	Cocidos en purés	Al inicio, 1 vez al día por 3 ó 4 días. Después 2 – 3 veces al día
A partir de los seis a siete meses	Leguminosas (frijol, haba, lentejas, garbanzo, chícharo), carnes (pollo, pavo, ternera, res) y yema de huevo, tortilla	Cocidos y colados	Al inicio una vez al día por 3 ó 4 días. Después 1 – 2 veces al día
A partir de ocho a 12 meses	Derivados de trigo (pan, galletas) huevo entero y pescado	Picados y en trocitos si ya tiene más de seis dientes	Al inicio, 1 vez al día por 3 ó 4 días. Después 1 – 2 veces al día
Después de los 12 meses	Incorporar a la dieta familiar ²		

¹ La secuencia puede modificarse de acuerdo a cada cultura o región. A excepción de alimentos alergénicos. Modificado del Consenso Mexicano para la Ablactación, 2004^{17,23}

² Leche entera de vaca y derivados, oleaginosas (semillas como cacahuate, nuez, pistache), moras (fresa, zarzamora), kiwi. Los mariscos, chocolate, condimentos, aditivos y chile sería preferible retardarlos hasta los dos años

Patrón de ablactación recomendado del Comité para el Consenso Mexicano de Ablactación. ⁴⁰

C) Período de maduración digestiva. Durante el cual todos los mecanismos fisiológicos e inmunitarios, maduran hasta alcanzar niveles más eficaces cada vez, que permitirán llegar a una diversificación completa de la alimentación.

3.1.5 El biberón

Para la mayoría de los niños en la sociedad, el biberón es el medio más utilizado para la alimentación.

El biberón es un importante medio de ingestión de azúcar en la infancia, ya que la mayoría de los alimentos ingeridos a través de este son azucarados, transformándolo en uno de los factores más importantes en la determinación del riesgo al desarrollo de caries dental, principalmente si se le da un uso inapropiado, por ejemplo, durante la noche.⁹

Es ampliamente utilizado, ya que no presenta restricciones sociales, son bien aceptados y manipulados por los niños, además normalmente su contenido es azucarado y puede ser ofrecido a cualquier hora por la madre u otra persona.



Fig. 8 El biberón es un medio muy utilizado para la alimentación del lactante²³

El uso prolongado del biberón aumenta la ingestión de productos capaces de contribuir al establecimiento de lesiones cariosas y erosión dental.



Por esto, las recomendaciones que, nosotros, como profesionales de la salud debemos dar a los padres para evitar el mal uso del biberón son:

- Solo debe utilizarse como vehículo para la fórmula de leche artificial, o leche de vaca. Y está desaconsejado la toma de leche con biberón a partir de los dos años, preferiblemente debe tomar en una taza y cuanto antes el niño comience a hacerlo, mejor, debido a la posible aparición de caries, especialmente en la dentición primaria superior, por la acumulación de residuos alimentarios en esa zona, en mayor cantidad.
- Una vez erupcionado el primer diente, se desaconseja la alimentación nocturna; sea biberón o pecho. De no ser posible se recomienda la higiene bucal, inmediatamente después, para evitar el potencial cariogénico, ya que, durante el sueño disminuye el flujo salival, los movimientos musculares y la auto-limpieza de la lengua. La frecuencia y duración de la exposición al azúcar son factores importantes para determinar la posibilidad de que el niño presente o no, lesiones cariosas.¹²
- Introducir el uso de tazas y descontinuar el biberón hacia los 12 meses para que el niño pase de una succión infantil a una adulta. El vaso y la cuchara pueden introducirse cuando empieza la erupción de los dientes.

En la siguiente tabla se muestra un esquema resumido de la introducción de los alimentos complementarios para bebés que reciben leche materna:

Tabla 1: Resumen de sugerencias de un esquema alimentar. ¹²

Edad (meses)	Alimentación
0-6	- Lactancia materna
6-7	- Leche materna (o biberón) - Comida con sal (sopa licuada) - Puré de fruta (postre) - Jugos de fruta
7-8	- Leche materna (o biberón) - 2 comidas con sal (sopa amasada) - 2 purés de fruta (postre) - 2 jugos de fruta
8-12	- Leche materna (o biberón) - 2 comidas con sal (sopa en pedazos) - 2 purés de fruta (postre) - 2 jugos de fruta
12-36	- 2 comidas con sal - Incluir huevos y quesos - Frutas (postre, lunch y jugos) - Leche (un promedio de 500-600mL/ día)

3.2 Alimentación de 1 a 3 años

3.2.1 Objetivos

- Potenciar la consolidación de la diversidad en la alimentación.
- Mantenimiento de un ritmo adecuado de crecimiento y desarrollo.
- Se debe ofrecer variedad en la preparación y presentación de los alimentos y comidas. Se debe tener especial cuidado en la ingesta



de calcio (aumentando los aportes lácteos), y de hierro, cuya fuente principal es la carne.

