

Sociedad Argentina de Pediatría

Secretaría de Educación Continua



Por un niño sano
en un mundo mejor

PRONAP

Módulo N° 4

El adolescente varón

**Alimentación complementaria
del niño amamantado**

Depresión puerperal

Dolor de miembros inferiores

Con auspicio de Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF).
Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ministerio de Salud de la
Nación. Declarado de interés por el Honorable Senado de la Nación.

05

Programa Nacional de Actualización Pediátrica

Pronap 2005

n Comisión Directiva SAP	<i>Secretaria de Relaciones Institucionales</i> Dr. Angela Gentile	n Director de Publicaciones Dr. Teodoro F. Puga	n Directora PRONAP Dra. María Luisa Ageitos	<i>Región Pampeana Norte</i> Dr. Carlos Cipolla
<i>Presidente</i> Dr. Mario Grenoville	<i>Secretario de Filiales y Delegaciones</i> Dr. Omar L. Tabacco	n Secretaría de Educación Continua	Asistentes Dra. Virginia Orazi Dra. Isabel Maza Dra. Roxana Martinitto	<i>Región Pampeana Sur</i> Dr. Jorge Cabana
<i>Vicepresidente 1</i> Dra. Margarita D. Ramonet	<i>Secretaria de Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo</i> Dra. Alicia M. Benitez	Presidente Dra. Nélide Valdata	Secretarías Administrativas Fabiana Cahaud María Laura Boria Olga Daletto	<i>Región Centro Cuyo</i> Dr. Ricardo Demarco
<i>Vicepresidente 2</i> Dr. Ernesto R. Alda	<i>Secretario de Medios y Relaciones Comunitarias</i> Dr. Jesús M. Rey	Vocales Dra. Silvia Castrillón Dra. Isabel Maza Dr. Luis Urrutia Dra. Lucrecia Arpi Dr. Héctor Daniel Vázquez Dra. Angela Nakab	n Consejo Asesor del PRONAP	<i>Región Noreste Argentino (NEA)</i> Dra. Gloria M. Chiarelli
<i>Secretaria General</i> Dra. Nélide C. Valdata	<i>Vocal 1º</i> Dr. Claudio Pedra	Asesoras Pedagógicas Lic. Amanda Galli Lic. Claudia Castro	Directores de Región	<i>Región Noroeste Argentino (NOA)</i> Dra. Claudia M. Palladino
<i>Tesorero</i> Dr. Gustavo R. Cardigni	<i>Vocal 2º</i> Dr. Alejandro Lozano		<i>Región Metropolitana</i> Dr. Domingo Longo	<i>Región Patagónica Atlántica</i> Dr. Marcelo Murua Manzano
<i>Pro-Tesorerera</i> Dr. Stella Maris Gil	<i>Vocal 3</i> Dr. Mario Ripoli		<i>Región Litoral</i> Dr. Carlos A. Badias	<i>Región Patagónica Andina</i> Dr. Jorge R. Nicolini
<i>Secretario de Educación Continua</i> Dr. Luis E. Urrutia	<i>Coordinadora Técnica</i> Dra. Adriana Fazani			
<i>Secretario de Actas y Reglamentos</i> Dr. Roberto D. Nazr				

Equipo de apoyo profesional

Néstor Albizuri, Hilda Auferil, Miriam Bonadeo, Silvia Castrillón, Luis Armando Cima, Cristina Ciriaci, Leopoldo Coarasa, Marta Eugenia Del Caño, Susana Factorovich, Claudia Ferrario, Carlos Figueroa, Edgardo Flamenco, Gabriela Giannini, Nelly Insfran, Walter Joaquin, Roxana Martinitto, Isabel Maza, Angela Nakab, Mónica Ohse, Adriana Peralta, Gladys Pernas, Lilia Rabinovitz, Josefa Rodriguez, Susana San Miguel, Norma Schenone, Mabel Schinder, Ana María Soria, Lilita Tarico, Luis Urrutia, Nélide Valdata, Guillermo Venara, Ricardo Vicentino, Miguel Angel Yohena, Horacio Yulitta, Lilita Villafañe.

Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría. Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP).

Av. Coronel Díaz 1971 C1425DQF. Buenos Aires.

Teléfonos: (011) 4821-2318/ 2319/ 5033/ 8612, internos: 130/ 131/ 132/ 145.

Fax directo: interno 132. Correo electrónico: pronap@sap.org.ar Internet: <http://www.sap.org.ar>

Horario de atención: Lunes a Viernes de 12 a 20 hs.

© Sociedad Argentina de Pediatría, 2005.

ISBN: 987-9051-57-2. Hecho el depósito que marca la ley 11.723.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la Sociedad Argentina de Pediatría. Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente las de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Producción gráfica: **IDEOGRÁFICA**. Tte. Gral. J. D. Perón 935 (C1038AAS) Ciudad de Buenos Aires.

Teléfono: 4327-1172 • ideografica@interlink.com.ar

PRONAP Informa

Información útil y necesaria

Estamos terminando el curso 2005 y les presentamos el último módulo.

Con este Módulo N° 4 Ud. está recibiendo:

- Encuesta de Opinión (cuadernillo de preguntas y formulario óptico)
- Examen Final 2005 (cuadernillo de preguntas y formulario óptico)
- Hoja Suelta de Depresión puerperal y Alimentación complementaria
- Separadores para archivar hojas sueltas
- Ficha de Inscripción para el PRONAP 2006

La fecha de entrega del Examen Final, la Encuesta de Opinión y el Trabajo en Terreno es hasta el 30 de abril del 2006. No hay prórroga para estas entregas y no se aceptarán formularios una vez vencidos los plazos.

El resultado del examen estará en su poder antes del 30 de agosto del 2006.

Si no recibe el resultado y/o la certificación, rogamos contactarse con la Secretaría del PRONAP. Para realizar este reclamo hay una fecha tope que será hasta el 31 de diciembre de 2006.

Encuesta de Opinión 2005

La Encuesta de Opinión tiene 30 preguntas y será corregida por un lector óptico al igual que el Examen Final y el Trabajo en Terreno. Los formularios son parecidos (igual color y formato). **NO LOS CONFUNDA.** Lea atentamente el título de cada uno para identificarlos.

Su sincera opinión es de mucho interés para nosotros.

Ud. es el responsable de sus entregas. No olvide el seguimiento de las mismas telefónicamente o por mail en un tiempo prudencial.

Certificación 2005

Si Ud. aprueba el examen del PRONAP, recibirá una certificación por 250 horas y en

El Examen Final 2005

A partir de este nuevo ciclo el examen tendrá 100 preguntas y para aprobarlo deberá contestar correctamente 60 (nivel de exigencia requerido: 60% de respuestas correctas). Consultas realizadas con Centros Internacionales de Evaluación nos sugieren aumentar el número de preguntas a 100. Como Ud. sabe, corregimos mediante formularios ópticos. **Por eso le rogamos que lea atentamente el instructivo para su llenado, respetando cada indicación, de lo contrario no podremos computar sus respuestas y Ud. no recibirá el certificado correspondiente.**

Conserve una fotocopia de las respuestas como constancia, en caso de posteriores reclamos.

el caso de haber concurrido al Encuentro Presencial su diploma será por 280 horas.

El PRONAP comenzó a otorgar créditos para la Recertificación de pediatras. La Secretaria Educación Continua asigna al PRONAP 18 créditos, que el Consejo de Evaluación Pediátrica acredita. Para la adjudicación de créditos será requisito haber aprobado el examen final y haber cumplido con todos los requisitos del año (entregar encuesta de opinión y trabajo de campo). La cantidad de créditos asignados al PRONAP es de 18 por año.

Voces de la red

"...en el presencial se aprovechó muchísimo, además de la parte científica la oportunidad de reunirte con ex colegas de residencia, intercambiar ideas, y evaluar como estás trabajando en tu hospital".

Tania

"Aprovecho para felicitarlos por el trabajo realizado en cada módulo. Durante el año pasado me tocó realizar el último año de mi residencia en Pichanal, una localidad salteña de grandes carencias económicas y de población aborigen, siendo la mayoría de etnia wichi, chaguancos, etc. Como se imaginan, recibir actualizaciones en un lugar tan lejano de información fue un lujo y un placer".

Fernanda

Encuentros Presenciales

En el próximo mes de Marzo habrá 3 Encuentros Presenciales. Los temas que se tratarán en los Encuentros, son los **mismos** que en los del 2005. La idea es brindar una oportunidad para aquellos que, por diferentes razones, no han podido concurrir a los programados para el año.

Las fechas y sedes las detallamos en el cuadro al pie.

"Soy de la provincia de San Juan. Este sábado tuvimos el presencial del PRONAP pese al calor terrible que hizo ese día. Disfrutamos mucho del encuentro, los doctores nos hicieron sentir muy bien, compartimos y aprendimos mucho, incluso hubo dos modalidades distintas que antes no las tuvimos. Otra vez más, gracias a la Sociedad de Pediatría. San Juan se los agradece".

Carina

Encuentros Presenciales

Región	Filial que organiza	Lugar	Fecha	Informes e Inscripción	Responsable Médico
Metropolitana	Entidad Matriz	Entidad Matriz Av. Coronel Díaz 1971 Ciudad Aut. de Buenos Aires	17/3	Secretaria PRONAP 4821-2318/19 int. 130/132 lun. a vie. de 10 a 20 hs. pronap@sap.org.ar	Dra. Isabel Maza
		Entidad Matriz Av. Coronel Díaz 1971 Ciudad Aut. de Buenos Aires	18/3		
Centro Cuyo	San Luis	Círculo Médico de San Luis Colón 1365 San Luis	18/3	Sra. Mercedes y Martha 02652-420729/422738 lun. a vie. de 9 a 12 y de 16 a 20 horas sapsanluis@gmail.com	Dra. Rosana Dutto

"Les agradezco realmente la celeridad y eficiencia con la que solucionaron mi percance. Muchas gracias".

Damian

"Vengo de hacer el presencial de pediatría en Paraná y me pareció excelente, o por lo menos a mí me encantó el final con el póster con el tema HAT. Por fin podemos hacer uso de la imaginación en un trabajo y no tiene que ser todo tan científicista".

Julio

"Acabamos de tener el presencial del PRONAP y salimos todos contentos, en parte por reencontrarnos y en parte por los temas discutidos".

Patricio

"... Tal vez dicho material me ofrezca una estrategia como para luchar contra el tabaquismo desde mi trinchera. Felicitaciones y mil gracias por vuestro esfuerzo. Les saluda con aprecio.»

Enrique

"...es la primera vez que hago este curso y sinceramente estoy muy satisfecha con lo que me he encontrado. ¡¡¡Gracias!!!"

Leticia

"Recibo el Módulo tarde! ¿No pueden mejorar la distribución?"

Rafael

"Muchas gracias, como siempre una atención de primera."

Daniel

"Muy bien abordado el tema de Tabaquismo pasivo... Gracias por lo que hacen, los saluda cordialmente"

María Rosa

"Colegas y personal de la SAP: esta es una oportunidad para saludarlos y desearles muy felices fiestas y que el próximo año nos permita ser mejores en todo nuestras actividades personales y profesionales. Feliz Navidad y Año 2006".

Beto

Fedeerrata

Módulo 2

Capítulo 1 pag. 32

Tabla 7 – Puntos de corte

Menores de dos años. Peso para la edad (P/E)
En ítem Bajo peso leve donde dice: -2.1 a 3 PZ debe decir **-2.1 a -3 PZ**

Entre dos años y menores de 6 años. Peso por talla

En ítem Bajo peso leve: < -2.1 a 3 PZ debe decir **< -2.1 a -3 PZ**

Comentarios de la Dra. Norma Piazza, autora del capítulo "Desnutrición"

Puntos de corte

La OMS define al bajo peso y la baja talla, con las unidades de puntaje z a los puntos de corte en -2, esto es cercano al percentilo 3.

La probabilidad que un niño con bajo peso sea desnutrido, considerando el punto de corte de -2 es alta, ya que sólo el 2,3% se aleja de la mediana de referencia. Sin embargo, en la atención primaria se debe estar alerta ante niños cuyos pesos tiene una probabilidad menor de corresponder a un "desnutrido", entre -1 y -2 habrá un 13,5% que no lo son y esto se determinará con el resto de los parámetros clínicos, vinculares y medio ambientales.

Con la finalidad de prevención (alerta), en la tabla se superponen los valores de los puntos de corte de normalidad con el de alerta. Un niño en este rango debe ser evaluado para verificar o no su normalidad nutricional.

Velocidad de crecimiento

"Sólo el 6% de los niños normales tienen una velocidad de crecimiento durante 2 años inferior al centilo 25 de velocidad y la persistencia de la velocidad por debajo de ese límite debe considerarse patológica".

Tomado de: Guía de evaluación del Crecimiento. 2ª Edición. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo, SAP 2001, pág. 122.

Brook GD. Clinical Paediatric Endocrinology. 3era Edición. Cambridge, University Press, 1995.

Aclaración modificada de "Criterios de atención", Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, 2000. Vol 2, pág. 249.

"Velocidad de crecimiento baja. Se considera velocidad baja, a alguna de las siguientes condiciones:

1. Velocidad por debajo del centilo 3º de los es-

tándares de velocidad recomendados por la Sociedad Argentina de Pediatría, basada en mediciones tomadas según normas y técnicas antropométricas, en por lo menos dos períodos semestrales en niños mayores de dos años.

2. *Velocidad por debajo del centilo 10° en dos o más años seguidos. Esta condición puede observarse en diferentes problemas de salud.*

PRONAP 2006

Con este módulo Ud. recibirá la **Ficha de Inscripción al PRONAP 2006.**

LA INSCRIPCIÓN COMENZÓ EL 01/12/05 Y CIERRA EL 29/03/06.

Tenga en cuenta que la Ficha de Inscripción para el lector óptico sólo puede ser utilizada por ALUMNOS del Curso.

Si Ud. conoce a algún profesional que quiera inscribirse al PRONAP por primera vez, por favor, pídale que solicite la Ficha de Inscripción para nuevos alumnos (de llenado manual) a la Secretaría del PRONAP, en cualquier Filial de la SAP o la imprima desde la página: www.sap.org.ar, solapa de Educación, opción PRONAP, Ficha de inscripción.

Los temas del 2006 fueron seleccionados, como siempre, en base a las sugerencias de los inscriptos, de los miembros de la Secretaría de Educación Continua, de la consulta a los Presidentes de Filiales y Directores de Región. La decisión final ha estado a cargo de la Dirección y la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Para el 2006 se consideran los siguientes temas que serán tratados con diferentes modalidades:

- Alimentación complementaria en niños no amamantados
- Avances en cardiopatías congénitas
- Diabetes en la adolescencia
- El niño y la TV
- Enfermedad de Kawasaki
- Enfermería pediátrica
- Establecimientos saludables
- Ética
- La revolución de los microorganismos
- Los límites
- Medio interno
- Micosis superficiales
- Neutropenias
- Parálisis cerebral
- Screening neonatal
- Trastornos emocionales, signos de alarma
- Tubulopatías
- Uso clínico de la epidemiología

¡Gracias por llegar hasta aquí en su lectura!

Lo esperamos en el 2006, sus aportes, sugerencias y observaciones son bienvenidas.

Por último, le pedimos que **si realizó un cambio en su domicilio** nos avise lo más pronto posible para evitar retrasos en la recepción de los Módulos y/o Certificado.

¡Feliz Año Nuevo!