3.2.2 Características de esta edad.

El ritmo de crecimiento entre 1 y 3 años es menor que en el lactante y en el aspecto alimentario será una etapa de consolidación de la variedad de alimentos en la dieta y en la adaptación progresiva a la alimentación del adulto. A los 12 meses la mayoría de los niños puede comer los mismos alimentos consumidos por la familia.

A los 2 años las glándulas salivales alcanzan la maduración necesaria para el proceso de digestión. El estímulo de la masticación promueve el aumento del flujo salival. ²⁸

La familia representa un modelo de dieta y conducta alimenticia que los niños aprenden. En la etapa preescolar, los niños inician el control de sí mismos y del ambiente, empiezan a interesarse por los alimentos, a preferir algunos de ellos, ser caprichosos con las comidas, tener poco apetito, o ser monótonos.

En la elección de alimentos, influyen factores genéticos, pero también se modifica por factores ambientales, siendo el contexto familiar y social, quienes ejercen gran influencia, en consecuencia, tienen mayor importancia los procesos de observación e imitación, el niño se hace menos dependiente de la mamá y adquiere cierto grado de autonomía. ⁴³

Cabe destacar la función de los profesionales de la salud en la orientación a las familias sobre la alimentación infantil, dado que los hábitos alimenticios adquiridos durante los primeros años de vida son fundamentales para determinar el tipo de alimentación en el



futuro adulto. Durante este periodo el niño pasa a dominar el lenguaje y se acentúan los procesos de socialización, estos aspectos en conjunto con las influencias de campañas publicitarias dan una nueva dimensión a la elección de los alimentos, comienza a experimentar nuevos productos, frecuentemente le ofrecen productos dulces, los cuales culturalmente tienen el significado de afecto y amor, y de esta forma es drásticamente aumentada la frecuencia de consumo de azúcar.⁹.

Es difícil explicar los mecanismos asociados a la preferencia alimentaria, en el campo anatómico se sabe que, comparado a los adultos, los niños presentan una mayor densidad de papilas fungiformes y de botones gustativos por área en la lengua, aunque el número total de papilas fungiformes sea menor (Segovia, 2002).

Las reacciones a los sabores se modifican durante toda la vida, en la niñez, generalmente, la reacción al dulce está asociada al placer, lo ácido y amargo, se relaciona a manifestaciones negativas.

Tanto la oferta temprana, como el ofrecimiento repetido, pueden interferir en la aceptación de un alimento, mientras que las restricciones continuas de algún alimento pueden aumentar la preferencia y las ingestas forzadas, pueden disminuir el nivel de aceptación (Benton,2004;Liem,De Graaf,2004).

La neofobia se define como la aversión a alimentos desconocidos y es un comportamiento infantil que tiene gran influencia en el contexto familiar, acentuándose en el segundo año de vida, pudiendo colaborar con comportamientos alimenticios inadecuados.



Existe una fuerte relación entre la alimentación del niño y la madre. Se hizo un estudio de familias británicas con niños de 2 a 6 años de edad (Wardle, Carnell y Cooke, 2005) y se observó que el consumo de frutas y verduras de los padres tuvo mayor influencia en el aumento del consumo infantil de estos mismos alimentos, que las medidas de restricción y/o presión.⁹

Algunas recomendaciones generales que pueden ser útiles para los padres, durante el proceso de introducir nuevos alimentos a la dieta del niño son:²⁰

- a) No se debe forzar la alimentación, tampoco castigar al niño por no comer, ya que, con ello, se reforzaría la conducta negativa.
- b) Ofrecer 4 comidas al día, con algún refuerzo lácteo.
- c) Hay que recordar que puede existir aún, un poco de dificultad para masticar y deglutir ciertos alimentos como la carne.
- d) Mostrar alegría cuando el niño se adapta a nuevos alimentos.
- e) No ofrecer otros alimentos en sustitución de un alimento rechazado, esto estimularía el comportamiento caprichoso del niño.
- f) Llamar la atención del niño utilizando diferentes tipos de cocciones y presentaciones en sus alimentos.
- g) Podemos evitar alimentos industriales con azúcar añadida, replazándolos por alimentos más sanos como: trozos de frutas y verduras crudas (palitos de zanahoria/apio), pan integral, queso, galletas, yogur natural, frutos secos, huevos duros, etc.
- h) En caso de proporcionar alimentos azucarados, deben ser consumidos en pequeñas cantidades, después de las comidas como un postre, deben evitarse antes de las comidas y antes de dormir. El chocolate esta desaconsejado antes de los 2.5-3 años, aun así no se debe aportar con frecuencia. Será más



saludable si se toma con pan, en forma de preparados de cacao para añadir a la leche, se puede aportar desde los 18 meses.

- i) Procurar una adecuada higiene bucal después de la comida.

Tabla 2. Raciones de alimentos. Cantidad recomendada de alimentos en el niño de 1 a 3 años.²⁰

Alimentos	Frecuencia	1-2 años	2-3 años
Pan y cereales	Diaria (3 o 4 veces)	20/30 g	30/50 g
Patatas, arroz, pasta	Diaria	150 g (cocido)	200 g (cocido)
Verduras	Diaria	150 g	200 g
Fruta/zumo (opcional)	Diaria	200 g	250 g
Leche (o equivalentes)	Diaria	500mL	600mL
Carne o pescado	Diaria (1 o 2 veces)	50 a 60 g	60 a 70 g
Huevo	Semanal	1 a 2 unidades	1 a 2 unidades
Aceite	Diaria	15-20 mL	20-25 MI
Cacao, azúcar, mermeladas	Diaria (opcional)	Total 20 g	Total 30 g



Ejemplos de menús.²⁰

Niño de 1 a 2 años.

- Desayuno: 1 taza de leche con cereal y 1 zumo de naranja.
- Comida: puré de patatas, pollo a la plancha con ensalada troceada y fruta.
- Merienda: 1 yogurt con galletas.
- Cena: crema de calabaza (con leche incorporada), tilapia frita y fruta natural.
- Antes de acostarse: 1 vaso de leche (si se desea)

Niño de 2 a 3 años.²⁰

- Desayuno: 2 rebanadas de pan con un poco de mantequilla y una cucharadita de mermelada, 1 vaso de leche con cacao.
- Comida: macarrones con tomate y queso rallado, pescado al horno con zanahoria rallada y un flan.
- Merienda: yogurt con frutos secos triturados y trocitos de fruta natural, un trozo de bizcocho casero.
- Cena: guisantes con patatas, una hamburguesa pequeña con tomate y arroz con leche.
- Antes de acostarse: 1 vaso de leche (si se desea).

3.3 Alimentación de 4 a 12 años de edad

Durante este período la característica que más resalta es la disminución de la velocidad del crecimiento, con respecto a la que se tuvo durante el primer año de vida. Las necesidades nutritivas y energéticas, van cambiando a lo largo de los años, dependiendo del ritmo de crecimiento



individual, grado de maduración de cada organismo, del género, actividad física y de la capacidad para utilizar los nutrientes procedentes de la ingesta. ¹³

Por esto se debe considerar la edad escolar como una etapa muy susceptible a la cualquier carencia o desequilibrio, esto podría comprometer el crecimiento y el desarrollo armónico para todos los niños.

Las recomendaciones de energía y nutrientes se muestran en un reparto idéntico al de los adultos, es decir 55-50% de la energía en forma de hidratos de carbono, 30-35% en forma de grasas y 12-15% en forma de proteínas. ²⁰

3.3.1 Objetivos

1. Facilitar un crecimiento ponderoestatural normal.
2. Evitar tanto la falta, como el exceso de energía y nutrientes, con el propósito de disminuir el riesgo de enfermedades propias del adulto, con alto índice de mortalidad (obesidad, osteoporosis, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y cáncer). Así como caries dental, como antes lo hemos mencionado.
3. Prevenir y /o corregir problemas específicos en relación con el estado nutricional.
5. Fomentar la alimentación variada y equilibrada.
6. Promover la educación alimenticia en la escuela y familia.
7. Inculcar la realización de ejercicio físico.



3.3.2 Características de la edad escolar

El niño debe ser capaz de aceptar cualquier tipo de alimento, presentado de la misma manera que para los adultos, en esta etapa se observa un aumento del apetito y además un deseo de integrarse en los hábitos familiares y de agradar e imitar a los demás.

Con la escolarización, el niño adquiere mayor autonomía en diversos aspectos, incluyendo su alimentación. Los niños muchas veces realizan parte de sus comidas fuera de casa, comúnmente en establecimientos de comida rápida, esto tiende a aumentar el tamaño de las porciones que se sirven, es por esto que se debe recordar a los padres vigilar lo que sus hijos consumen fuera de casa. ⁴⁴

Con respecto a lo anteriormente mencionado, se debe informar a los padres la medida preventiva para evitar la aparición de caries dental en esta etapa, como la colocación de selladores de fosetas y fisuras y aplicación de flúor tópico. ²⁸

Ejemplos de menús.

Niño de 5 años ²⁰

- Desayuno: medio vaso de zumo de fruta, 1 taza de leche con una cucharada de cacao y cereal.
- Media mañana: 1 panecillo pequeño con jamón.
- Comida: lentejas con arroz, pescado con ensalada variada, un trozo de pan y una fruta.
- Merienda: 1 taza de leche con un trozo de bizcocho y una porción de membrillo.
- Cena: Pechuga de pollo a la plancha con guarnición de verduras y 1 yogurt.



Niño de 8 años: ²⁰

- Desayuno: 1 taza de leche con una cucharada de cacao, 2 rebanadas de pan con mantequilla y mermelada.
- Media mañana: 1 bocadillo de queso.
- Comida: Verduras, albóndigas con arroz, un poco de pan y natillas.
- Merienda: 1 yogur, 1 bizcocho y una fruta.
- Cena: sopa de caldo con pasta, patatas y fruta de temporada.