Módulo N° 4

El adolescente varón

Dr. Gustavo Alfredo Girard

Alimentación complementaria del niño amamantado

Documento OPS/OMS - Modificado

Depresión puerperal

Lic. Mónica Tesone

Dolor de miembros inferiores

Dr. Alejandro Ferrari

Comité Editorial

Dra. Virginia Orazi

Dra. Roxana Martinitto

Dra. Isabel Maza

Coordinación: Dra. María Luisa Ageitos

Procesamiento didáctico:

Lic. Amanda Galli

Lic. Claudia Castro

05

Capítulo I

El adolescente varón

05

El adolescente varón



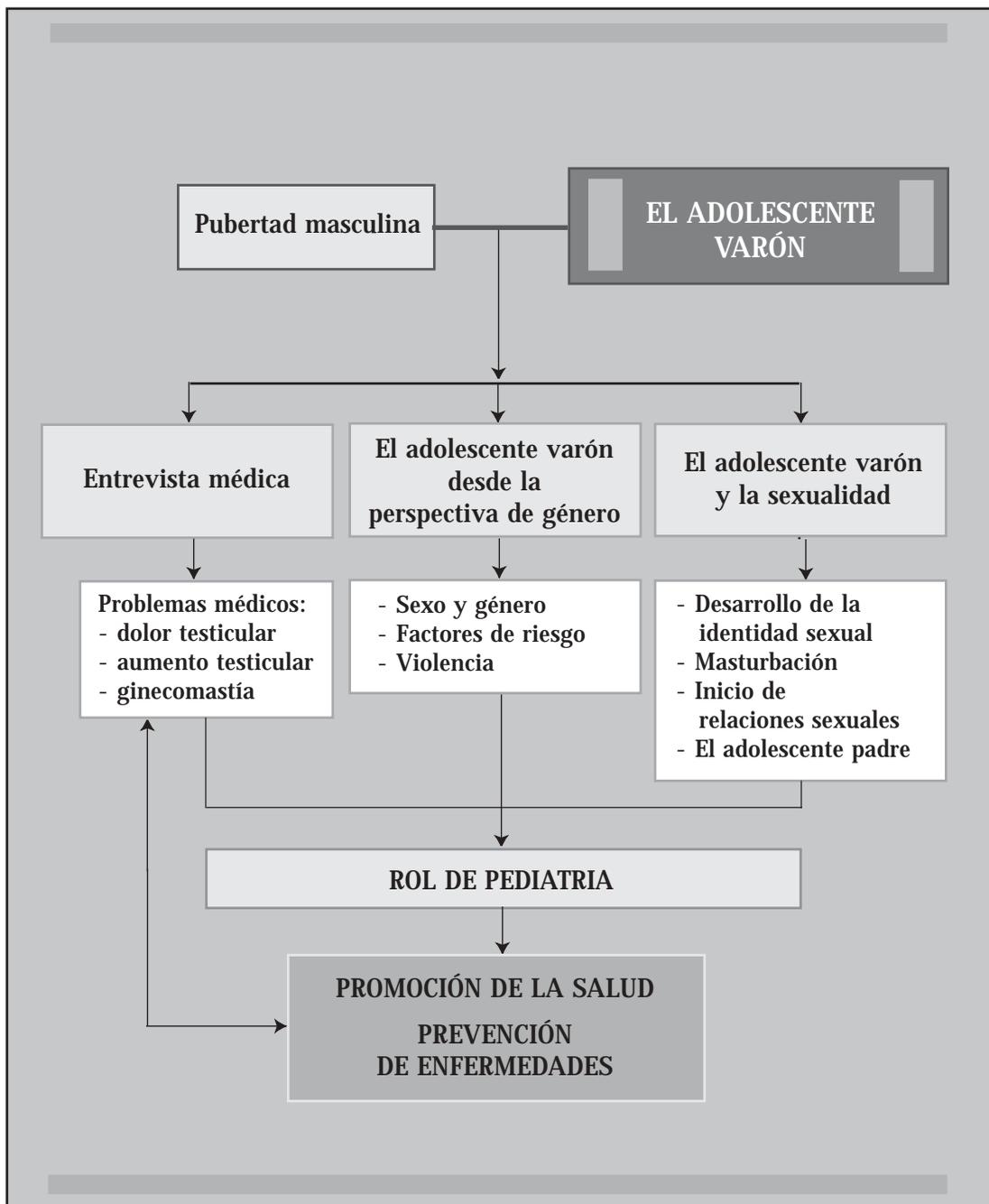
Dr. Gustavo Alfredo Girard

Médico Pediatra, Doctor en Medicina. Profesor Adjunto de Pediatría de la Universidad de Buenos Aires. Coordinador del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires. Referente de Adolescencia en la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Presidente de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe (CODAJIC).

Objetivos

- Diferenciar los fenómenos de pubertad y adolescencia.
- Reconocer los principales problemas médicos del adolescente varón.
- Incluir la perspectiva de género en el análisis de la problemática del adolescente varón.
- Identificar los principales aspectos a abordar en la entrevista médica con el adolescente varón.
- Abordar los temas de la sexualidad del adolescente como una manera de disminuir riesgos y promover la salud.
- Valorar la necesidad e importancia de los controles de salud en esta etapa de la vida.

Esquema de contenidos



Pubertad masculina

Adolescencia y pubertad

Estos términos muchas veces utilizados popularmente como sinónimos, no lo son. Mientras consideramos a la **pubertad como el proceso meramente físico** que marca la etapa de transición de la niñez a la adultez, **la adolescencia requiere de un encuadre biopsicosocial.**

Es por ello que mientras a la pubertad la podemos encarar en una edad determinada no podemos hacer lo mismo con la adolescencia. La Organización Mundial de la Salud considera la edad de la adolescencia como la de la segunda década de la vida, atravesada por características sociales, culturales, educacionales, económicas, étnicas y de género.

En este capítulo nos ocuparemos del **adolescente varón**, analizando no sólo los cambios físicos (pubertad) sino los que ocurren en las esferas psicosociales (adolescencia), remarcando muy especialmente todo lo que hace a la diferencia con la pubertad y adolescencia femenina.

La pubertad tanto masculina como femenina forma parte junto con el período prenatal y el primer año de vida de los llamados **períodos críticos de crecimiento.**

En estos períodos, una determinada noxa de acuerdo a la intensidad con que actúe y la durabilidad con que se presente, puede generar alteraciones en el crecimiento que pueden llegar a convertirse en definitivas (o sea no recuperables cuando dicha noxa deja de actuar). Es por ello que en la pubertad es necesaria una atención especial por parte del equipo de salud mediante controles periódicos. Esta aseveración que suele estar presente en los más diversos artículos y textos sobre crecimiento y desarrollo, no es sin embargo comprendida, no sólo por la población en general sino, lo que es aún más grave, por los propios profesionales de la salud que consideran que los adolescentes son esencialmente sanos y no requieren demasiado de la atención médica.

Es necesario realizar controles periódicos de salud durante esta etapa de la vida.

Al hablar de pubertad, no podemos dejar de mencionar la acción hormonal dado que son las hormonas las que, aumentando su secreción y circulando por el torrente sanguíneo, producirán una serie de cambios que se expresarán a través de la aparición de caracteres sexuales como el desarrollo testicular; la aparición de vello pubiano, axilar, facial, corporal; el desarrollo de escroto, pene, próstata y vesículas seminales; el cambio de voz; el estirón puberal; el desarrollo y distribución del tejido graso y muscular; las erecciones y la primera eyaculación, denominada *espermarca*.

La primera manifestación de pubertad en el sexo masculino es el crecimiento testicular. En general los varones, reconocen en la mujer el desarrollo mamario como manifestación de pubertad, dado que es un fenómeno evidente a la simple observación, pero desconocen la primera manifestación de *su propio* desarrollo. Por este motivo, es importante trabajar durante la consulta con técnicas anticipatorias, es decir, transmitir al joven frases del tipo de "te va a pasar....." o "te puede estar pasando.....", reforzando esta explicación mostrando láminas que grafican los distintos estadios de desarrollo sexual y que se denominan *estadios de Tanner*.

Niños Desarrollo de genitales



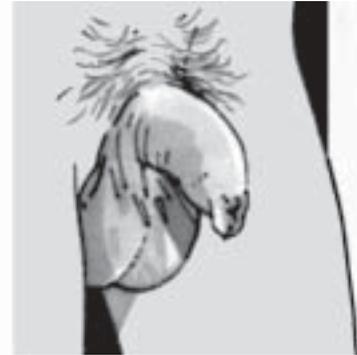
Grado 1 Prepuberal:

Los testículos, escroto y pene son del mismo tamaño y proporciones que en la primera infancia. Estadio Pre-puberal.



Grado 2:

Agrandamiento del escroto y testículos. La piel del escroto se congestiona y cambia de textura. En esta etapa hay poco o ningún agrandamiento del pene.



Grado 3:

Agrandamiento del pene que tiene lugar al principio sobre todo en longitud. Los testículos y el escroto siguen desarrollándose.



Grado 4:

Aumento de tamaño del pene que crece en diámetro, y desarrollo del glande. Los testículos y escroto se hacen grandes, la piel del escroto se oscurece.



Grado 5:

Los genitales son adultos en tamaño y forma.

Niños

Grados de desarrollo del vello pubiano



Grado 1 Prepuberal:

El vello sobre el pubis es igual al de la pared abdominal, es decir, no hay vello pubiano.



Grado 2:

Crecimiento de vellos largos, suaves y ligeramente pigmentados lacios o levemente rizados, principalmente en la base del pene. Este estado es muy difícil de reconocer en las fotografías.



Grado 3:

El vello es considerablemente más oscuro, áspero y rizado. Se extiende en forma rala sobre el pubis.



Grado 4:

Las características del vello son del tipo adulto pero la superficie cubierta es todavía menor que en el adulto. No hay extensión a la superficie medial de los muslos.



Grado 5:

Vello adulto en calidad y cantidad. Extensión hasta la superficie medial de los muslos.

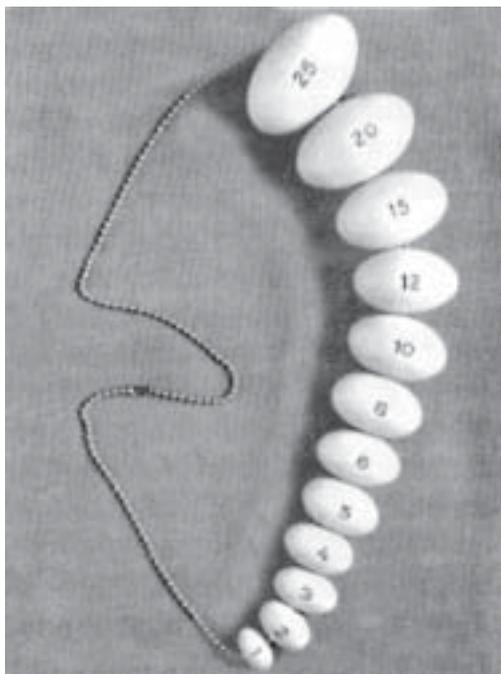


Grado 6:

Extensión hasta la línea alba.

Otra forma de evaluar el desarrollo puberal masculino es a través del **orquidómetro de Prader** (consta de una serie de modelos elipsoides de volumen conocido).

El aumento del volumen testicular (que corresponde al comienzo del desarrollo puberal es el volumen de 4 ml que equivale a 2,5 cm si medimos el testículo de polo a polo), va seguido de la aparición de vello pubiano y del crecimiento del pene. A partir del inicio del desarrollo testicular, se produce también el crecimiento y maduración de otras estructuras del varón, como la próstata y las vesículas seminales.



En general los varones comienzan su desarrollo sexual, es decir el aumento de tamaño testicular, a una edad promedio de 11,8 años con un rango entre 8,9 y 14 años, con un límite de 14,7 años. Casi al mismo tiempo, comienza el desarrollo de vello en el pubis.

El crecimiento del vello axilar ocurre generalmente dos años después de la aparición del vello púbico y va seguido de la aparición de vello facial y luego corporal.

La mayoría de los varones experimenta su estirón o empuje puberal luego de presentar los primeros signos de desarrollo testicular y aparición de vello pubiano. Éste es un dato muy importante para transmitir a los jóvenes, puesto que si un varón consulta preocupado por su talla y en el examen físico observamos que los testículos no han iniciado su desarrollo, podemos asegurarle que no están dadas las condiciones para presentar aún el estirón puberal.

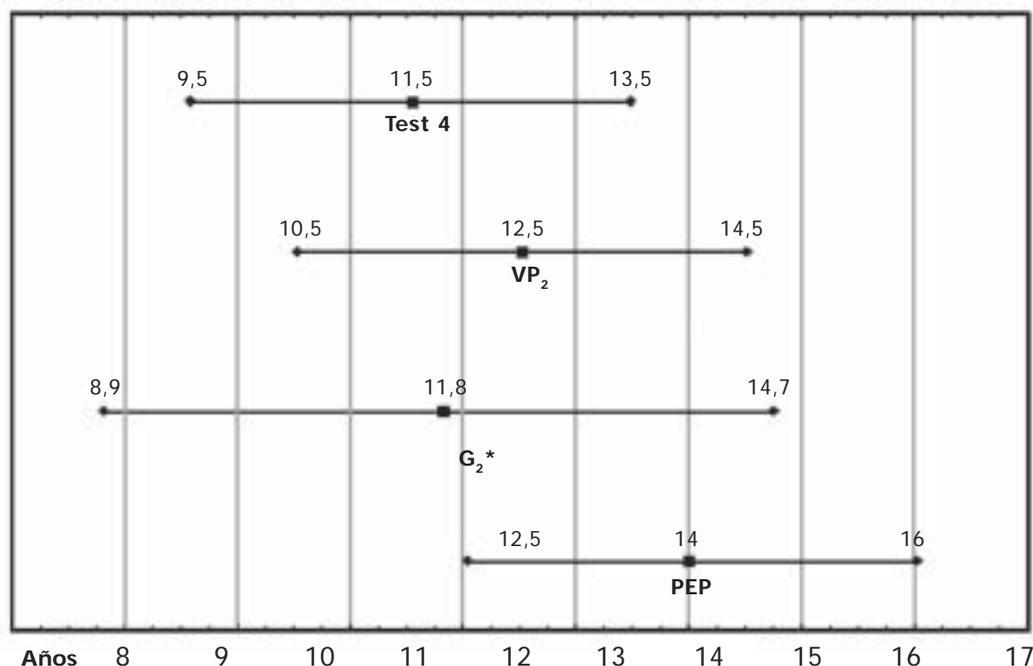
Los varones que presentan un desarrollo sexual tardío tendrán también un empuje puberal tardío y viceversa. Surge aquí el concepto de **maduradores rápidos y maduradores lentos**, es decir varones totalmente normales, que inician su desarrollo en forma temprana o tardíamente con relación a la media de la población, pero sin presentar patología.

En **todas las consultas** sobre crecimiento y desarrollo, resulta de utilidad interrogar sobre el desarrollo de ambos progenitores. La talla o altura en cm de ambos, edad en la que el padre y la madre presentaron y comenzaron su desarrollo puberal. Estos datos nos permitirán con los cálculos correspondientes obtener el blanco y rango genético familiar y relacionar la edad del comienzo puberal de padres e hijos.

Así como las mujeres presentan su estirón puberal a la edad promedio de 12 años, los varones lo presentan a los 14 años, con variaciones entre los 12 y 16 años.

Antes de iniciar su pubertad, los adolescentes crecen a un promedio de 5 a 6 cm por año, mientras que al iniciarse la misma, el crecimiento pasa a ser de 8-9 cm por año. Los varones crecen alrededor de 7 cm el primer año, 9 cm en el segundo, 7 cm en el tercero, 3 cm en el cuarto. El crecimiento se completa a los 5 años de iniciada la pubertad.

Secuencia de eventos puberales de varones*



Test 4: tamaño testicular de 4 ml.

VP₂: Vello pubiano 2.

G₂*: Genitales 2.

PEP: Pico de empuje puberal.

Gráficos preparado por las Dras. Breitman F. y Orazi V. sobre datos de Lejarraga H., Castro E., Cusminsky M. (Annals of human biology 1976; 3:379-81) para G₂; de Marshall WA., Tanner JM. (Archives of Disease in Childhood 1970; 45:13) para Testículos; de Tanner JM. (Growth at Adolescence. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publins, 1962) para Vello pubiano; y de Marshall WA., Tanner JM. (Archives of Disease in Childhood 1970; 45: 13-23) para Pico de empuje puberal.

Repercusiones psicosociales

Continuando con el tema de la pubertad, podemos decir que este proceso, en general normal y fisiológico, puede ser vivido por el adolescente como extraño, diferente o fruto de alguna anormalidad; del mismo modo que ciertos cuadros que entrañan patología pueden ser totalmente obviados o ignorados.

Esta situación ocurre en ambos sexos, con la diferencia de que la mujer, en general, tiene la posibilidad y capacidad de verbalizar más estos hechos. Su cercanía con la madre o con la figura materna suele ser mayor que la que el adolescente varón tiene con su propio padre.

Esto no se limita sólo a la adolescencia. En el mundo adulto, está totalmente aceptada la consulta ginecológica en la mujer, mientras que el hombre únicamente consulta sobre su aparato reproductor ante situaciones concretas de preocupación (dolor, enfermedades de transmisión sexual, esterilidad). Fuera de la niñez y adolescencia, el examen genital masculino no siempre es practicado de rutina por el clínico general, a excepción de la derivación entre los 40-45 años a un médico urólogo para control prostático.

El inicio del desarrollo puberal suele sorprender al varón o, por el contrario, en otros casos representa una situación que estaba esperando con ansia. De allí que puedan surgir actitudes extremas. Algunos se autoexaminan con cuidado y minuciosamente, mientras que otros obvian totalmente lo que está ocurriendo.

Anteriormente nos referimos a varones que presentaban su pubertad normal en etapas tempranas y a otros que lo hacían tardíamente en relación al promedio. Es importante tener en cuenta que para el adolescente, lo frecuente es sinónimo de normalidad y si la pubertad se produce temprana o tardíamente, significará sin duda un motivo de preocupación.

Esto nos lleva a recordar dos **motivos frecuentes de consulta**:

1. En los casos de **pubertad tardía**, el aspecto físico aniñado y el escaso desarrollo genital, puede dificultar en ocasiones una adecuada integración con sus pares. Cuando no se ha iniciado el desarrollo sexual a los 14 años, es conveniente efectuar una consulta a un médico pediatra o clínico, para descartar patología.
2. Por el contrario, cuando la **pubertad es temprana**, suele sorprender al adolescente. Los cambios físicos y hormonales repercuten en sus sensaciones y estados de ánimo. Son niños con físico correspondiente a edades más avanzadas. Muchas veces, debido a su aspecto, son presionados socialmente a jugar actitudes o roles para los cuales no se encuentran emocionalmente maduros (por ejemplo, a iniciar relaciones sexuales a edades tempranas).

En caso que el desarrollo puberal se inicie en el varón antes de los 9 años, el mismo debe ser considerado como pubertad precoz, lo que requiere descartar patologías que la pueden producir y amerita un estudio más especializado.