Niño de 11 años: ²⁰

- Desayuno: medio vaso de zumo de fruta, 1 taza de arroz con leche.
- Media mañana: 1 bocadillo de jamón con queso.
- Comida: acelgas con garbanzos, pescado frito o empanizado con tomate, pan y una fruta.
- Merienda: 1 taza de leche, pan tostado con mantequilla y una tableta de chocolate.
- Cena: puré de patatas gratinado, berenjena rellena de carne, pan y una fruta.

3.3.3 Azúcar y su relación con la caries dental

Cualquier tipo de azúcar consumido con frecuencia, puede ocasionar caries. Mientras mayor sea la frecuencia del consumo de alimentos entre comidas o toma de bebidas azucaradas entre horas, mayor será el potencial de desmineralización y mayor riesgo de caries. Por ello se debe evitar toda fuente de carbohidratos fermentables (azúcares, almidón) durante los primeros dos años de vida. El niño en edad

preescolar y escolar, a menudo puede recibir ofertas de estos productos, al iniciarse en el proceso de socialización ya sea a través de los adultos, primos, conocidos o en la escuela. ²⁰

Hay que recordar que la caries dental es una enfermedad infecciosa, transmisible y multifactorial muy común en la infancia y presente en el paciente pediátrico. Los factores etiológicos primarios responsables de la manifestación de esta enfermedad son: la dieta/substrato (carbohidratos fermentables), microbiota oral (bacterias con potencial cariogénico), hospedero (su anatomía dental, flujo salival y composición), que interactúan durante cierto período. ^{28,12}

Cuando hay presencia de sacarosa la ecología bucal se modifica, considerándose que este azúcar favorece la colonización de los estreptococos del grupo *mutans*. ⁹

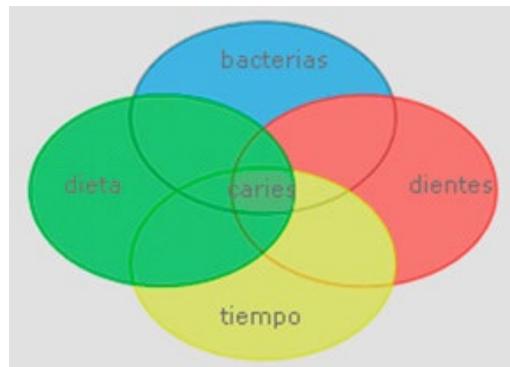


Fig.13 Factores responsables de la etiología de la caries (diagrama adaptado de Fitzgerald;Keyes,1965) ¹²



Fig.14 Caries de biberón ⁴⁹

Durante la etapa preescolar los dientes que se ven mayormente afectados son los primeros y segundos molares temporales, después los incisivos y caninos superiores.

Los tipos de caries según su localización son las siguientes: ⁴⁷



- **Caries rampante:** múltiples lesiones, extensas y de avance rápido. Incisivos inferiores suelen estar afectados, puede ser provocado por el uso indiscriminado del biberón y el consumo excesivo de hidratos de carbono.
- **Caries en fosetas y fisuras:** Presente en surcos y fosetas muy pronunciados, provocado por la alimentación excesivamente blanda e higiene deficiente, en consecuencia, los restos de alimentos se acumulan en los surcos y fosetas.

Los factores implicados en la relación de caries y el consumo de azúcares son: la cantidad ingerida, frecuencia de consumo, concentración y tipo de azúcar ingerido. ⁴⁸

Hay un incremento significativo de probabilidad de presentar caries dental cuando la ingesta de azúcares se realiza entre comidas y se consumen alimentos pegajosos. El efecto del azúcar sobre los dientes no depende solamente de la cantidad, sino de la frecuencia, consistencia y tiempo de ingesta de los alimentos. Resulta más difícil remover de la cavidad bucal los alimentos azucarados, sólidos y pegajosos, por lo cual, permanecerán más tiempo en contacto con la superficie del diente, por el contrario, los alimentos duros y fibrosos, estimulan la secreción salival. La combinación de azúcar y harina (por ejemplo, galletas rellenas) permanece más tiempo en la estructura dentaria aumentando el riesgo cariogénico. ^{44, 12}

Se deben evitar alimentos con azúcares “ocultos”: leches condensadas, galletas, bizcochos, jugos de caja, papas fritas embolsadas, refrescos, etc. La leche, los jugos industriales y otras bebidas azucaradas (incluso “sin azúcar añadido”) son cariogénicas y solo deben ofrecerse a las horas de comer, entre horas los niños pueden tomar agua. ⁹

En estudios se ha observado que las comidas con alto contenido en proteínas, grasas, calcio y flúor (un plato que contenga todos los nutrientes) pueden proteger contra la caries dental. Las grasas forman una barrera protectora, disminuyendo la retención de los azúcares en los dientes. Las proteínas tienen efecto protector sobre el esmalte. La ingestión de alimentos protectores como queso, semillas (nueces, maní), estimulan la secreción salival y favorecen la masticación. Conjuntamente, las grasas y proteínas elevan el pH tras la ingesta de carbohidratos. Otro tipo de alimentos con este perfil protector serían aquellos que, a través de su masticación, estimulan el flujo salival y se favorece la remineralización del esmalte (por ejemplo, los chicles sin azúcar que usan edulcorantes no calóricos).^{45,9}