Considerando el desarrollo de los genitales, debemos tener en cuenta que características totalmente normales en los genitales masculinos suelen ser vividas como anormales y transformarse en motivo de preocupación por parte de los adolescentes.

Por ejemplo:

- Los folículos pilosos (pelo) habituales en el escroto o bolsa suelen ser considerados como "pápulas" o granos, pudiendo observarse también quistes sebáceos (o de grasa) sin características patológicas.
- La presencia del frenillo del glande suele ser considerada una adherencia.
- La salida de semen en la eyaculación nocturna, puede ser confundida con exudado purulento.
- En el examen de rutina no es raro encontrar inflamación o edema del glande y prepucio que suele asociarse a maniobras masturbatorias. El tema puede tratarse en forma directa y con mucho tacto, considerando el pudor y la vergüenza que el joven puede experimentar ante esta situación.
- Sabemos que el varón suele asignar una importancia fundamental al tamaño de sus genitales, particularmente el pene. La asociación del tamaño genital con la virilidad y potencia sexual, puede condicionar actitudes del adolescente como miedo e inseguridades. Muy pocos son los adolescentes que se animan a verbalizar esta situación, a pesar de que son muchos los que la "padecen". Cuando el médico, en el examen clínico descubre genitales, que si bien son normales pueden ser considerados como de menor tamaño, debe reafirmar las características de normalidad. Cuando son los padres los que consultan preocupados por escaso desarrollo genital, es fundamental conocer si la demanda parte del paciente o de su familia.
- La eyaculación, la erección y la masturbación son en general temas que generan vergüenza, culpas. Pueden ser abordados durante la entrevista, pero en todos los casos se deberá evaluar el motivo de consulta del paciente, su edad y no invadir su privacidad.

Etapas de la adolescencia

Sólo con criterio didáctico y considerando que, en general, las preocupaciones de un varón de 11 años, difieren, por ejemplo, de las de uno de 17, dividiremos a la adolescencia en tres etapas, considerando aspectos bio-psico-sociales.

Así, hablaremos de adolescencia inicial, media y tardía, con la finalidad de lograr una mejor comprensión sobre qué les ocurre y qué temas preocupan a los adolescentes varones que pueden ser nuestros hijos, alumnos, pacientes, en cada uno de estos momentos. Ya nos referimos a la variabilidad durante la pubertad, como por ejemplo, varones que presentan su estirón puberal a una edad media de 14 años y otros que lo presentan a los 12 o 16, hallándose los tres dentro de parámetros normales.

Esta variabilidad también se manifiesta en relación con la importancia que adjudican a su imagen corporal, desde el punto de vista de la relación con sus pares y padres, de la autonomía que van adquiriendo y de su inserción social.

Adolescencia inicial: (10 a 13 años)

La preocupación está centrada en los cambios corporales. Hay gran incertidumbre acerca de la apariencia y preocupa la mirada de los pares y de los adultos.

Cobran valor los estereotipos psicofísicos de virilidad: fuerza, agresividad, talla alta, voz gruesa, vello facial y corporal.

Comienzan a manifestar menor interés en la relación con los padres y mayor necesidad de privacidad. Sus amigos son, en general, pares del mismo sexo.

Se produce un aumento de las habilidades cognitivas y surgen metas vocacionales diversas: ser bombero, aviador, futbolista, policía.

Considerando la **pubertad: ¿Cuáles son los cambios observables?**

Dijimos que es en la adolescencia inicial donde comienza el desarrollo sexual con el aumento del tamaño testicular. La piel del escroto se congestiona y cambia de textura. Hay escaso crecimiento del pene, esto corresponde al Estadio Genital 2 (G2) de Tanner. En cuanto a la aparición de vello, se observa en el pubis, vello lacio y ligeramente pigmentado que corresponde al Estadio Vello Pubiano 2 (VP2).

¿Qué temas preocupan? La talla, escaso desarrollo de genitales, desarrollo muscular y fuerza física, presencia o no de otros cambios puberales como cambio de la voz. Es una excelente oportunidad para que el equipo de salud incorpore temas referidos a la higiene personal, hábitos alimentarios, nutricionales, actividades deportivas, etc.

Adolescencia media: (14 a 16 años)

En relación con la imagen corporal se manifiesta el deseo de poseer un cuerpo más atractivo y esto se asocia a una fascinación por la moda y a cierta uniformidad en el modo de vestirse.

Es el período de máxima interrelación con los pares y de conformidad con los valores de los mismos. La opinión de los amigos es muy valorada. Comienzan a relacionarse con adolescentes del sexo opuesto y es en general la edad promedio en la que los varones inician sus relaciones sexuales. También es una de las etapas de mayor conflicto con los padres.

Es importante recordar que existe en esta etapa un sentimiento de invulnerabilidad, aquello de: "a mí no me va a pasar", que lleva a conductas omnipotentes generadoras de **riesgos**, como lo demuestra el alto porcentaje de accidentes en la adolescencia media y tardía. También en esta etapa, un gran porcentaje de varones experimenta con alcohol y tabaco.

En cuanto a la **pubertad**, es el período de máximo crecimiento testicular. Se produce crecimiento del pene, primero en longitud y luego aumentando el diámetro del glande. Estadios 3-4 G3 o G4 de Tanner.

En cuanto al desarrollo de vello, el vello pubiano se hace más áspero y rizado, Estadios 3-4 VP3 o VP4 de Tanner y aparece vello axilar y facial.

Es la etapa en la que se produce en general la espermarca o primera eyaculación.

Es interesante destacar una diferencia notable de la **espermarca** con respecto a la menarca. Cuando la mujer menstrúa por primera vez, esta situación suele ser comunicada de inmediato a su madre o algún otro familiar cercano. La situación es socializada y suele ocurrir en algunas culturas que este hecho amerite algún obsequio. Con orgullo la familia reconoce que la niña se ha convertido en mujer.

Por el contrario la espermarca suele ser un hecho cuyo conocimiento está limitado al muchacho. El por qué de esta diferencia tan notoria suele explicarse por el hecho que cada vez que la mujer menstrúa se debe al cumplimiento de su ciclo biológico independientemente de cualquier otra connotación de tipo sexual. Por el contrario cuando el varón eyacula lo hace durante el sueño (sueños húmedos) que suele ser acompañado o precedido por un sueño erótico/sexual, de no ser así es porque se masturbó o mantuvo relaciones sexuales. En una palabra está íntimamente unida al ejercicio de la sexualidad. Esto suele generar un sentimiento de vergüenza que hace que la situación se mantenga oculta, acompañada muchas veces de angustia y ansiedad.

En cuanto al crecimiento corporal en talla, se produce el estirón o empuje puberal, se manifiesta un importante desarrollo muscular y cambia la voz.

¿Qué temas preocupan? Estirón puberal, eyaculación, masturbación, inicio de relaciones sexuales, potencia sexual, desarrollo muscular, desarrollo del tejido glandular mamario (denominado *ginecomastia*), acné. En esta etapa, aunque no surja en la entrevista por parte de los adolescentes deben tratarse temas tales como evitación en el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias. Las estadísticas señalan que a esta edad muchos adolescentes inician sus relaciones sexuales, las cuales no suelen ser adecuadamente protegidas.

Adolescencia tardía: (17 a 19 años)

Respecto a la imagen corporal, hay mayor aceptación de la misma y mayor preocupación por la salud y el autocuidado en general, que se manifiesta en ocasiones eligiendo una alimentación más sana, realizando deportes, etc.

En general se observa un mayor compromiso en la anticoncepción en aquellos varones que han iniciado relaciones sexuales.

En cuanto a la independencia, se observa un mayor interés por acceder al mercado laboral y lograr autonomía social, esto unido al desarrollo de un sistema de valores y metas vocacionales reales. Las dificultades de inserción laboral y la desocupación generan gran preocupación y desaliento en los jóvenes.

Continúan, como en la adolescencia media, las conductas generadoras de riesgos, sumándose la posibilidad de conducir automóviles, motos, etc.

Finalizando la **pubertad**, los genitales adquieren características adultas. Se adquiere la talla definitiva y continúa el desarrollo muscular y el aumento de peso.

¿Qué temas preocupan? Enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción, autocuidado, potencia sexual, eyaculación precoz. Por parte de los profesionales temas como salida laboral, vocación, viaje de egresados, cuidado y protección de la salud deben ser encarados.

La entrevista médica. Anamnesis y examen clínico

Los y las adolescentes suelen ser reacios a concurrir a una entrevista médica. En primer lugar por cuanto lo consideran “innecesario” en la medida en que se sienten sanos y en forma conciente o no, pueden surgir fantasías con respecto a las características que puede revestir el examen clínico. Esto es particularmente importante en la adolescencia inicial donde el pudor se encuentra exacerbado. Un factor importante puede darse en la concordancia o no del sexo del adolescente con el del profesional tratante. También en las etapas iniciales las niñas se sienten más cómodas con profesionales mujeres y algo similar suele ocurrir en los varones. Por ello de ser posible se puede dar la opción para que elijan un profesional del mismo sexo si así lo desean.

Múltiples estudios indican que los varones suelen consultar en todas las edades mucho menos que las mujeres y las conclusiones de muchos trabajos afirman que el “requerir cuidado” puede ser vivido por el hombre como la expresión de sentimientos de “temor” o vulnerabilidad que pondrían en tela de juicio su masculinidad.

La adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo de la identidad en general y de la sexual en particular y uno de los aspectos que los adolescentes varones rechazan es cualquier situación que pudiese *poner* esa naciente masculinidad en tela de juicio.

Es tal vez la única oportunidad en que el equipo de salud puede encarar temas como el inicio del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias.

De acuerdo con la edad, las circunstancias y el motivo de consulta en algún momento de la entrevista se debe propender a facilitar un diálogo a solas, sin la presencia de los padres. En este caso, garantizar al adolescente la confidencialidad de la entrevista resulta fundamental. Simultáneamente, los padres deben tener la seguridad de que serán informados en caso de situaciones extremas que puedan comprometer la salud del hijo.

Las consultas en adolescencia deben ser utilizadas para esclarecer situaciones de riesgo que puedan surgir, estimulando muy especialmente la prevención y promoción de la salud.

El examen clínico debe ser sumamente cuidadoso y respetuoso de la intimidad del adolescente. Verbalmente el profesional debe solicitar permiso o acordar con el paciente, e ir anticipando todas las acciones en el examen que va realizando y en los requerimientos que va formulando. Así por ejemplo: *Fulano, vamos ahora a realizar el examen físico, y para ello te voy a pedir que te quites un poco de ropa, (NUNCA DECIR “quitate la ropa”) puedes quedarte con calzoncillos y medias. Te vas a acostar en la camilla; al colocar el manguito diremos esto es para medir la presión arterial, ahora te voy a auscultar, palpar el abdomen, al examinar la boca preguntar por los controles odontológicos que suelen ser deficientes en la gran mayoría de los casos. Ya en posición de pie lo haremos caminar mientras decimos te estoy observando la marcha, la columna vertebral.*

Finalmente llega el momento del examen genital. Si percibimos en el adolescente una gran inquietud, el mismo puede ser pospuesto a entrevistas posteriores, pero de no ser así el diálogo podría continuar de esta manera: *resulta necesario ahora examinar la parte genital, por ello ¿puedes bajar un poco los calzoncillos? ¿Puedes recorrer el prepucio hacia atrás? (utilizando por supuesto términos más sencillos tales como: ¿puedes recorrer la piel del pene hacia atrás? ¿te molesta o duele? Y recién finalmente: ¿puedo examinar tus testículos?* Este es uno de los momentos más delicados y el profesional deberá evaluar hasta donde puede llegar dicho examen.

A medida que el profesional va explicitando la normalidad, el adolescente se va distendiendo y favoreciendo los pasos ulteriores de la consulta.

Tal vez limitarse a la búsqueda de varicocele para lo cual se palpa el pedículo que sostiene el testículo o la masa testicular o si el motivo de consulta lo requiere o si se percibe que el adolescente se encuentra lo suficientemente distendido para permitirlo. De no poderse completar el examen se le puede aclarar al adolescente que el mismo puede ser realizado en otra ocasión y consensuar una cita para ese fin.

Mientras se realiza el examen es de gran utilidad ir comentando los hallazgos normales que se van encontrando dejando para después de dicho procedimiento el diálogo sobre alguna patología encontrada: soplo cardíaco, escoliosis, varicocele.

También puede ser de utilidad aprovechar el momento de la auscultación para interrogar sobre inicio de tabaco.

Los adultos a cargo de los jóvenes suelen o mostrarse muy preocupados o idealizar esta etapa.

Surge entonces para los adultos, la necesidad de informarse y de incentivar los controles de salud en el adolescente, resaltando la importancia del autocuidado.

La apariencia física, el desarrollo de los genitales, el inicio de relaciones sexuales, son temas que preocupan a varones y mujeres durante la adolescencia.

Autoexamen testicular

Dado que el cáncer testicular es frecuente en adultos jóvenes y que la detección precoz del mismo tiene buen pronóstico, es fundamental instruir a los adolescentes varones a partir de la adolescencia media, sobre la importancia de efectuar el **autoexamen testicular**. Esta actitud sería la equivalente al autoexamen mamario que se enseña a la mujer a los efectos de detectar precozmente el cáncer de mama.

Se explicarán a los pacientes las características normales del testículo, y cómo efectuar la palpación de los mismos. También los beneficios de realizar el autoexamen testicular una vez por mes y la necesidad de notificar al médico sobre irregularidades, cambios de tamaño testicular o sensación de mayor peso en un testículo.

Problemas médicos del adolescente varón

Muchos de los aspectos médicos andrológicos del adolescente varón, suelen ser similares a los del niño (ectopías testiculares, varicoceles, fimosis, etc.) aunque pueden darse diferencias de incidencia en determinadas patologías. No obstante, haremos algunos comentarios sobre aspectos de los mismos que suelen ser más específicos en esta etapa de vida.

Dolor testicular

Si la consulta es por tumefacción y dolor testicular, debemos pensar en: torsión del cordón espermático, carcinoma, epididimitis o traumatismo testicular.

Cuando un adolescente consulta por dolor testicular debe distinguirse si se trata de un dolor uni o bilateral. Las patologías citadas anteriormente deben ser descartadas y en su totalidad se presentan en forma unilateral.

Cuando el dolor se presenta en forma bilateral, se reitera y es pasajero, de regular intensidad, suele deberse a excitación sexual que no fue seguida de orgasmo.

Puede presentarse mientras el joven duerme, sin ser consciente de esta situación. En la adolescencia y juventud durante el sueño suelen presentarse alrededor de 7 erecciones por noche sin que las mismas despierten al joven u obedezcan a sueños sexuales. También se presentan en estado de vigilia, especialmente en las salidas con parejas, no seguidas de un acto sexual completo o que finaliza en orgasmo. Al cesar la erección es cuando el dolor suele aparecer.

Existen asimismo "microtraumatismos" que el adolescente no suele percibir; por ejemplo, por malas posiciones, ropa interior ajustada, o también en ciertas características escrotales anatómicas (escroto grande o en badajo de campana, no contenido por la ropa interior). Es importante que el profesional explique y aclare al adolescente sobre el dolor testicular, e informarle asimismo de la posibilidad que pueda existir una torsión del cordón espermático que representa una emergencia médica, y que de no ser atendido adecuadamente puede llevar a la pérdida del testículo.

La consulta con el adolescente debe ser el momento oportuno para la profilaxis de la parotiditis, que a partir de esta edad en caso de presentarse puede producir orquitis u orquiepididimitis. Los adolescentes siempre son reacios a recibir vacunas pero al explicarse el por qué de un refuerzo de antiparotídea, contenida en la triple viral, acceden de buen grado a dicha indicación. La Vacuna Doble adultos si bien forma parte del plan oficial, no resulta fácil lograr su cumplimiento y otro tanto ocurre con la vacuna de la Hepatitis B, que requiere de tres dosis para completar el esquema de inmunización.

Aumento testicular

En casos de aumentos testiculares, debe descartarse la presencia de hidrocele, hernias, espermatocoele, varicocele, tumores testiculares, extratesticulares y quistes del epidídimo.

El **varicocele** representa la estasis venosa producida en el paquete formado por las venas espermáticas, deferencial y cremastérica. Se manifiesta como una masa palpable tipo bolsa de lombrices, y en casos avanzados, con pesadez o dolor. Semiológicamente el varicocele debe pesquisarse con el adolescente en posición de pie, buscando palpar el cordón por encima de la masa testicular. En general, el varicocele se presenta en forma unilateral y predominantemente izquierdo, dado que el paquete venoso desemboca en la vena renal en ángulo agudo, mientras que del lado derecho lo hace en el gran tronco de la vena cava inferior.

Se han descrito grados de varicocele que presentan variaciones según los autores que los describen:

- **Grado I:** sólo se puede verificar si el paciente ejerce una presión positiva en su masa abdominal.
- **Grado II:** se palpa pero no se ve.
- **Grado III:** es visible a simple vista.
- **Grado IV:** hay sensación de peso en el testículo.
- **Grado V:** ha comprometido a tal punto la irrigación del testículo que el mismo se encuentra francamente disminuido de tamaño.

Existe una gran disparidad médica con respecto a las conductas a seguir ante la presencia de varicocele, pero en general se acepta que los Grados I y II son susceptibles de mantener conducta expectante, los Grados IV y V son indudablemente quirúrgicos mientras que el Grado III requiere una conducta expectante con controles periódicos.

Los espermogramas no suelen ser demasiado esclarecedores de la conducta a seguir, y en el desarrollo puberal se estima que recién después de completado el estadio de Tanner 5 se alcanzan los valores considerados normales para el adulto.

Recordar siempre que en la etapa puberal el adolescente se encuentra pleno de dudas y temores sobre su normalidad especialmente en el área de la sexualidad, por lo cual el profesional debe ser muy cuidadoso con sus expresiones y dar siempre una respuesta alentadora sobre su futuro reproductivo.

Los **tumores testiculares**, entre los 15 y 35 años de edad son los tumores sólidos más frecuentes y se manifiesta por el aumento de tamaño y dureza del testículo afectado; el diagnóstico se corrobora o define por biopsia.

El diagnóstico precoz a través del autoexamen testicular cobra jerarquía, con mayores posibilidades terapéuticas.

Ginecomastia

Coincidiendo en general con la etapa intermedia del desarrollo puberal, cuando los testículos y genitales presentan un estadio 3 de la escala de Tanner, o alcanzan un tamaño de 12 ml según el orquidómetro de Prader y coincidiendo con el momento de mayor velocidad de crecimiento, el incremento en los niveles hormonales suele incidir sobre la glándula mamaria produciendo un agrandamiento de la misma.

En el momento en que el joven se encuentra en plena etapa de afianzamiento de su identidad sexual y masculinidad el aumento mamario suele producir un impacto psíquico muy importante. Muchas veces esto se ve agravado por temores familiares de que esto pueda ser debido a una enfermedad maligna o un tumor.

La incidencia de ginecomastia es alta y supera según muchos estudios el 20% de los adolescentes; por ello, en las etapas iniciales del desarrollo el profesional puede anticipar que es factible que el hecho se produzca.

La actitud del médico debe ser sumamente tranquilizadora al respecto, basándose simplemente en un **examen clínico** y sin someter al paciente a estudios de laboratorio ni ningún otro medio de diagnóstico que no sólo no aportan datos, sino que además de generar costos innecesarios preocupan al adolescente y su familia.

El proceso puede ser tanto unilateral como bilateral y suele durar de 6 meses (como mínimo) a un máximo de 18 meses. En casos sumamente excepcionales (1%) la glándula reduce su tamaño pero queda una sobreelevación que puede requerir de cirugía plástica. Sólo en los casos en los que la ginecomastia se presente cuando ya se hubiere completado el desarrollo puberal se requerirán de métodos auxiliares de diagnóstico.

El adolescente varón desde la perspectiva de género

Sexo y género

Es en la década del 50 cuando Money introduce el concepto de género, diferenciándolo de sexo. Mientras el sexo está referido a las características biológicas de una determinada persona y se expresa por características físicas, el género comprende un determinante psicosocial. Implica las características que la sociedad otorga a lo masculino y a lo femenino.

Tradicionalmente y en la gran mayoría de las sociedades, las tareas ligadas a la reproducción biológica y social de sus miembros (tener hijos y criarlos) se han asignado a las mujeres y las tareas de reproducción material (producción de bienes y servicios para el consumo y el intercambio) se han adjudicado a los hombres.

Es frecuente aún en la actualidad que dentro de la familia al varón se le asigne el rol de proveedor, protector y jefe, pero no tareas que implican más estrecho contacto con los hijos. En la distribución de espacios para cada género, el ámbito doméstico, institucionalizado a través de la familia, ha sido el espacio dominante de la mujer. El espacio público, del trabajo remunerado y de otras instituciones sociales, ha sido tradicionalmente un espacio masculino. Esta separación de espacios, en consonancia con esquemas patriarcales, llevó al hombre en general a alejarse y a desvalorizar las tareas del ámbito doméstico por considerarlas estrictamente femeninas, quedando éstas a cargo exclusivo de la madre. El modelo que han recibido muchos varones de sus padres ha sido el de un padre alejado, en algunos casos faltante, ausente, sólo observador y marginado de la interacción con los hijos. Este tipo de padre, para poder diferenciarse, se ha alejado también de los aspectos tradicionalmente más femeninos como la sensibilidad y la ternura.

Varios teóricos del desarrollo infantil han afirmado que la identidad de género emerge de experiencias tempranas. En los varones esto implica el distanciamiento de su madre por la identificación con una figura masculina que les permita probarse a sí mismos que no son femeninos. Hoy en día, en el caso de familias con padres alejados o ausentes, los niños suelen tener menos manejo de sus emociones y volverse indiferentes hacia los sentimientos de los otros, aunque esto no sea un destino irreversible (Barrer, 1998).

Hay evidencia de que una estrecha relación padre-hijo en los primeros años de la vida puede prevenir conductas violentas en la adultez de los varones. Un informe de UNICEF de 1995 dice al respecto: "Se debe alentar en todo lo posible la imagen de sí mismo en el hombre como un ser nutriente que puede cuidar de los niños. Esto conducirá a reducir la violencia en las familias y a incrementar beneficios en los niños y sus madres".

Factores de riesgo

El tradicional concepto de que la adolescencia es una etapa esencialmente sana de la vida de una persona, requiere de un análisis un poco más detallado. Según las estadísticas vitales para el año 2003 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, en la población entre los 5 y 14 años (2ª infancia y adolescencia temprana) fallecieron 1.831 niños y adolescentes, mientras que en la franja etaria de 15 a 24 años las defunciones se elevaron a 5.559; correspondiendo de este grupo 4.014 a varones y 1.524 a mujeres. Por supuesto que esto no obedece a causas biológicas sino principalmente a causas externas que representan el 64,86% de todas las defunciones.

Una de las características de la masculinidad que se hace más evidente en la edad adolescente es la presencia de Factores de Riesgo. En el adolescente varón en la construcción de su identidad, resulta fundamental abolir todos aquellos elementos que pudiesen ser considerados como femeninos; esto trae como consecuencia que emerja una masculinidad exagerada, que incluirá acciones de riesgo y actitudes "duras" no sólo hacia la mujer sino en todos los vínculos que el joven establece, incluso consigo mismo.

Uno de los mayores cambios del siglo XX está dado por el cambio del rol de la mujer y todo parece indicar que no ha ocurrido algo semejante en el rol del varón. Esto ha influido e influye en el niño, la familia y muy especialmente en los/las adolescentes. Muchos autores proponen intervenciones con el objeto de revertir estereotipos de género, pero no es una tarea fácil. Uno de los programas que en tal sentido se están implementando por parte de la Organización Panamericana de la Salud son intervenciones de roles masculinos en actividades deportivas que tienen amplia repercusión social como es el fútbol.

Violencia

El enfoque de género nos permite dar una mirada más amplia sobre el tema de la violencia, donde este encuadre resulta fundamental para analizar la misma. En la franja de edad que abarca entre los 15 y 24 años la tasa de mortalidad es de 84,2 por 100.000 en varones y de 46,9 por 100.000 en mujeres (Est. Vitales 2003). Considerando el grupo de edad de lo que sería la etapa media y final de la adolescencia (15 a 19 años) murieron por accidentes 86 mujeres y 519 varones, por violencia 90 mujeres y 634 varones y concretaron suicidio 102 mujeres y 205 varones. El imaginario social suele asociar a los adolescentes, especialmente a los varones como victimarios de violencia, pero las cifras nos llaman la atención sobre los mismos como víctimas principales ya sea de la violencia exterior o de la autoinflingida. Esto estaría señalando el hecho que en su camino a hacerse hombre el hombre *paga muy caro* la obtención de ese "logro".

Una de las características asignadas por la sociedad a la masculinidad es la de reprimir las expresiones afectivas y demás componentes de su sensibilidad. Según diversos autores es allí donde podemos encontrar uno de los gérmenes de la violencia de género.

El adolescente varón y la sexualidad

Desarrollo de la identidad sexual

El hecho de que los padres participen poco en el cuidado y socialización de los niños está ligado en muchas sociedades a creencias culturales que sustentan esquemas de género inequitativos. Pero la influencia de los medios masivos de comunicación y la circulación de ideologías más democráticas aplicadas a las relaciones cotidianas están introduciendo cambios en lo que es ser un buen padre y en lo que son los roles masculinos en el hogar.

El desempeño del hombre en áreas tradicionalmente asignadas al dominio de la mujer puede producir sentimientos negativos en otros miembros de la comunidad o en la consolidación de la propia identidad masculina.

Varios autores coinciden en que las relaciones emocionales y físicas de los niños con sus padres tienen importantes consecuencias en la desigualdad-igualdad de géneros. En las familias y grupos sociales en las que el vínculo cercano padre-hijo es posible, se observan menos despliegues de hipermasculinidad (entendiendo como tal el "machismo").

En la actualidad se acepta que tanto la identidad en general como la identidad sexual en particular se van construyendo a través del tiempo y la evolución del individuo. Este proceso se encuentra indudablemente influido tanto por la cultura, el medio social y el proceso educativo.

La masturbación

La masturbación, puede definirse como "el acto de proporcionarse solitariamente goce sexual". Si bien está presente en todas las edades de la vida, es en la adolescencia donde con mayor frecuencia se presenta y donde mayor implicancia tienen los aspectos con que la misma es considerada.

La masturbación se presenta tanto en el hombre como en la mujer, pero el hecho de que en el varón culmina en el orgasmo con la consecuente eyaculación la pone muy especialmente en evidencia.

Las diferencias que marcan la masturbación en ambos sexos, ha sido explicada por las diferencias anatómicas. Mientras los órganos genitales masculinos son predominantemente externos, los de la mujer son internos y mientras que en el varón las zonas de excitación se encuentran más centradas en los genitales, en la mujer se encuentran con una distribución más difusa.

El acto de masturbarse está presente en los niños y en éstos se produce más centrado en la sensación de placer mientras que en la adolescencia se encuentra determinada por las más diversas fantasías sexuales. La posibilidad de culminar, en la pubertad, con el orgasmo (eyaculación) proporciona por otra parte un goce mucho mayor que, junto con la frecuente imposibilidad práctica de poder acceder a la relación de pareja, representa asimismo una clara explicación para la reiteración.

Es amplio y extenso el *folklore popular* referido a la masturbación y las consecuencias de la misma, que van desde estigmas físicos tales como: delgadez extrema, detención de la talla, pelos en las manos, manchas diversas, ojeras, debilidad, etc. hasta aquellas otras situaciones no visibles, pero que afectan la memoria, producen locura y que en muchos casos puede producir la tan temida impotencia e infertilidad futura.

Muchos han sido los prejuicios con respecto a la masturbación. Algunos, basándose en fundamentos científicos afirmaban: "la masturbación produce enflaquecimiento, debilidad muscular, palpitación del corazón, contracciones epileptiformes, verdadera epilepsia, parálisis parciales o generales y muchas veces psicosis que se hacen después causa ocasional para el desarrollo de la locura" (Bergalli, 1892).

Pero estas afirmaciones se extendían a cualquier tipo de emisión de semen, como las emisiones nocturnas por cuanto la pérdida del entonces llamado licor espermático debilitaba el organismo, para ello estaban indicadas potentes medicaciones para evitarlo tales como el bromuro y hasta inyecciones epidurales de cocaína que resultaban aconsejadas "para evitar el debilitamiento que llevaba a la tan temida tuberculosis, particularmente grave en la edad adolescente".

Desde el punto de vista moral y religioso la masturbación fue también enérgicamente condenada. En la Biblia encontramos el pecado de Onán cuando éste, que debía dar descendencia a su hermano, a través de su viuda (de acuerdo con la ley de Moisés), interrumpía la penetración y finalizaba fuera el acto para evitar la descendencia (aunque onanismo suele ser considerado sinónimo de masturbación se trata en realidad de *coito interruptus*, pero tiene en común el derramamiento de semen sin posibilidad de procreación).

En la edad media, se consideraba que la fecundación ocurría en la "*tierra fértil*" que era el útero mientras que el semen era la *semilla* totipotencial. De esta manera el derramamiento de semen era considerado como la pérdida de posibilidad de concebir y un derroche inútil de energía. En la medida que el ejercicio de la sexualidad era moralmente lícito solo para la procreación, toda actividad fuera de este fin era esencialmente desordenada y como tal pecaminosa.

Resulta paradójico que así como la masturbación fue condenada por médicos y religiosos, también lo fue por aquellos que en el siglo XX preconizaron la llamada revolución sexual. El ejemplo más evidente es Wilhelm Reich, quien en su conocido libro sobre la Revolución Sexual escribe en el año 1945: "Es cierto que la masturbación es preferible a la continencia; pero, a la larga, resulta insuficiente y desagradable porque la ausencia de un objeto de amor se hace penosa; si ya no satisface, provoca disgusto y sentimientos de culpabilidad. Tiene también la desventaja, incluso en las condiciones más favorables, de arrastrar la imaginación más y más hacia posiciones neuróticas e infantiles ya desechadas. El peligro de neurosis crece con esta práctica y se observa en los adolescentes un aire de timidez y crispación y a la larga la masturbación también debilita el sentido de realidad".

Lo anteriormente expresado supera el valor de lo histórico y anecdótico en la medida que impregnó todo un sistema de creencias que influyó y aún influye sobre el sano ejercicio de la sexualidad.

Hoy podemos decir que, en el crecimiento y desarrollo de toda persona existe también una evolución en el desarrollo de su sexualidad. La misma pasa desde etapas infantiles hasta adultas con la lógica transición por la adolescencia. El individuo va madurando físicamente, psicológicamente, socialmente, en la construcción de sus valores y también lo hace en sus creencias religiosas y en su vida espiritual. No siempre este crecimiento es parejo en todas las áreas. Suelen aparecer asincronías, que cada persona podrá ir superando en la medida de sus posibilidades y capacidades.

Hoy la anatomía y fisiología del aparato genital, demuestra claramente que la emisión de semen no produce en el organismo ningún tipo de efecto patológico. También ha demostrado que, en caso que el hombre no se masturbe ni tenga relaciones sexuales, las periódicas emisiones de semen a través de las eyaculaciones nocturnas, permiten la adecuada renovación de espermatozoides que son continuamente producidos por el testículo, desde que el joven alcanza su madurez sexual.

Desde el punto de vista psicológico, se acepta que, la masturbación en la adolescencia representa un proceso de reconocimiento de sus cambios puberales, tanto a nivel de su funcionamiento como de la adquisición de las nuevas sensaciones. En su camino hacia una sexualidad adulta compartida, responsable y comprometida, la masturbación se convierte en una de sus importantes etapas.

La masturbación frecuente en la adolescencia debe distinguirse de la masturbación compulsiva, que es producida por una problemática psicológica o psiquiátrica. En este caso la masturbación se convierte en una de las manifestaciones de la enfermedad y no, causal de la misma.

De la misma manera que la masturbación y menos aún las personas que la practican no deben ser estigmatizadas ni condenadas, tampoco deben serlo aquellas que por las más diversas razones opten por la abstinencia sexual ya sea en forma temporaria o definitiva. Juzgamientos temerarios en uno u otro sentido no sólo son cuestionables sino que se convierten en contraproducentes e invasivos de la intimidad a la que todo ser humano tiene derecho.

Inicio de relaciones sexuales

Existe un "antes" y un "después" que marca que, en un cierto sentido, la persona ya no es la misma.

Diversos autores señalan la edad de los 14 años como edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes varones. Esto debe comprenderse desde una perspectiva estadística por lo que nos podemos encontrar con adolescentes que se inician mucho antes y no pocos que se inician mucho más tardíamente.

Una situación que es preciso considerar es que, en diferentes culturas y clases sociales, el varón suele ser presionado por el entorno (padres, pares, etc.), ya sea en forma directa o indirecta, para iniciar relaciones sexuales. Muchas veces el no inicio puede ser interpretado como falta de virilidad, hombría o madurez. Esta presión en muchas oportunidades puede llevar a los adolescentes a iniciarse sin estar plenamente convencidos para hacerlo, lo que puede convertirse en una situación traumática.

En la adolescencia suelen existir una serie de preconceptos con respecto a la sexualidad que deberían ser tenidos en cuenta por parte del equipo de salud.

Sea cual sea la edad en que la persona inicie sus relaciones sexuales, este hecho es de una enorme trascendencia para su vida.

Los profesionales, aunque los adolescentes no lo demuestren, pueden tener sobre ellos una importante influencia.

Los adolescentes, particularmente los varones suelen considerar que dado que el ejercicio de la sexual-

lidad es algo natural, ello es sinónimo de automático. Relaciones apresuradas, en lugares inapropiados o bajo efectos de alcohol y droga, no suelen ser gratificantes ni para los varones ni para las mujeres. Justamente las relaciones sexuales por el hecho de serlo, suelen requerir de toda la presencia de lo humano. El llegar al final de la adolescencia sin haber iniciado relaciones sexuales se convierte en presión por sí misma.

Algunas veces estas situaciones suelen ser estimuladas por los propios padres que creen que un inicio temprano de relaciones sexuales en el hijo adolescente puede ser un importante aporte para la prevención de la homosexualidad.

Inadecuación y disfunción sexual

Sea cual sea la edad y las circunstancias en que se produce el inicio de las relaciones sexuales, esta etapa suele ser difícil. Miedos, fantasías, mitos y prejuicios surgen frecuentemente. Como consecuencia de ello en muchas oportunidades las primeras relaciones sexuales no suelen ser enteramente satisfactorias.