Fig.7 Los dulces tienen alto potencial cariogénico¹⁶

El potencial cariogénico de un alimento está asociado a su tiempo de permanencia y remoción en cavidad oral, este último depende de factores como la consistencia del alimento, adhesión, características de la anatomía dental del niño, movimientos musculares, función de la lengua en la auto-limpieza y factores propios de la saliva como su flujo, viscosidad y difusión. Por ejemplo, en los bebés el flujo salival está disminuido, así como los movimientos musculares faciales y la acción de limpieza de la lengua tampoco es tan efectiva, en consecuencia, los alimentos quedan retenidos en la cavidad oral por mayor tiempo, en comparación con otras edades.⁴⁸



La adhesión de los alimentos se puede definir como la fuerza con la que los alimentos se sostienen contra los dientes; para que un alimento pueda “eliminarse” de la cavidad bucal, se necesita el efecto de barrido de la saliva. (Lundquist 1952), aquí intervienen factores como el estado de la dentición del niño, fuerzas masticatorias, alta o baja viscosidad de la saliva, baja actividad muscular y la condición en que se encuentren los tejidos blandos. ^{9, 44,45}

Respecto a la consistencia de los alimentos y su eliminación de la cavidad oral, hay varios estudios que han observado que algunos alimentos, aún con un alto contenido de azúcar, pueden tener mayor solubilidad y son más rápidamente eliminados de la cavidad oral, mientras que alimentos con un alto contenido en almidón (pan, cereales, patatas) pueden incrementar la producción de ácidos y es más lenta su eliminación de la cavidad oral. ⁴⁵

Otros factores también intervienen para determinar el potencial cariogénico, el modo de ingestión y el momento de uso. El modo o forma en que un alimento se ingiere, afecta directamente el tiempo de permanencia de los residuos alimenticios en boca, por ejemplo un alimento ingerido a través de un biberón, tendrá un tiempo de exposición mayor al alimento, en comparación al del uso de un vaso. Respecto al momento de uso, se hace énfasis en evitar la ingestión nocturna de alimentos, ya que como antes hemos mencionado, estos permanecerán más tiempo en la boca, debido a la disminución de movimientos musculares y reflejos de deglución durante el sueño esto reduce la acción del flujo salival y su función protectora. ^{9,48}

Es importante recordarles a los padres que no es posible mantener una alimentación libre de factores de riesgo, mucho menos en los niños, pero ellos pueden colaborar para disminuir la frecuencia y cantidad de



la ingesta de estos factores de riesgo llamados carbohidratos, así mismo, apoyar para llevar a cabo una acción preventiva realizando una adecuada higiene bucal después de cada comida y por medios que refuercen la superficie dental como la aplicación tópica de flúor.⁴⁷

Tomando en cuenta todo lo anterior mencionado y para poder dar un asesoramiento nutricional adecuado, se le puede pedir a los padres del niño, que elaboren un registro alimenticio de lo que el niño consume en un período de 3 a 7 días (mínimo 3 días). Especificando principalmente horarios, cantidades de alimentos y su preparación, forma de consumo (a través de biberón, papilla, etc.) y si adicionan o no azúcar. Una vez que el paciente lleve a la consulta el registro, se analiza en su presencia y se le explicará en donde hay inconvenientes en la alimentación que ha proporcionado y se le dan las recomendaciones pertinentes.^{44,48}

4. ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCION DE BUENOS HÁBITOS ALIMENTICIOS INFANTILES.

“La tarea más importante del trabajador de la salud es enseñar estimulando el compartir de conocimientos, habilidades, experiencias e ideas. Las actividades educativas del trabajador en salud tienen efectos más trascendentales que todas sus actividades preventivas y curativas juntas”.³¹ Con el propósito de lograr esta labor, se han creado diversos materiales de apoyo para el proceso educativo, como elementos que pueden ayudar más fácilmente a la comprensión de mensajes.

En el Manual “Material didáctico escrito: un apoyo indispensable” publicado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), se define a los materiales didácticos como aquellos instrumentos que van



a servir de apoyo en un programa educativo, que favorece la enseñanza y el aprendizaje manteniendo el interés de quien los utiliza, logrando así un aprendizaje más activo, y por lo tanto fomentando el desarrollo de los conocimientos, habilidades y valores que se quieran alcanzar.³²

El profesional de la salud dental encargado de las tareas preventivas y educativas, debe conocer los diferentes tipos de material didáctico que existen para poder elegir el más adecuado de acuerdo a la audiencia a la que va dirigido el mensaje, en este caso, niños y padres de familia.