Los varones frecuentemente tienen una creencia idealizada de la manera en que las relaciones sexuales se desarrollan y al encontrarse con una realidad diferente a la pensada, en muchas oportunidades se generan angustias y preocupaciones como si las cosas “no estuvieran bien”.

Lo más frecuente es que se imaginen una duración extremadamente prolongada de la relación en la que sin solución de continuidad un orgasmo es seguido por otro y otro. Con profunda intensidad han deseado este momento y no llegan a imaginarse que en el período refractario se produce una natural disminución del deseo y una pérdida de la erección; esta situación suele ser vivida como una neta disminución de la potencia.

Una de las situaciones que con más asiduidad se presenta en la joven pareja es que el orgasmo masculino es mucho más rápido que el femenino; cuanto menor es la edad del varón más posibilidades existen de que esto ocurra.

Los varones suelen jerarquizar la penetración y apresuran la misma, lo que no permite que las mujeres puedan estar preparadas para el orgasmo.

Otra de las creencias muy aceptadas es la creencia de que resulta habitual lograr 6 ó 7 orgasmos por noche. Al no lograrlos aparecen preocupaciones e inquietudes.

La colocación del preservativo resulta también compleja en esta etapa. Los jóvenes creen que sus parejas vivirán esto como falta de confianza o al menos consideran que debe ser una maniobra oculta. Es una de las frecuentes causas de mala colocación, con el consiguiente fracaso del método.

No podemos dejar de señalar la importancia del ámbito y las circunstancias de espacio y privacidad que se requieren y que en general no suelen ser tenidas en cuenta por los adolescentes.

Todas estas situaciones y muchas otras más que entran en el terreno de lo anecdótico representarían una **inadecuación** en el inicio de las relaciones sexuales.

Por otra parte las disfunciones sexuales, a diferencia de las inadecuaciones se perpetúan en el tiempo, afectando la adecuada relación de pareja.

Si un muchacho no logra una erección en su primera relación sexual se trata de una inadecuación, mientras que si esto ocurre reiteradamente, en una pareja adulta que convive, nos encontramos en presencia de una disfunción.

Resumiendo, podemos determinar que las **causas más frecuentes de inadecuación en el inicio de las relaciones sexuales** están dadas por:

- Conocimiento sexual incompleto o inadecuado.
- Falta de comprensión de su genitalidad y de la del otro.
- Ansiedad por el debut.
- Dificultad en mantener una actividad sexual idealizada y/o convencional.

Ante el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes, el mundo adulto suele responder desde su sistema de creencias o experiencias personales, que son muy valideras para quienes las tienen pero que pueden no serlo para los demás.

Existen criterios que corresponden a requisitos ideales para encarar adecuadamente esta importante etapa de la vida, estos criterios están dados por:

- La sinceridad.
- El consentimiento mutuo.
- El no daño.
- La responsabilidad y el cuidado.
- El no condicionamiento.
- Adecuación al sistema de creencias.

Muchas de estas cuestiones pueden ser abordadas y explicitadas por los profesionales del equipo de salud, especialmente si el adolescente concurre a los controles programados. Incorporar al diálogo aspectos relacionados con la sexualidad, la anticipación de situaciones de riesgo ayuda al adolescente a repensar sus conductas a favor de la promoción de la salud y el bienestar físico y psicológico.

Responsabilidad del varón en la anticoncepción

En el momento en que el adolescente se encuentra en pleno crecimiento y desarrollo suele ser difícil asumir las responsabilidades propias del ejercicio de su sexualidad. Esta implica asumir una actitud responsable ante la posibilidad de concepción y de cuidado de sí y de su pareja con respecto a la posible transmisión de infecciones de transmisión sexual. Esta realidad es la que convierte en problemática la adopción de un método anticonceptivo y la utilización continuada del mismo. Para el adolescente varón en el mejor de los casos su "responsabilidad" se limita al uso del preservativo y la posibilidad de utilizar los otros métodos parece quedar limitada al campo femenino en forma exclusiva. Resulta en todo esto llamativa la falta de diálogo que al respecto suele existir en las parejas adolescentes.

Sin embargo, habría que preguntarse el por qué de la no-participación del varón más que cuestionarla o enjuiciarla. Las causas podemos encontrarlas en concepciones ancestrales referidas al ejercicio de la sexualidad.

La ley 25.673 de Salud sexual y Procreación responsable incluye a los adolescentes a través del Programa Nacional. Pueden acceder en forma gratuita a métodos anticonceptivos y a recibir consejería e información sobre sexualidad, respetando la confidencialidad.

El adolescente padre

Mucho se ha escrito sobre la adolescente embarazada y no ha ocurrido algo similar con respecto a los varones adolescentes que en etapas muy tempranas se convierten en padres. Es indudablemente la mujer la que lleva dentro de sí el fruto de la concepción pero no por ello el varón es totalmente ajeno a esta situación.

Dos fantasías suelen coexistir en el inicio de las relaciones sexuales de mujeres y varones. En ellas suele estar presente la fantasía de esterilidad y en ellos la fantasía de impotencia. Cuando ambas fantasías coexisten (desde ya por mecanismos inconscientes) la posibilidad que se produzca un embarazo inoportuno es alta. **Cuanto más temprano es el inicio de las relaciones sexuales todos los estudios coinciden en afirmar que la posibilidad de ejercer responsablemente la sexualidad, tanto en cuanto al embarazo como en cuanto a la prevención de infecciones de transmisión sexual, es mucho menor.**

Es frecuente escuchar y leer un cierto reduccionismo sobre el embarazo no deseado en la adolescencia. Una adecuada Educación Sexual solucionaría el problema, se afirma. Muy pocos niegan hoy la importancia que la Educación Sexual tiene, pero la complejidad es mucho mayor. La pulsión sexual en el ser humano goza de un enorme poder, y no puede ser manejada en individuos demasiado jóvenes, inmaduros o no preparados para ejercerla.

Exige una responsabilidad tanto en la procreación como en el cuidado de la salud personal y de la pareja.

Mientras que la mujer siente al bebé en su vientre desde el comienzo, el padre se da cuenta de la existencia del hijo mucho más tarde. El niño durante su crecimiento se va introduciendo en el mundo de su padre por medio de sus juegos, caricias y miradas. La relación padre-hijo es recíproca, es decir que incluye lo que siente el padre y lo que intercambia con el niño.

Es importante destacar que el rol de padre no se desenvuelve solo o aislado del de la madre. Una buena relación del padre con la madre favorece la relación de éste con su hijo y la buena o mala relación con el hijo afecta en igual sentido la relación de la pareja.

Frecuentemente la madre adolescente aún tiene una relación dependiente con su propia madre lo que puede convertirse en un factor de disturbio en la relación de pareja y de padre-hijo, haciendo más difícil para el padre desempeñar su papel.

En el momento en que el adolescente se encuentra reafirmando su identidad, suele entrar en conflicto con la figura de su propio padre y es ése el preciso momento en que el embarazo lo "obliga" a asumir un rol que hasta ese momento se estaba cuestionando.

Cuando los adolescentes toman conocimiento del embarazo de su novia o compañera, los más jóvenes tratan de asemejarse a sus propios padres y si ninguno de los modelos descritos los conforman tratarán de desarrollar uno propio.

Por su corta edad, el joven padre podrá acercarse a su hijo comprendiendo en cierto sentido sus necesidades que aún pueden ser las suyas propias.

Por otro lado quedará inmerso en su propia lucha para crecer y lo frecuente es que se sienta abrumado por la doble exigencia de crecer y hacer crecer al mismo tiempo.

La paternidad requiere del hombre un desprendimiento y entrega que exige madurez; puede ser más o menos difícil de asumir pero nunca será fácil. En cualquier parte del mundo, sólo unos pocos padres adolescentes estarán en condiciones de ayudar a su pareja en esta situación y permitir a su hijo crecer con amor y autonomía, recibiendo protección adecuada y saludable.

En nuestra experiencia, no son pocos los jóvenes que planifican estudiar y trabajar para ayudar a su compañera e hijo, pero generalmente fracasan dada la dificultad de conseguir un trabajo que satisfaga sus necesidades.

Ante el embarazo adolescente no deseado debe destacarse en primer lugar el tipo de relación de pareja que existía previamente al mismo. No es lo mismo un embarazo con posterioridad a un encuentro ocasional que aquel fruto de un noviazgo o de una relación más comprometida. Ante una falta de relación afectiva de pareja es indudable que será excepcional que el joven asuma la paternidad.

Un lugar destacado en este proceso suelen cumplir los padres de la joven pareja.

Mientras que los padres del varón suelen comenzar por poner en dudas la paternidad, los de la muchacha suelen adoptar actitudes totalmente extremas. Unos presionarán forzando un matrimonio, otros impedirán que los jóvenes se sigan viendo y otros intentarán a toda costa promover el aborto. Cuando la intransigencia de los adultos impulsa a la joven pareja al matrimonio, las privaciones y dificultades de la vida diaria, incluyendo en muchos casos la falta de privacidad, traen como consecuencia resentimiento y daño emocional. En la mayoría de las veces, antes o después, la pareja se rompe.

En los casos en que los padres de los adolescentes, sin tener en cuenta su opinión los obligan a abortar y a separarse después, las consecuencias psicológicas suelen ser graves y la situación será peor cuanto más profundo haya sido el vínculo de la joven pareja.

Analizadas las dificultades del joven para asumir la situación, en un gran porcentaje éste abandona totalmente el rol.

Mientras que el embarazo les permite reafirmar su potencia y masculinidad, la sola idea de asumir la paternidad los llena de sentimientos atemorizantes. Muchos de ellos no desean tampoco abandonar su ritmo de vida adolescente para desempeñar un papel no buscado.

Es todo el conjunto de factores personales, de pareja, de familia, económicos, laborales y sociales, en mayor o menor grado, los que contribuyen al abandono del rol. Reflexionando sobre esta complejidad en la que el adolescente se encuentra inmerso, corresponde al mundo adulto adoptar una actitud más continente y menos condenatoria ante esta difícil situación en la que el menor se encuentra.

La posibilidad de los estudios genéticos (ADN) para demostrar la paternidad, va a modificar ciertas pautas "tradicionales" sobre el abandono del rol y responsabilidad paterna.

La determinación casi cierta de la paternidad se convertirá en un importante factor para determinar la responsabilidad que a ambos sexos les corresponde en la transmisión de la vida.

Para el varón que va a ser padre todo parece transcurrir como si nada hubiese pasado, pero no suele ser así. Sea cual fuere el resultado del embarazo no deseado, el joven no queda indemne.

A corto plazo podemos hablar del síndrome de padre soltero: depresión, sentimientos de culpa, trastornos emocionales diversos, dificultades en el trabajo o en el estudio, angustia, ansiedad y aislamiento que puede desembocar en los más diversos síntomas psicossomáticos.

Ante un embarazo adolescente no deseado siempre deberá tenerse muy presente que en el mismo están involucrados el niño, su madre y el adolescente varón padre, para lograr un abordaje más amplio del problema. Aunque las soluciones completas y satisfactorias no existan, todos aquellos que *participen*, en forma directa o indirecta, deben ser conscientes de que en la medida de sus posibilidades pueden ayudar a mitigar o disminuir las consecuencias de este problema que, en la mayoría de los casos, ninguno de los dos jóvenes buscó.



Ejercicio de Integración y Cierre

A Identifique verdadero (V) o falso (F) en cada uno de los siguientes enunciados:

Proposición	V	F
1. La pubertad, tanto masculina como femenina, forma parte junto con el período prenatal y el primer año de vida de los llamados períodos críticos de crecimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Los adolescentes son generalmente personas sanas que no necesitan controlarse tanto como los escolares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Las mujeres presentan su estirón puberal a la edad promedio de 12 años, los varones lo presentan a los 14 años, con variaciones entre los 12 y 16 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La adolescencia inicial es el período de máxima interrelación con los pares y de conformidad con los valores de los mismos. La opinión de los amigos es muy valorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En casos de aumentos testiculares debe descartarse la presencia de hidrocele, hernias, espermatocoele, varicocele, tumores testiculares, extratesticulares y quistes del epidídimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cuanto más temprano es el inicio de las relaciones sexuales menor es la posibilidad de ejercer responsablemente la sexualidad, tanto en cuanto al embarazo como en cuanto a la prevención de infecciones de transmisión sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. El inicio del desarrollo puberal en el varón antes de los 9 años, es considerado como pubertad precoz y requiere descartar patologías que la pueden producir y amerita un estudio más especializado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. El examen físico del adolescente debe terminar siempre con el examen de los genitales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas:

1. **Santiago** de 14 años de edad, consulta por presentar desde hace 6 meses un bulto en su tetilla derecha, que al tocarla le produce dolor. Cree que se debe a un golpe que por entonces recibió en un partido de fútbol. Ahora se encuentra muy preocupado pues al acercarse la temporada de verano al ponerse una remera dicho agrandamiento resulta notorio.

El examen físico es normal. Mide 168 cm y pesa 56 kg. Los estadios de desarrollo puberal son de Grado 3, tanto para vello pubiano como para genital, (pene y testículos). Mediante el orquidómetro se constata un tamaño testicular de 12 ml.

a. ¿Cuál es el diagnóstico presuntivo?

.....

b. ¿Cuáles los diagnósticos diferenciales?

.....
.....
.....

c. ¿Qué estudios solicitaría?

.....
.....
.....

d. ¿Qué le diría al paciente?

.....
.....
.....

2. **Pedro** de 15 años de edad, concurre a la consulta solicitando un certificado de salud. En posición de pie, se constata un aumento del volumen o tamaño del pedículo en testículo del lado izquierdo. El resto del examen físico es normal. Mide 173 cm y pesa 69 kg. Su desarrollo puberal corresponde a un estadio de Tanner Grado 4 para vello pubiano, y genital. Ambos testículos medidos con el orquidómetro son de aproximadamente 15 ml.

a. ¿Cuál es el diagnóstico presuntivo?

.....
.....
.....

b. ¿Qué estudios solicitaría?

.....
.....
.....

c. ¿Cuál sería a su entender la conducta a seguir por el profesional?

.....
.....
.....

3. **Marcos** es un adolescente de 15 años que concurre a su servicio ya que necesita un certificado de salud para su escuela. Usted realiza el examen físico detallado, en un clima bastante distendido y certifica normalidad. Qué otras cuestiones abordaría en esta consulta.

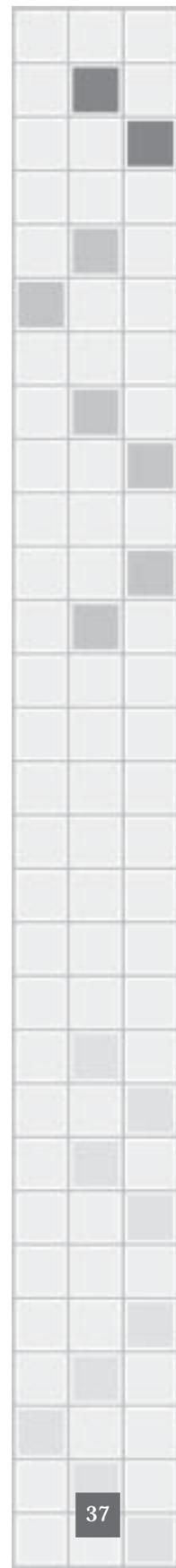
.....
.....
.....

4. **Sebastián** es un adolescente de 16 años que fue paciente suyo desde que nació. Tiene una muy buena relación con él y sus padres, quienes hasta ahora siempre lo acompañaron en las consultas. Esta vez Sebastián viene solo, dice que le duele el oído, y a lo largo de la consulta, con pudor, le comenta que "está de novio" con una compañera de curso y que han iniciado relaciones sexuales. Frente a su interés en el tema le dice "no es lo que yo esperaba".

Le confiesa que le ha costado la erección en la primera vez y que por eso no se anima nuevamente.

Explique a Sebastián cuáles son las causas más frecuentes de inadecuación en el inicio de las relaciones. Explícite qué requisitos son necesarios para esta situación.

.....
.....
.....



Compare sus respuestas con las que figuran en la Clave de Respuestas.

Conclusiones

Más allá de los aspectos meramente físicos que diferencian a los varones de las mujeres y las patologías que en los mismos se pueden presentar, la perspectiva de género aporta una mirada diferente.

La forma en que la entrevista médica se desarrolla, las inquietudes, la vivencia de la sexualidad y los factores de riesgo suelen diferir entre varones y mujeres. Las respuestas tampoco pueden ser iguales. Son estos aspectos que se han deseado presentar en esta actualización del PRONAP, con el convencimiento que resultarán de utilidad a los pediatras en su práctica cotidiana.

Lecturas recomendadas

1. Burin M, Meler I. Varones. Ed. Paidós. Buenos Aires, 2000.
2. Dulanto y col. El Adolescente. Mc. Graw Hill. México, 2000.
3. Girard G, Raffa y col. El Adolescente Varón. Lumen, Bs.As., 2001
4. Voyer, Ruvinsky, Cambiano. Pediatría, 2ª edición. Edic. Journal, 2003
5. Vaucheret G. Supervisión de la salud del Adolescente. PRONAP Módulo 4. Buenos Aires, 2002.