Existen diferentes métodos didácticos que se podrán emplear para promocionar la salud, los métodos directos y los métodos indirectos, la selección del método educativo dependerá principalmente de las características del grupo de la población con el que se trabaja. Entre los métodos directos destacan la charla y los grupos de discusión, mientras que los métodos indirectos son técnicas que presentan la ventaja de llegar a un mayor número de personas, aunque no permiten el contacto directo o la interacción con la audiencia. Dentro de este grupo resaltan los carteles y folletos los cuales permiten destacar una o dos ideas muy sencillas o incluso difundir una imagen característica (logotipo).¹³

El establecimiento de rutinas y hábitos saludables son importantes para los niños en edad preescolar y escolar, ya que estos primeros años de vida son fundamentales para su desarrollo. De ahí surge la importancia de proporcionar a los padres y docentes información de aspectos preventivos de dieta e higiene bucal, los cuales deben contener la información necesaria y adecuada acerca de la salud oral, para que puedan poner en práctica estrategias de prevención.

La OMS recomienda que “se debe modificar el enfoque profesional centrado en la enfermedad (mutilatorio y curativo, como se da en gran



medida en la actualidad), por un enfoque de prevención fundado en la salud, educación sanitaria y el autocuidado.”¹

En relación a la formación de rutinas y hábitos saludables, además de los padres, la escuela también es sumamente importante ya que entre los principales propósitos de la educación se pretende promover acciones de salud para preservar y promover una vida saludable, fomentando actitudes de autocuidado. Por lo que la salud oral es responsabilidad del sector salud, la escuela y los padres de familia.

Considerando las características de los niños es importante que al interior de las escuelas se generen ambientes de aprendizaje y colaborativos que favorezcan el desarrollo de experiencias de aprendizaje significativas. “El aprendizaje es un proceso que busca cambios de conducta”.²⁸

Por lo que a continuación se sugieren algunas de las estrategias que se pueden poner en práctica al interior de las escuelas de educación preescolar y escolar, para que docentes y padres de familia con el apoyo de los profesionales de la salud bucal, promuevan hábitos y rutinas saludables.

4.1 Periódico mural y trípticos informativos

El periódico mural es un espacio grande que incluye textos, dibujos o gráficas, y es visible a una distancia considerable.²⁸ Se debe identificar correctamente el lugar en donde se colocará, tratando de que sea el más concurrido y muy visible, usar varias cartulinas para crear un espacio grande donde colocar textos e imágenes y los títulos deben ser grandes y resaltados para llamar la atención.



Fig. 13 Ejemplo de un cartel con la pirámide de los alimentos ³⁰

En el nivel preescolar el periódico mural es de suma importancia, se dirige a los padres de familia, es elaborado por docentes y se cambia por semana o quincenalmente. Dentro de las ventajas, hay que destacar que son que son realmente útiles para informar y sensibilizar, reforzando actitudes ya definidas, también que atraen la atención de modo intenso y rápido. Deben ser suficientemente atractivos para



Fig. 12 Ejemplo de un periódico mural promoviendo alimentación saludable.²⁹

captar el interés y si no se colocan en lugar adecuados, no cumplen su función.³³



Los trípticos informativos son un medio o material educativo impreso, con ilustraciones, en el cual se va a plasmar información sintética y concreta acerca de un tema en particular. Son de uso muy frecuente en materia de salud y los hay en diferentes presentaciones, la finalidad de proporcionar trípticos para los padres de familia, es que sirva como un medio para informar acerca de la correcta alimentación e higiene bucal que deben mantener en sus hijos, así como sensibilizarlos y motivarlos, para que comprendan que es importante a que acudan a una revisión con el profesional de la salud, como una medida preventiva.

El tríptico consiste en información impresa y repartida en tres columnas, se utiliza para ampliar o conservar la información sobre un tema. Se debe identificar el tema a tratar, las ilustraciones y la distribución que se hará de las mismas, será tomando en cuenta las características de la población a la que se dirige y se debe evitar la saturación de texto o imagen. ²⁸ Los títulos y subtítulos que se registren deben ser atractivos y coherentes, pues son de vital importancia para atraer al lector.

Algunas características importantes de los trípticos son:

- Interesante y atractivo para el lector.
- Breve y concreto, con la finalidad de que no aburran y desmotiven al lector para llegar al mensaje principal.
- Que promueva el análisis crítico, es decir, que el contenido debe proporcionar un juicio crítico, para que se reflexione acerca de la realidad, para así poder participar en el mejoramiento de la salud.

4.2 Sugerencia de un tríptico dirigido a los padres, relacionado a la alimentación saludable

(Ver anexo)



CONCLUSIONES.

La promoción de la salud, se ha convertido en una estrategia para la enseñanza de hábitos y costumbres que pretende guiar al individuo a un proceso de cambio en su actitud y conducta, en busca de mejorar o mantener sus condiciones de salud.

Durante la etapa infantil, los hábitos alimenticios se adquieren en el núcleo familiar y se refuerzan en la escuela y el entorno social, pero los padres deben estar siempre pendiente para evitar que estos hábitos se vuelvan nocivos y afecten la salud bucal del niño, debido a la influencia de los medios de comunicación y el entorno escolar.

Desde el punto de vista nutricional debemos recordarles a los padres la importancia de mantener una alimentación equilibrada, variada y saludable, tanto para fomentar un desarrollo óptimo en el crecimiento del niño, como para evitar la aparición de enfermedades propias de la cavidad bucal como la caries dental, la cual, se ha convertido en uno de los padecimientos más comunes en la población infantil.