Clave de respuestas

Ejercicio de Integración y Cierre

A Identifique verdadero (V) o falso (F) en cada uno de los siguientes enunciados:

1. Verdadero.
2. Falso. Los adolescentes no son los más sanos, se necesita una especial atención por parte del equipo de salud.
3. Verdadero.
4. Falso. Es en la adolescencia media en la que los pares juegan un papel fundamental.
5. Verdadero.
6. Verdadero.
7. Verdadero.
8. Falso. Si no están dadas las condiciones se puede posponer para una próxima entrevista.

B Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas:

1. **Santiago**
 - a. Ginecomastia.
 - b. Traumatismo de mama, recepción exógena de estrógenos, tumor de mama.
 - c. Ninguno.
 - d. Explicar el proceso de la ginecomastia puberal.
2. **Pedro**
 - a. Varicocele.
 - b. Ninguno (aunque también es aceptable que se soliciten ecografías para evaluar tamaño testicular).
 - c. Explicar al paciente las características del varicocele, su posibilidad evolutiva, los diferentes grados que del mismo existen y la posibilidad de la intervención quirúrgica de incrementarse el mismo. Reasegurar en todo momento todo lo referente a la fecundidad, virilidad y capacidad sexual.
3. **Marcos**

Sería importante poder preguntar sobre cuáles son las cuestiones que le preocupan a Marcos (crecimiento/talla, novia, acné, etc.) para poder responder a sus dudas e inquietudes. Si embargo y teniendo en cuenta que Marcos se encuentra en la etapa de la adolescencia media será importante conversar acerca de relación con el sexo opuesto, inicio o no de relaciones sexuales, modos de protección para ETS y embarazo no deseado.

En esta etapa un alto porcentaje de varones experimenta con tabaco y alcohol, por lo tanto estos temas no pueden estar ausentes; lo mismo ocurre con los accidentes.

4. **Sebastián.**

Analice con él las siguientes causas más frecuentes de inadecuación en el inicio de las relaciones sexuales:

- Conocimiento sexual incompleto o inadecuado.
- Falta de comprensión de su genitalidad y de la del otro.
- Ansiedad por el debut.
- Dificultad en mantener una actividad sexual idealizada y/o convencional.

Converse con él sobre los requisitos ideales para encarar adecuadamente esta importante etapa de la vida: la sinceridad, el consentimiento mutuo, el no daño, la responsabilidad y el cuidado, el no condicionamiento, la adecuación al sistema de creencias.



Felicitaciones!!!
Siga adelante... siempre queda algo por aprender.

Capítulo II

Alimentación complementaria del niño amamantado

05

Alimentación complementaria del niño amamantado

El desarrollo de este tema se basa en ***Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado***, documento difundido por OPS/OMS en 2003.

- ❑ El documento original fue escrito por **Kathryn Dewey**. **Chessa Lutter** fue la oficial encargada de la parte técnica y proporcionó comentarios y asesoría técnica. **José Martines** y **Bernadette Daelmans** proporcionaron extensos y valiosos comentarios. La primera versión fue revisada y discutida por los participantes en la Consulta Mundial sobre Alimentación Complementaria de la OMS el 2001. La traducción al castellano fue realizada por **Natalia León de Cava**, M.S. *Consultor, OPS*; **Constanza Vallenias**, MD y **Carmen Casanova**, MD, del Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente. Organización Mundial de la Salud.
- ❑ A nivel nacional el documento fue revisado por **Nidia Escobal**¹, **Elsa Longo**² y **Elvira B. Calvo**³. Sus consideraciones figuran en el **Anexo I** de este capítulo.
- ❑ Finalmente, la versión para PRONAP fue preparada y modificada del original por **María Luisa Ageitos**⁴ y **Virginia Orazi**⁵.

Presentación

En el año 1990 a nivel mundial se revalorizó el rol de la lactancia materna como estrategia para mejorar la salud materno infantil. Muchos, hace tiempo que veníamos clamando por esta revalorización. La Declaración de Innocenti fue elaborada y aprobada en ese mismo 1990 en Florencia y marcó un hito en la protección de la salud infantil. Propuso a los países y a los organismos internacionales la elaboración de planes y programas para la promoción, protección y apoyo del amamantamiento.

En esa reunión también se definió el concepto de **lactancia materna exclusiva (LME)** que fue aceptado por la OMS y todos los organismos internacionales. LME: el lactante sólo recibe leche materna de su madre o leche materna extraída y ningún otro líquido o sólido a excepción de gotas vitamínicas, suplementos minerales o medicamentos. No recibe agua, ni jugo ni té.

-
1. Médica Principal Servicio de Nutrición del Hospital Garrahan. Ex consultora de la OPS. Miembro del Comité Ejecutivo de Nutrición de la SAP.
 2. Lic. en Nutrición. Profesora titular de la Escuela de Nutrición de la UBA. Asesora en Nutrición del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
 3. Doctora en Medicina. Master en Epidemiología, Universidad de Londres. Profesora de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Belgrano. Jefa del Departamento de Nutrición DMI del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
 4. Médica pediatra, sanitarista. Directora del PRONAP. Consultora de organismos internacionales. Ex Presidente de la SAP.
 5. Médica pediatra, Hospital B. Houssay, provincia de Buenos Aires. Integrante del área Salud Integral del Niño de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Miembro del Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo de la SAP.

Muchos países han cumplido parcialmente los objetivos propuestos en la Declaración de Innocenti, y ahora se ha hecho evidente la necesidad de complementar la lactancia después del sexto mes con alimentos de densidad energética adecuada, que faciliten un crecimiento y desarrollo óptimos. Este momento brinda una **ventana de oportunidades** crítica para alcanzar este objetivo prioritario.

En Argentina, la desnutrición aguda no ha sido el problema principal, aun con la grave crisis de 2001-2002 y pese a que la mayoría de las familias con niños están sumergidas en la pobreza. Ha surgido ese témpano oculto de la desnutrición crónica, expresada en la baja talla. Ya en la década del 70, en el examen de admisión al servicio militar, se había puesto en evidencia que los jóvenes de las zonas más pobres, NOA y NEA, eran los de estatura más baja.

Los niños acortados que ocupan los primeros lugares en las filas del colegio, ingresan a la escolaridad en desventaja, sumando muchas veces a la baja talla el **"hambre oculta"** de la carencia de micronutrientes, sobre todo hierro.

El comienzo del acortamiento puede rastrearse a partir del sexto mes y durante el segundo año. Sabemos que la posibilidad de revertirlo es un interrogante y de todos modos siempre será mejor su prevención.

En los últimos años, la obesidad, definida como alto peso para la edad y su relación con la talla, apareció en el mundo en desarrollo como un problema sanitario de importancia creciente, para complicar aun más los complejos caminos de la nutrición-malnutrición. Nuestro país no escapa a ese problema, ligado a estilos de vida sedentarios, en relación al tamaño de las viviendas y la violencia urbana que limitan las posibilidades del juego barrial, y al menor costo de los alimentos que aportan energía y menor consumo de frutas y verduras. El peso de la obesidad infantil en la obesidad del adulto ha sido demostrado.

Los pediatras nos asomamos a esa **ventana de oportunidad** y podemos aprovecharla sosteniendo la LME y la lactancia materna continuada hasta los 2 años o más, incorporando después del sexto mes una alimentación complementaria oportuna y adecuada, basada en los conocimientos científicos actuales y que el documento de OPS/OMS nos acerca.

La **Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño pequeño**, propuesta por OMS UNICEF, ha sido adoptada por nuestro país y brinda un marco de acciones técnicas conjuntas: gubernamentales y de la sociedad civil.

Nosotros como pediatras, tenemos que implementar, a lo largo y a lo ancho del país, la mejor acción posible con cada familia que asistimos, con cada niño que vemos.

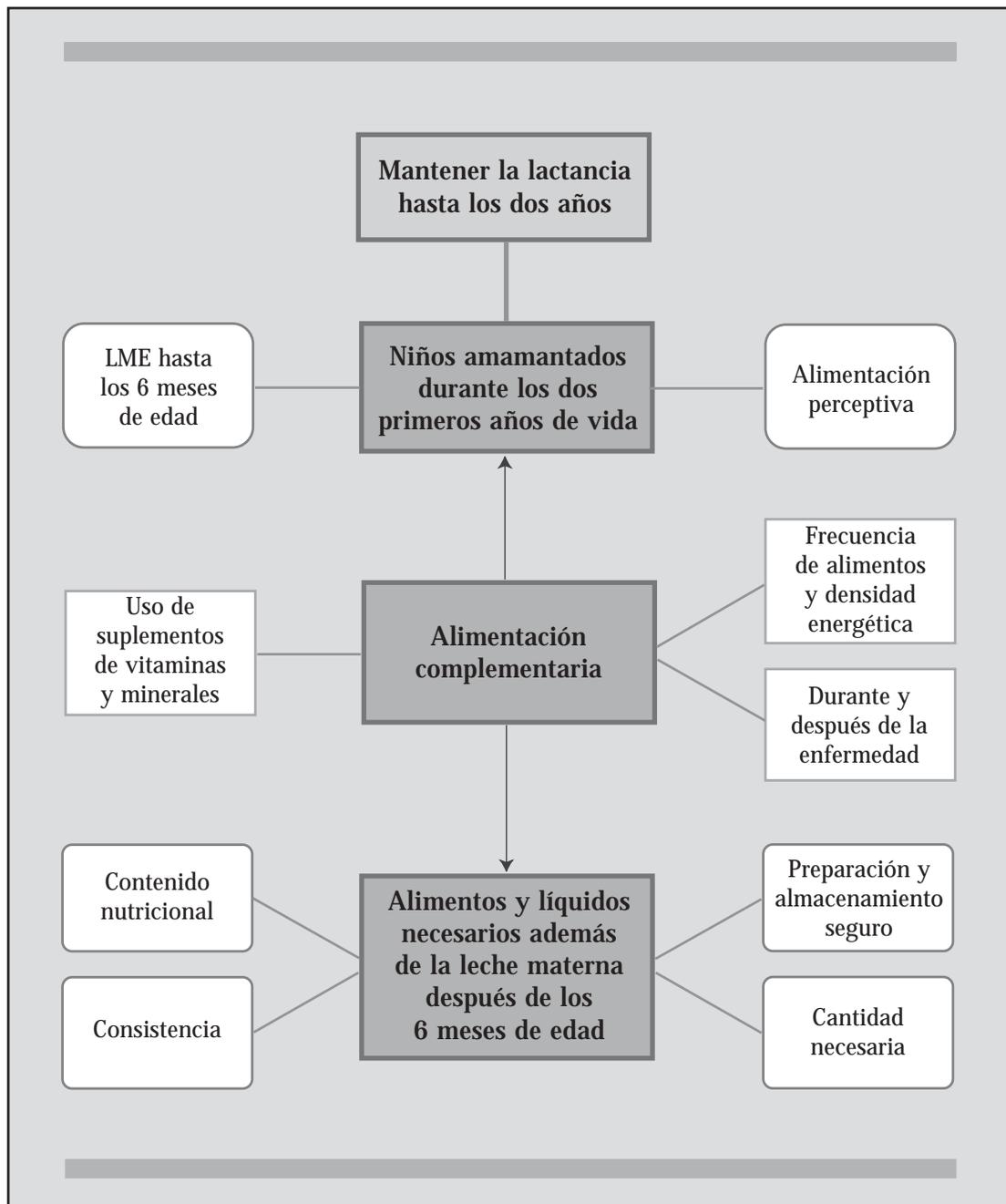
El trabajo que con paciente dedicación hemos adaptado para los alumnos del PRONAP, se elaboró en base a **Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado**, documento producido por OPS/OMS. <http://www.paho.org>

María Luisa Ageitos y Virginia Orazi
PRONAP

Objetivos

- Explicar por qué se considera que desde el nacimiento hasta los 2 años es un período crítico –ventana de oportunidades– para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimo.
- Establecer las diferencias entre alimentación complementaria y alimentación de reemplazo.
- Identificar las características de la alimentación perceptiva.
- Fundamentar la conveniencia de sostener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- Orientar a las madres en relación a la cantidad y calidad de alimentos complementarios a incorporar después de 6 meses de lactancia materna exclusiva.
- Orientar a las madres en relación a la preparación y almacenamiento de los alimentos complementarios.
- Decidir la oportunidad de administrar gotas medicinales de hierro, zinc y vitaminas a los niños menores de 2 años.
- Fundamentar la conveniencia de mantener la lactancia materna hasta los 2 años.
- Orientar a las madres en relación a la alimentación durante y después de una enfermedad.

Esquema de contenidos





Ejercicio Inicial

El propósito de este ejercicio es que ud. entre en contacto con el tema y que advierta, de alguna manera, lo que ya sabe y que se motive para adquirir nuevos conocimientos.

Le proponemos un ejercicio de autoevaluación.

A Lea cada uno de los enunciados y marque **V** si considera que es verdadero y **F** si cree que lo que se dice es falso.

Proposición	V	F
1. Alimentación complementaria es sinónimo de alimentación de reemplazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La lactancia materna exclusiva por 6 meses prolonga la amenorrea y acelera la pérdida de peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La concentración de hierro en la leche humana es alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Antes de los 6 meses de edad, la administración de gotas medicinales de hierro para la prevención de la deficiencia de hierro en niños en riesgo, es la conducta más efectiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Para la prevención de la deficiencia de zinc, en niños menores de 6 meses, el uso de suplementos medicinales de zinc puede ser más efectivo que introducirlos con los alimentos complementarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Los alimentos complementarios introducidos antes de los 6 meses tienden a desplazar la lactancia materna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La leche materna tiene un contenido de grasa relativamente alto en comparación a la mayoría de los alimentos complementarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En períodos de enfermedad el apetito de los niños desciende y por lo tanto disminuye la ingesta de leche materna y también de otros alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Entretener al niño con juegos, juguetes vistosos y/o canciones es una de las estrategias de la "alimentación perceptiva".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. La alimentación complementaria óptima depende fundamentalmente de la calidad de los alimentos que se incorporan a la dieta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Durante la segunda mitad del primer año de vida, cuando aumenta la ingesta de alimentos complementarios, aumenta la incidencia de la enfermedad diarreica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. El uso de alimentos fermentados como el yogur puede reducir el riesgo de contaminación microbiológica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Los niños de 6-8 meses necesitan 615 kcal/d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Organismos internacionales como FAO/OMS, en el año 2002 calcularon los requerimientos energéticos de los niños y los valores informados son más bajos que los que habían estimado en 1985.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentación complementaria del niño amamantado

15. La densidad calórica de la leche materna es 0,60-0,70 kcal/g.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. La leche materna representa un 20% del aporte energético requerido por un niño de 7 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. La densidad calórica de las comidas debe ser similar a la de la leche materna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Durante el segunda año de vida, los alimentos complementarios representan más de la mitad del aporte energético necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. El desarrollo neuromuscular de los niños determina la edad mínima para poder comer cierto tipo de alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Existe un período crítico, alrededor de los 10 meses de edad, en el que es conveniente incorporar alimentos sólidos grumosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Un niño de 15 meses debe ser amamantado y además tener 3 ó 4 comidas por día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Los niños con ingestas bajas de leche materna requieren comidas más frecuentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Las dietas vegetarianas no cubren las necesidades nutricionales de los niños menores de 2 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. El niño debe consumir carnes rojas, aves, pescado, vísceras o huevo todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. El hierro y el zinc son bajos en la leche materna y los alimentos complementarios no lo proveen en cantidades suficientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. La leche que distribuye el Programa Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación está fortificada con hierro, zinc y vitamina C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. La desnutrición materna puede afectar la concentración de ciertos nutrientes en la leche materna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Mejorar la dieta de la madre es la primera opción para mejorar el aporte de la alimentación al pecho en un niño menor de 6 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sugerimos que revise sus respuestas después de finalizar la lectura de este capítulo.

Introducción

La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño. Es bien reconocido que el período entre el nacimiento y los dos años de edad es como dijimos, una **“ventana de tiempo crítica”** para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos.

En estudios longitudinales se ha comprobado consistentemente que esta es la edad pico en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez como la diarrea. Después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente (Martorell y col. 1994). Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante estos años formativos incluyen una morbilidad pronunciada y una injuria al desarrollo mental y motor. A largo plazo, las deficiencias nutricionales están ligadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta. Como consecuencia, el ciclo de desnutrición continúa, ya que la niña desnutrida al crecer tiene mayores posibilidades de dar a luz a un niño de bajo peso al nacer.

Es esencial asegurar que las personas encargadas del cuidado y salud de los niños reciban orientación apropiada en cuanto a la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños.

La alimentación complementaria se define como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna.

Una revisión de las guías alimenticias promovidas por varias organizaciones nacionales e internacionales demostró que existen inconsistencias en las recomendaciones específicas para la alimentación de lactantes y niños pequeños. Algunas guías se basan en tradiciones y especulaciones más que en bases científicas, o son mucho más específicas de lo necesario en cuanto a temas como el orden de introducción de alimentos y las cantidades específicas de alimentos que debe recibir el lactante.

Las guías descritas en este documento son el resultado de extensas discusiones llevadas a cabo en varias consultas técnicas y documentos sobre alimentación complementaria (OMS/UNICEF, 1998; Consulta Técnica de la OMS/UNICEF sobre la Alimentación del Niño Pequeño, 2000; Consulta Mundial de la OMS sobre la Alimentación Complementaria, 2001; Academia para el Desarrollo Educacional, 1997; Dewey y Brown, 2002).

El grupo objetivo de estas guías son los niños amamantados durante los primeros dos años de vida. Debe resaltarse que estas guías fueron elaboradas para ser aplicadas a niños normales nacidos a término (esto incluye niños de bajo peso nacidos después de las 37 semanas de gestación).

La edad óptima para iniciar la alimentación complementaria es después del sexto mes, la lactancia materna puede continuar hasta los dos años o más.

Las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las causas principales de desnutrición en los primeros dos años de vida.

Los lactantes o niños pequeños con desnutrición aguda o enfermedades severas, en proceso de recuperación y los niños prematuros pueden necesitar una

alimentación especial. Este documento puede ser utilizado como base para elaborar recomendaciones locales sobre la alimentación complementaria para estos grupos especiales.

Este documento no cubre recomendaciones específicas para la alimentación de niños que no son amamantados; sin embargo, muchas de las recomendaciones presentadas pueden ser apropiadas para dichos niños (con la excepción de las recomendaciones sobre frecuencia de comidas y contenido nutricional de alimentos complementarios). Las dietas apropiadas para niños que no son amamantados (como hijos de madres VIH positivas), son frecuentemente descritas como “alimentación de reemplazo”, y son el tema principal de otros documentos y estarán disponibles próximamente.

Los 10 principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado

1. Duración de la lactancia materna exclusiva y edad de introducción de los alimentos complementarios.
2. Mantenimiento de la lactancia materna.
3. Alimentación perceptiva.
4. Preparación y almacenamiento seguros de los alimentos complementarios.
5. Cantidad necesaria de alimentos complementarios.
6. Consistencia de los alimentos.
7. Frecuencia de alimentos y densidad energética.
8. Contenido nutricional de alimentos complementarios.
9. Uso de suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados para niños y madres.
10. La alimentación durante y después de la enfermedad.

1. Duración de la lactancia materna exclusiva y edad de introducción de los alimentos complementarios

A. Guía

Practicar la lactancia materna exclusiva (LME) desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses (180 días) y continuar con la lactancia materna.

B. Razonamiento científico

En mayo del 2001, la 54ª Asamblea Mundial de la Salud exhortó a los Estados Miembros a promover la lactancia materna exclusiva por seis meses como una recomendación mundial de salud pública. Esta recomendación fue elaborada por una Reunión de Expertos sobre la Duración Óptima de la Lactancia Materna Exclusiva convocada por la OMS. Los expertos consideraron los resultados de una revisión sistemática de las pruebas existentes (Kramer y Kakuna, 2002) y concluyeron que la lactancia materna exclusiva por seis meses proporciona varios beneficios al niño y a la madre.

Uno de los beneficios principales es el **efecto protector contra infecciones gastrointestinales**, que ha sido observado no sólo en países en vías de desarrollo sino también en países industrializados. Algunos estudios sugieren que el desarrollo psicomotor mejora con la lactancia materna exclusiva por seis meses (Dewey y col., 2001), pero se requiere de mayor investigación para confirmar este hallazgo. Para la madre, la lactancia materna exclusiva por seis meses prolonga la duración de la amenorrea inducida por la lactancia y acelera la pérdida de peso. Una **duración prolongada de la amenorrea es considerada ventajosa** y, para mujeres con sobrepeso, **la pérdida de peso** también es beneficiosa. Esta pérdida de peso puede ser una desventaja para mujeres de bajo peso, pero esto puede evitarse asegurando que tengan acceso a una dieta adecuada.

La Reunión de Expertos observó que, en términos poblacionales, la lactancia materna exclusiva por seis meses no tiene efecto adverso en el crecimiento infantil. Las necesidades nutricionales de los niños normales nacidos a término son generalmente cubiertas por la leche materna durante los primeros 6 meses siempre que la madre esté bien alimentada. Sin embargo, en ciertas situaciones, puede haber problemas con algunos micronutrientes antes de los 6 meses.

En el caso del hierro, las reservas del niño al nacer juegan un papel importante en determinar el riesgo de anemia durante la infancia, pues la concentración de hierro en la leche humana es baja pero su biodisponibilidad es alta. Los niños nacidos con peso normal de madres con un buen estado prenatal de hierro generalmente tienen reservas adecuadas de hierro en el hígado y, por lo tanto, el riesgo de deficiencia de hierro antes de los seis meses es bajo. Los niños nacidos de madres con deficiencia prenatal de hierro están en riesgo, aun si nacen con peso normal. Otro factor importante a tener presente con respecto a los depósitos y reserva de hierro es el momento en que se realizó la ligadura del cordón umbilical al nacimiento.

El uso de alimentos complementarios para la prevención de la deficiencia de hierro en niños en riesgo antes de los seis meses no es tan efectivo como el uso de gotas medicinales de hierro (Domellof y col., 2001).

Antes de los 6 meses también puede haber limitación de otros nutrientes tales como el zinc y algunas vitaminas. La concentración de zinc en la leche humana es relativamente baja, aunque su biodisponibilidad es alta. De manera similar al hierro, las reservas bajas de zinc en el hígado al nacer pueden predisponer a algunos niños a la deficiencia de este mineral (Zlotkin y col., 1988). Hasta el momento existe poca información para sustentar que la deficiencia de zinc limita el crecimiento de niños con LME durante los 6 meses (si bien este puede ser el caso después de los 6 meses; Brown y col., 2002). Por otro lado, un estudio en India encontró una disminución en la mortalidad por enfermedades infecciosas entre niños nacidos a término y pequeños para la edad gestacional que recibieron suplementos de zinc entre el primer y noveno mes de edad (Sazawal y col., 2001), lo que sugiere que el estado nutricional de zinc en la infancia temprana puede ser inadecuado en ciertas condiciones. Sin embargo, al igual que con el hierro, el uso de suplementos medicinales de zinc puede ser más efectivo que los alimentos complementarios para la prevención de la deficiencia de zinc en niños pequeños menores de 6 meses.

Las **deficiencias de vitaminas** son generalmente raras en niños amamantados en forma exclusiva, pero si la dieta de la madre es deficiente su niño podría tener una ingesta baja de ciertas vitaminas (por ejemplo vitamina A, riboflavina, vitamina B6 y vitamina B12).

La deficiencia de vitamina D puede ocurrir en niños que no reciben mucha luz solar (sur argentino, tugurios urbanos), pero el dar al niño gotas de vitamina D generalmente previene esta deficiencia. El crecimiento infantil no mejora con la alimentación complementaria antes de los seis meses, aún en condiciones óptimas (es decir, con alimentos inocuos y nutritivos), y los alimentos complementarios introducidos antes de los 6 meses tienden a desplazar la leche materna (Dewey y col., 1999).

Se recomienda mejorar la dieta de la madre o administrar suplementos a la madre en vez de dar alimentos complementarios antes de los 6 meses.

Por otro lado, después de los seis meses de edad es más difícil que los niños amamantados en forma exclusiva cubran sus necesidades nutricionales si reciben solamente leche materna. Más aun, en términos de desarrollo, la mayoría de los niños están listos para recibir otros alimentos alrededor de los seis meses (Taylor y Morrow, 2001). Ver **Tabla 2. El desarrollo neuromuscular** en página 59.

En ambientes donde las condiciones sanitarias son muy pobres, esperar hasta más allá de los 6 meses para introducir alimentos complementarios puede reducir el riesgo de exposición a patógenos alimenticios. Sin embargo, los niños comienzan a explorar activamente sus alrededores a esta edad, por lo que están igualmente expuestos a microbios a través del suelo y los objetos de juego etc., aun si no reciben alimentos complementarios. Por ende, el consenso es que la edad apropiada para introducir alimentos complementarios es al cumplir seis meses de vida.

Si se espera hasta los seis meses para introducir otros alimentos, los beneficios potenciales para la salud superan a los riesgos potenciales.

ción a patógenos alimenticios. Sin embargo, los niños comienzan a explorar activamente sus alrededores a esta edad, por lo que están igualmente expuestos a microbios a través del suelo y los objetos de juego etc., aun si no reciben alimentos complementarios. Por ende, el consenso es que la edad apropiada para introducir alimentos complementarios es al cumplir seis meses de vida.

2. Mantenimiento de la lactancia materna

A. Guía

Continuar con la lactancia materna frecuente y a libre demanda hasta los dos años de edad o más.

B. Razonamiento científico

La lactancia materna sigue ofreciendo un aporte nutricional importante pasado el primer año de vida. Los niños de 12 a 23 meses de edad, amamantados, que tienen una ingesta "promedio" de leche materna (aproximadamente 550 g/d en países en vías de desarrollo; OMS/UNICEF, 1998) reciben 35 a 40% del total de sus requerimientos energéticos a partir de la leche materna (Dewey y Brown, 2002).

El contenido de grasa de la leche materna puede ser crítico para la utilización de carotenoides pro-vitamina A en dietas infantiles de origen predominantemente vegetal. La leche materna provee cantidades considerables de ciertos micronutrientes. En Gambia se estima que la ingesta del 70% de vitamina A, el 40% de calcio y el 37% de riboflavina a los 15 a 18 meses de edad proviene de la leche materna (Prentice y Paul, 1990).

El impacto nutricional de la leche materna es más evidente durante los períodos de enfermedad, cuando el apetito de los niños por otros alimentos desciende pero la ingesta de leche materna se mantiene (Brown y col., 1990). Por ende, la leche materna juega un rol importante en la prevención de la deshidratación y provee los nutrientes requeridos para la recuperación de los niños después de enfermedades infecciosas.

La continuación de la lactancia materna después del primer año también protege la salud infantil al retrasar la fertilidad materna después del parto (aumentando así el intervalo entre nacimientos en poblaciones donde el uso de otros métodos anticonceptivos no es común) permitiendo mayor dedicación materna al lactante, reduciendo el riesgo de morbilidad y mortalidad de los niños en poblaciones en desventaja (Lancet 2003).

El impacto de la lactancia materna sobre el apetito y el crecimiento infantil luego del primer año de vida ha sido controversial (Caulfield y col., 1996; Habicht, 2000). Sin embargo, algunos estudios longitudinales recientes demuestran que en países en vías de desarrollo una mayor duración de lactancia materna está asociada con mayor crecimiento lineal luego de analizar los datos tomando en cuenta las variables de confusión y causalidad inversa (Simondon y col., 2001).

Debido a que la leche materna tiene un contenido de grasa relativamente alto comparada a la mayoría de los alimentos complementarios, es una fuente clave de energía y ácidos grasos esenciales.

La lactancia materna sigue ofreciendo un aporte nutricional importante pasado el primer año de vida.

Una mayor duración de la lactancia materna ha sido asociada con la reducción de enfermedades crónicas en la infancia (Davis, 2001) y obesidad (Butte, 2001) y con mejores resultados cognoscitivos (Reynolds, 2001), aunque la relación causal de estas asociaciones permanece controversial. La mayoría de estos estudios no ha examinado específicamente el efecto de la lactancia materna por más de 12 meses.

3. Alimentación perceptiva

El diccionario de la Real Academia Española, vigésima primera edición, España 2000, define los siguientes términos:

Percibo: acción o efecto de percibir una cosa.

Percibir: recibir por uno de los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas.

Comprender o conocer una cosa.

A. Guía

Practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psicosocial (Engle y col., 2000, Pelto y col., 2002).

Específicamente:

- Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción;
- Alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos;
- Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer;
- Minimizar las distracciones durante las horas de comida ya que el niño pierde interés rápidamente. Evitar la televisión;
- Recordar que los momentos de comer son períodos de aprendizaje y amor y es conveniente hablar con los niños y mantener el contacto visual.

B. Razonamiento científico

Existe un reconocimiento creciente de que la alimentación complementaria óptima está relacionada no sólo con el **qué se come**, sino también con el **cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño** (Pelto y col., 2002). Ciertos estudios de comportamiento han revelado que el estilo de “dejar hacer” durante la alimentación predomina en algunas poblaciones (Engle y Zeitlin, 1996), donde raramente se observa que el niño sea animado a comer y si se observa es sólo cuando los niños se rehúsan a comer o están enfermos. Existe la hipótesis de que un estilo más activo de alimentación puede mejorar la ingesta nutricional. Sin embargo, hasta el momento, las pruebas sobre el impacto de los comportamientos de alimentación en la ingesta dietética y salud infantil son escasas. En una población urbana de Ghana, Ruel y col. (1999) encontraron que una escala de “prácticas de cuidado” (que incluía patrones de lactancia materna, tiempo de introducción de la alimentación complementaria, calidad de alimentos, y dos comportamientos de “alimentación activa”) estaba positivamente asociada al estado antropométrico del niño en madres con escolaridad mínima o nula. Varios estudios de intervención que incluyeron comportamientos de alimentación como parte de las prácticas recomendadas han reportado efectos positivos en el crecimiento infantil, pero es imposible separar la influencia de la alimentación perceptiva de aquella relacionada a los otros cambios ocurridos en las prácticas de lactancia materna y los tipos de alimentos complementarios ofrecidos. En cuanto exista más información proveniente de estudios controlados, se podrá determinar con precisión los tipos de comportamientos alimenticios que tienen más influencia sobre la salud y el desarrollo infantil. Mientras tanto, las recomendaciones aquí presentadas representan el consenso actual entre los expertos en el tema de las prácticas óptimas de alimentación infantil.

La alimentación complementaria óptima está relacionada no solo con el qué se come, sino también con el cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño.

4. Preparación y almacenamiento seguros de los alimentos complementarios

A. Guía

Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos al:

- Lavar las manos de las personas a cargo de los niños y de los mismos niños, antes de preparar alimentos y de comerlos;
- Guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación;
- Utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos;
- Utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los niños; y
- Evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.

B. Razonamiento científico

El cuidado con las prácticas de higiene durante la preparación de los alimentos es crítico para la prevención de enfermedades gastrointestinales. La contaminación microbiológica de los alimentos es una de las causas principales de la diarrea infantil y se puede prevenir aplicando las prácticas descritas anteriormente. Los biberones son una ruta importante de transmisión de patógenos debido a que es difícil mantenerlos limpios. En una zona peri-urbana del Perú, el 35% de las tetinas de biberones analizadas resultaron positivas para *E. coli*, un indicador de contaminación fecal y el 31% de los tés servidos en biberones estuvo contaminado con *E. coli* comparado con sólo el 2% de los tés servidos en tazas (Black y col., 1989).

Aunque en muchos entornos existen barreras significativas para el cumplimiento de las recomendaciones descritas (incluyendo la falta de agua potable y lugares para la preparación y el almacenamiento seguros de alimentos así como la restricción de tiempo de las personas encargadas de los niños), las intervenciones educativas bien planeadas pueden resultar en mejorías sustanciales en cuanto a seguridad de los alimentos (Monte y col., 1997). Además, el uso de alimentos fermentados (yogurt) puede reducir el riesgo de contaminación microbiológica (Kimmons y col., 1999) y tiene la ventaja de mejorar el contenido nutricional (OMS, 1998).

La incidencia más elevada de enfermedades diarreicas ocurre durante la segunda mitad del primer año de vida, cuando la ingesta de alimentos complementarios aumenta. Los biberones son una ruta importante de transmisión de patógenos debido a que es difícil mantenerlos limpios.

5. Cantidad necesaria de alimentos complementarios

A. Guía

Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. Para los niños con ingestas "promedio" de leche materna y en países en vías de desarrollo la energía necesaria que debe provenir de los alimentos complementarios es:

200 kcal al día para niños entre los 6 y 8 meses de edad.
300 kcal al día para niños entre los 9 y 11 meses.
550 kcal al día para niños entre los 12 y 23 meses de edad.

En países desarrollados se estima que las necesidades son algo diferentes, debido las diferencias en la ingesta de leche materna.

B. Razonamiento científico

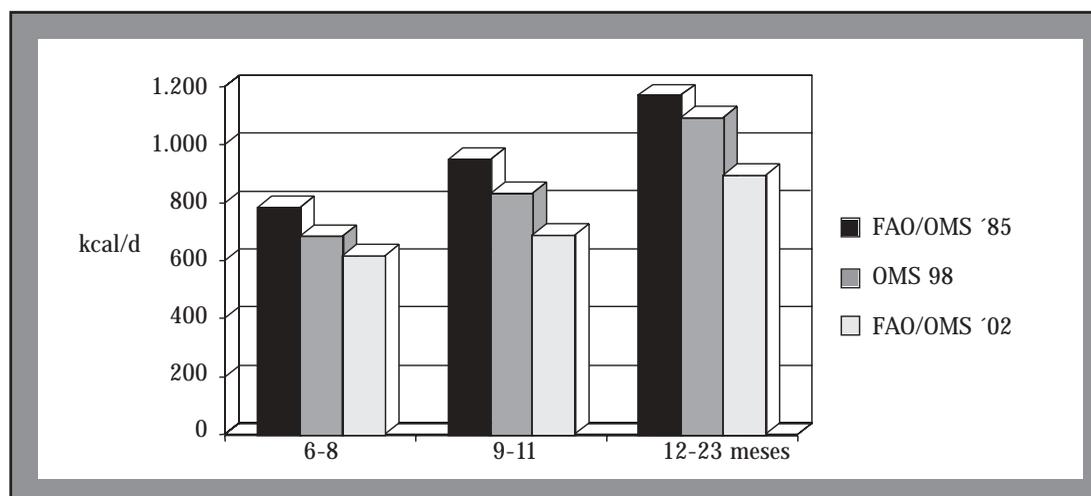
El total de energía necesaria (requerimiento) para niños sanos amamantados es de aproximadamente:

615 kcal/d a los 6 a 8 meses,
686 kcal/d a los 9 a 11 meses,
894 kcal/d a los 12 a 23 meses de edad
(Dewey y Brown, 2002)

El aporte energético necesario a partir de los alimentos complementarios se calcula restando el promedio de la ingesta de energía proveniente de la leche materna del requerimiento total de energía según la edad.