La clave para disminuir la aparición de enfermedades como la caries, es educar a la población de forma temprana.

Por ende, el profesional de la salud, debe poseer el conocimiento y participar en la promoción de información sobre cuáles son los hábitos saludables, para poder brindar una atención adecuada a los niños y proporcionar el conocimiento y recomendaciones a los padres para poder llevar a cabo cambios positivos en los hábitos de los niños y que estos permanezcan hasta su vida adulta.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mazariegos M. Salud Bucal del Preescolar y Escolar. Primera Edición, México, Secretaria de Salud. 2011. 35p.
2. El Desafío de las Enfermedades Bucodentales – Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental. 2ª ed. Ginebra: Federación Dental Internacional (FDI); 2015.
3. Organización Mundial de la Salud & Candau, Marcolino Gomes. (1969). Actividades de la OMS en 1968: informe anual del Director General a la Asamblea Mundial de la Salud y a las Naciones Unidas. Organización Mundial de la Salud.
4. Turner, C,E. Planteamiento de la educación sanitaria en la escuela. Barcelona. UNESCO/Teide y OMS. 1967.
5. O. Harris N, García–Godoy F. Odontología preventiva primaria. 2da Edición traducida de la 6ta edición en inglés. México, Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., 2005; 529 p.
6. Cuenca E. Baca P. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 4ta Edición, Barcelona España, 2013; 284 p.
7. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud” en Arch Med Int [online]. 2011, vol.33,n.1.



8. Sánchez JM. “Las 5 funciones de Promoción de la salud”. Secretaria de Salud en www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/5_funciones.html.
9. Guido M. Castillo J. Manejo odontológico Materno infantil basado en evidencia científica. Madrid. Editorial Ripano. 2010, 268 p.
10. Cisneros G., Hernández Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. Cuba. MEDISAN [Internet]. 2011 Oct [citado 2019 Sep 03]; 15(10): 1445-1458
11. Macías A., Gordillo L., Camacho. Eating habits in school-age children and the health education paper. Santiago.Rev. chil. nutr. [Internet]. 2012 Sep [citado 2019 Sep 09]; 39(3): 40-43.
12. Guedes-Pinto A., Bonecker M., Delgado C. Fundamentos de Odontología Odontopediatría. 1ª edición. Brasil.2011. Editorial Santos Editora.
13. Serra L., Aranceta J. Nutrición y Salud Pública métodos, bases científicas y aplicaciones. Segunda Edición. 2006. Editorial Masson.
14. Macías Adriana., Quintero ML., Camacho E., Sánchez M. La tridimensionalidad del concepto de nutrición: su relación con la educación para la salud. Revista Chilena vol.36. Diciembre 2009.
15. Mariño A., Núñez M., Gámez A. Alimentación saludable. La Habana, Cuba. 2015.13 p.
16. www.mibebeyyo.elmundo.es



17. [www.bonduelle.es/habitos alimenticios](http://www.bonduelle.es/habitos_alimenticios)
18. www.comofuncionaque.com/alimentacion-balanceada/
19. www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_escolar.pdf
20. P. Cervera. J. Clapes. R. Rigolfas. Alimentación y dietoterapia. (Nutrición aplicada a la salud y la enfermedad).4ª edición. México. Editorial Mc.Graw-Hill Interamericana.2004.
21. https://elpais.com/elpais/2019/02/27/mamas_papas/1551258227_368461.html
22. <https://mibebeyyo.elmundo.es/bebes/alimentacion/alimentacion-bebe/papilla-pasos-3791>
23. <http://www.elblogdemibebe.com/2017/09/19/trucos-bebe-accepte-biberon/>
24. <http://www.fao.org/3/am401s/am401s07.pdf>
25. https://vanguardia.com.mx/sites/default/files/styles/paragraph_image_large_desktop_1x/public/campeche-hoy-chatarra.jpg
26. <https://alianzasalud.org.mx/2014/07/restringen-publicidad-de-comida-chatarra-para-ninos-en-t-y-cine/>
27. <https://www.saludabit.es/blog/publicidad-de-alimentos/>



28. De la Fuente J. Sifuentes MC y Nieto ME. Promoción y educación para la Salud en Odontología. Primera Edición, México. Editorial El Manual Moderno. S.A. de C.V.; 2014.189p.
29. https://www.miraflores.gob.pe/Gestorw3b/files/pdf/6309-4688-resultados_ps_julio.pdf
30. <http://agrega.educacion.es/repositorio/mural.procomun.pdf>
31. Valdivia L. Aller L, Lerma J. Guía para el diseño, utilización y evaluación de material educativo de salud. 1ª edición. Estados Unidos. Editorial OPS (Organización Panamericana de la Salud); 1984.
32. Programa Regional de Educación en Población (UNESCO-FNUAP). Material didáctico escrito: un apoyo indispensable [libro electrónico]. 1ª edición. Venezuela: Editorial UNESCO-FNUAP; 1989.
33. Byrd-Bredbenner, C., Beshgetoor, D., Moe, G., & Berning, J. Perspectivas en nutrición. Octava edición. México. 2010. Editorial McGrawHill.
34. <http://www.programapipo.com/wp-content/uploads/2012/05/MENUS-SALUDABLES.pdf>
35. <http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s0d.htm>
36. Welsch, U., Sobotta J. *Histología*. 2ª edición. Editorial Panamericana. 2009.



37. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. 2001. Geneva: Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/ea54id4.pdf
38. Vásquez-Garibay E., Romero E. Esquemas de alimentación saludable en niños durante sus diferentes etapas de la vida. Parte I. Primeros dos años de vida. Guadalajara, Jal. México. 2008. Vol.65.12 p.
39. Vásquez-Garibay E. Alimentación complementaria en el primer año de vida. En: Vásquez-Garibay, editor. SAM Nutrición Pediátrica. México. 2005.
40. Consenso mexicano de ablactación. Instituto Nacional de Pediatría. Acta Pediatr Mex. 2004; 25 (Supl. 2).
41. Realpe AM., Ruíz H., Alimentación Complementaria En El Primer Año De Vida. Revista Gastrohnutp. Año 2016. Volumen 18. Número 1 (enero-abril): 43-47
42. OMS/UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241562218/en/index.html
43. Moreno JM., Galiano MJ. Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. 2015. Madrid
44. Bordoni N. Escobar A. Castillo R. Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana. 2010.
45. González Á., González B., González E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutr. Hosp. [Internet]. 2013 Jul [citado 2019 Oct 10]; 28(Supl 4): 64-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008&lng=es.



46. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adolescentes/guiaadolesc_nutricion.pdf
47. Barbería E. Odontopediatría. 2ª ed. Masson.2001.
48. De Figueiredo L.Ferelle A. Issao M. Odontología para el bebé. 1ª edición. Editorial Artes Médicas. 2000.
49. <https://medired.com.bo/articulos/caries-rampante-o-caries-de-biberon/>
50. Barceló E. Odontología para bebés. Estrategia de prevención.1ª edición. 2007. Editorial Trillas.

ANEXO

De 1 a 3 años: El niño puede comer los mismos alimentos que la familia.



¿Qué debemos EVITAR? El consumo de:

- Dulces
- Pallets
- Refrescos azucarados
- Jugos industriales
- Pastiles
- Mermeladas

Ya que el consumo excesivo de estos alimentos contribuye a la aparición de CARIES.



Hay que recordar siempre mantener una buena higiene bucal después de cada comida.



¡LOS BUENOS HÁBITOS ALIMENTICIOS AYUDAN A MANTENER UNOS DIENTES FUERTES Y SANOS!



UNA CORRECTA ALIMENTACIÓN BENEFICIA LA SALUD BUICAL Y NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS. ¡AYUDELO A PRESERVAR UNA SONRISA SALUDABLE!



**FLORES VALENCIA YUSIN A.
NOVIEMBRE 2019**

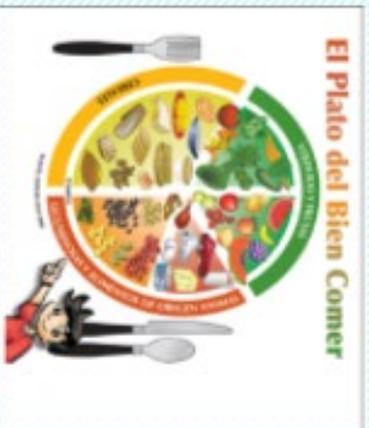
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SEMINARIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD**



La alimentación es fundamental para el crecimiento y desarrollo físico y mental de los niños.

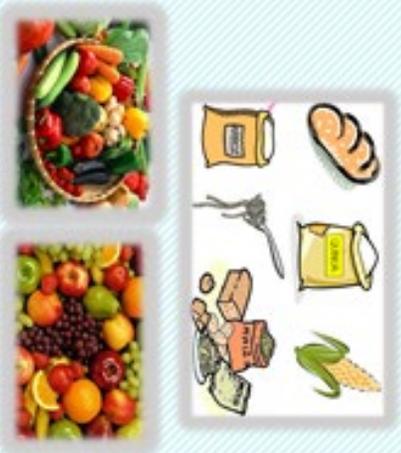


Plato del buen comer



Una dieta balanceada debe contener alimentos de todos los grupos.

¿Qué alimentos deberemos AUMENTAR?



Invitar a los niños a participar en la preparación de



Alimentación en la primera infancia

Primeros 6 meses de vida: Leche materna únicamente, ya que es nutritiva, anti infecciosa y la lactancia materna ayuda al desarrollo facial, muscular y lingual.



A partir de los 6 meses: Se debe complementar la alimentación con papillas y purés blandos de verduras, carne y fruta.



El biberón.

Evitar la alimentación nocturna y el uso prolongado del biberón con bebidas que contengan azúcares, para disminuir el riesgo de caries.