En el siguiente gráfico vemos como diferentes organismos utilizan cálculos algo disímiles pero en general en los más modernos proponen requerimientos energéticos menores.

- Gráfico 1 -
Cambio en los requerimientos energéticos



Ref.: Lutter Ch. Ritos y principios para alimentación complementaria del niño amamantado. Buenos Aires, 2005.

Alimentación complementaria del niño amamantado

Los niños amamantados en países en vías de desarrollo, el promedio de ingesta de energía procedente de la **leche materna** es de:

413 kcal/d a los 6 a 8 meses.
379 kcal/d a los 9 a 11 meses.
346 kcal/d a los 12 a 23 meses.

- Tabla 1 -

El aporte energético necesario a partir de los alimentos complementarios (kcal/d), basado en el requerimiento total de energía (para niños amamantados)

Edad del niño (meses)	6-8	9-11	12-23
Requerimiento energético	615	686	894
Energía de la leche materna	-413	-379	-346
Aporte energético aproximado de alimentos complementarios	~200	~300	~550

Las cifras están expresadas en kcal/d. Ref.: Lutter Ch. Ritos y principios para alimentación complementaria del niño amamantado. Buenos Aires, 2005.

Esta guía está basada en una ingesta promedio de leche materna según edad. Si un niño consume más o menos leche materna que el promedio, la cantidad de energía necesaria proveniente de los alimentos complementarios variará. En la práctica, la persona encargada del niño o niña no podrá saber la cantidad exacta de leche materna que él o ella consume y tampoco podrá medir el contenido energético de los alimentos complementarios ofrecidos.

Por lo tanto, la cantidad de alimentos ofrecidos debe ser basada en los principios de la alimentación perceptiva, asegurando que la densidad energética y la frecuencia de las comidas sean las adecuadas para cubrir las necesidades del niño o niña.

Los niños en proceso de recuperación de enfermedades o que viven en ambientes donde el desgaste de energía es mayor (frío) pueden requerir más energía que la aportada por las cantidades promedio descritas en este punto.

De todos modos las porciones deben ser generosas y con densidad energética adecuada.

Es importante no ser muy prescriptivo en cuanto a las cantidades de alimentos complementarios que deben ser consumidos, pues las necesidades de cada niño varían debido a las diferencias en la ingesta de leche materna y la variabilidad de la tasa de crecimiento.

6. Consistencia de los alimentos

A. Guía

Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a sus requisitos y habilidades. Los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los 6 meses de edad. A los 8 meses, la mayoría de niños también pueden consumir alimentos que se pueden comer con los dedos. A los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia (teniendo en cuenta su necesidad de nutrientes). Deben evitarse los alimentos que puedan causar que los niños se atoren o atraganten (es decir, alimentos cuya forma y/o consistencia implica el riesgo de que pudieran bloquear la tráquea, por ejemplo nueces, uvas, zanahorias crudas, pochoclo, semillas, etc.).

B. Razonamiento científico

El desarrollo neuromuscular de los niños determina la edad mínima según la cual pueden comer ciertos tipos de alimentos. Los alimentos semisólidos o purés son necesarios al comienzo, hasta que aparezca la habilidad de mordisquear (movimientos de la mandíbula hacia arriba y abajo) o masticar (uso de los dientes). Las habilidades descritas representan las aptitudes normales de niños sanos a diferentes edades.

Cuando se ofrece alimentos de consistencia inapropiada, es posible que el niño no logre consumir una cantidad significativa, o que demore tanto en comer que su ingesta de alimentos se vea comprometida.

Los resultados de varios estudios demuestran que a los 12 meses, la mayoría de los niños ya puede consumir los alimentos familiares de consistencia sólida, aunque muchos aún reciben alimentos semisólidos (presumiblemente porque pueden consumirlos más eficientemente y por ende, significa una demanda más baja del tiempo requerido para alimentarlos). Algunas pruebas sugieren que existe una **“ventana crítica”** de tiempo para introducir alimentos sólidos “grumosos”: si éstos no se introducen antes de los 10 meses de edad, es posible que aumente el riesgo de dificultades durante la alimentación en el futuro (Northstone y col., 2001). Por ello, aunque dar alimentos semisólidos ahorre tiempo, para provecho del desarrollo infantil se recomienda aumentar la consistencia de los alimentos gradualmente de acuerdo con la edad del niño.

- Tabla 2 -

El desarrollo neuromuscular

0-6 m	Mamar /chupar y tragar.
4-7 m	Aparece la habilidad de mordisquear.
7-12 m	Morder, masticar.
	Movimientos laterales de la lengua y movimiento de comida hacia los dientes.
12-24 m	Movimientos rotatorios de masticar.

Ref.: Lutter Ch. Ritos y principios para alimentación complementaria del niño amamantado. Bs. As., 2005

7. Frecuencia de comidas y densidad energética

A. Guía

Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida. Al niño amamantado sano se le deben indicar el número de comidas según se muestra en la siguiente tabla:

- Tabla 3 -

Número de comidas diarias recomendadas de acuerdo a la edad

Edad	Número de comidas diarias	Densidad calórica (kcal/g)
6-7 meses	Leche materna + 1 a 2 comida iniciales	0,93
7-8 meses	Leche materna + 2 ó 3 comidas	0,79
9-24 meses	Leche materna + 3 ó 4 comidas	0,73

Tomado de: *Guías Alimentarias para la Población Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (en Prensa)*.

Como se observa en la tabla, a medida que aumenta el número de comidas se puede disminuir la densidad calórica de cada una de ellas. En general, se busca que la densidad calórica de las comidas sea similar a la de la leche materna: 0,60 a 0,70 kcal/g.

Además, hay que ofrecer a los niños y niñas colaciones nutritivas (como una fruta, un pedazo de pan con queso, dulce o manteca, un postre lácteo casero, arroz con leche etc.); pueden ser ofrecidas 1 o 2 veces al día, según lo desee el niño.

Las colaciones se definen como alimentos consumidos entre comidas, siendo generalmente alimentos que los niños consumen por sí mismos y que son convenientes y fáciles de preparar. Si la densidad energética o la cantidad de alimentos en cada comida es baja, o el niño ya no es amamantado, es posible que requiera comidas más frecuentes.

B. Razonamiento científico

Esta guía está basada en estimados teóricos sobre el número de comidas requeridas, calculando la energía necesaria a partir de los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal/día y una densidad energética mínima de alimentos complementarios de 0,8 kcal/g (Dewey y Brown, 2002). Los niños con ingestas bajas de leche materna requerirán de una mayor frecuencia de comidas.

Cuando la densidad energética de los alimentos complementarios comunes es menor de 0,8 kcal/g o los niños consumen cantidades menores a su capacidad gástrica en cada comida, la frecuencia de comidas deberá ser mayor.

Una frecuencia de comidas mayor a la necesaria puede resultar en una disminución de la ingesta de leche materna. En Guatemala, una campaña social de mercadeo para promover la alimentación complementaria cinco veces al día resultó en la reducción –involuntaria– de la frecuencia de lactancia materna en niños entre los 19 y 24 meses de edad (de un promedio de 6,9 mamadas al día antes de la intervención, a 3,7 mamadas al día después

de la intervención, $p=0,01$; Rivera y col., 1998). Además, la preparación y alimentación de cinco comidas al día requiere de una cantidad considerable de tiempo y esfuerzo por parte de las personas responsables de alimentar a los niños, lo cual puede impulsarlas a guardar los alimentos preparados para la siguiente comida, y así aumentar el riesgo de contaminación microbiológica. Todo lo indicado debe ser tomado en cuenta cuando se desarrollan mensajes sobre la frecuencia de comidas.

Una o dos colaciones nutritivas por día no requerirán tiempo de preparación y probablemente no desplacen a la leche materna.

8. Contenido nutricional de los alimentos complementarios

A. Guía

Dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales. Debe consumirse carne roja, aves, pescado, vísceras o huevos diariamente o lo más frecuentemente posible. Las dietas vegetarianas no logran cubrir las necesidades nutricionales a esta edad, a menos que se utilicen suplementos nutricionales o productos fortificados. Las frutas y verduras ricas en vitamina A deben ser consumidas a diario. Proveer dietas con un contenido adecuado en grasas.

Evitar la administración de bebidas o jugos con un bajo valor nutritivo, como té, café, mate y gaseosas. Limitar la cantidad ofrecida para evitar reemplazar o desplazar alimentos más nutritivos.

B. Razonamiento científico

1. Contenido de micronutrientes. Debido al rápido crecimiento y desarrollo de los niños durante los primeros dos años de vida, la necesidad nutricional por unidad de peso corporal de lactantes y niños pequeños es alta. La leche materna puede contribuir de manera sustancial a la ingesta total de nutrientes en niños entre los 6 y 24 meses de edad, particularmente en cuanto a proteínas y muchas de las vitaminas. Sin embargo, el contenido de varios minerales como el hierro y el zinc, es relativamente bajo en la leche materna aun tomando en cuenta su biodisponibilidad. Por ejemplo, entre los 9 y 11 meses de edad la proporción de la ingesta de nutrientes recomendada que deberían suministrar los alimentos complementarios es de 97% para el hierro, 86% para el zinc, 81% para el fósforo, 76% para el magnesio, 73% para el sodio, y 72% para el calcio (Dewey, 2001). Dada la cantidad relativamente pequeña de alimentos complementarios que consume un niño o una niña entre los 6 y 24 meses, se necesitaría que la densidad nutricional (cantidad de cada nutriente por 100 kcal de alimento) de los alimentos complementarios sea muy elevada.

En Argentina es prevalente la anemia por déficit de hierro.

Cuando analizamos la densidad nutricional de los alimentos en algunas poblaciones se pueden identificar varios "nutrientes problema". En la mayoría de los países en vías de desarrollo, los alimentos complementarios no proveen suficiente hierro, zinc, o vitamina B6.

En los Estados Unidos, el hierro y el zinc son identificados como nutrientes problema en el primer año de vida, a pesar de la disponibilidad de productos fortificados con hierro. La reserva de ciertos nutrientes es limitada en algunas poblaciones, pero no en todas, dependiendo de la mezcla local de alimentos complementarios. Estos nutrientes incluyen riboflavina, niacina, tiamina, folato, calcio, vitamina A, y vitamina C. Otros nutrientes, como la vitamina E, el yodo y el selenio pueden también ser nutrientes problema en algunos ambientes, pero no existe suficiente información para pronunciarse sobre esto.

La sal iodada que consume la mayoría de los habitantes en Argentina suple el requerimiento necesario, pero se debe tener en cuenta que en algunas regiones del país se consume sal directamente de los salares, y esto puede producir déficit en poblaciones focales.

No es necesario ni conveniente agregar sal a los alimentos complementarios.

Debido a que existe tanta variabilidad en la composición de las dietas de alimentos complementarios en las diferentes partes del mundo, no es factible determinar dietas mundiales que garanticen la ingesta adecuada de todos los nutrientes esenciales. Es preferible desarrollar guías alimenticias de alimentos complementarios específicas para cada población basadas en la composición de alimentos disponibles al nivel local. Sin embargo, a partir de los análisis previamente realizados (Dewey y Brown, 2002), se demuestra claramente que los alimentos complementarios de origen vegetal no son suficientes por sí solos para cubrir los requerimientos de ciertos micronutrientes.

Incluir carne roja, aves, vísceras, pescado o huevos en los alimentos complementarios lo más frecuentemente posible.

- Tabla 4 -

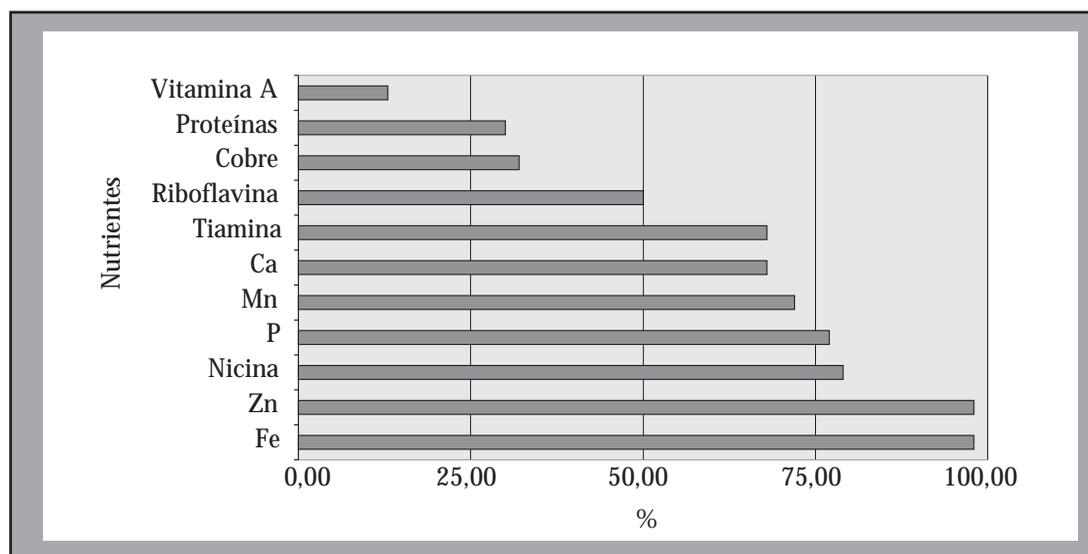
Energía y proteínas que deben proveer los alimentos complementarios

Edad (en meses)	Aporte calórico de la leche materna (% del total del aporte requerido)	Energía y proteínas aportadas por los alimentos complementarios:	
		% calórico	Proteínas/100/kcal
6 - 8	60 - 70	40 - 30	1,3 g
9 - 11	40 - 45	60 - 55	1,5 g
12 - 23	30	70	1,7 g

Fuente: ESPGAN: Committee on Nutrition Guidelines on Infant Nutrition. III^o Recommend. for Infant Feeding. Act. Paediatr. Scand.1992. Tomado de: Guías Alimentarias para la Población Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (en Prensa).

- Gráfico 2 -

Contribución que los alimentos complementarios deben proveer para satisfacer los requerimientos nutricionales (expresados en %)



Modificado de: Gibson, R. Contribución de los alimentos complementarios en niños de 9-11 meses con una ingesta de lactancia materna promedio. University of Otago, New Zealand, 1998.

Tomado de: Guías Alimentarias para la Población Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (en Prensa).

Los productos lácteos son una buena fuente de algunos nutrientes como el calcio, pero no proveen suficiente hierro a menos que sean fortificados. En ambientes donde la higiene es pobre, la promoción de productos a base de leche líquida es riesgosa dado que estos productos pueden contaminarse fácilmente, especialmente cuando son proporcionados con biberón. La leche fresca de vaca, sin calentar, consumida antes de los 12 meses de edad también está asociada con pérdidas de sangre en las heces y un estado bajo de hierro (Griffin y Abrams, 2001). Por estas razones es más adecuado escoger productos lácteos como queso, yogurt y leche en polvo diluida con agua segura para mezclar con otros alimentos, como por ejemplo en purés o papillas, durante el primer año de vida.

En algunos países industrializados las reacciones alérgicas potenciales relacionadas al consumo de ciertos alimentos con un alto contenido de proteína durante el primer año de vida ha sido causa de preocupación (las alergias alimenticias parecen ser menos comunes en países en vías de desarrollo).

Por ejemplo, la Academia Americana de Pediatría 1998 recomienda que los niños menores de un año con historia familiar de alergias o sensibilidades a alimentos no reciban leche de vaca hasta cumplir el primer año, huevos hasta el segundo año, y maní, nueces y pescado hasta el tercer año de edad. Se piensa que el evitar alimentos con un potencial alergénico documentado puede demorar o hasta prevenir la dermatitis atópica y algunas alergias alimenticias en niños en alto riesgo. Sin embargo, no se han publicado estudios controlados que demuestren que las dietas restringidas después de los 6 meses de edad tengan un efecto preventivo frente a las alergias alimenticias, y por esta razón un grupo internacional de expertos no recomendó dichas restricciones (OMS/IAACI, 2000).

Los alimentos que contienen gluten no deben incorporarse antes de los 6 meses.

La recomendación de proveer frutas y verduras ricas en vitamina A está basada en los beneficios a la salud asociados con la prevención de la deficiencia de vitamina A y la probabilidad de que el consumo de dichos alimentos también ayude a cubrir los requisitos de muchas otras vitaminas. Se pueden elaborar guías más precisas sobre el consumo recomendable de dichos alimentos, en cantidad y frecuencia, utilizando datos sobre la composición de los alimentos locales.

2. Contenido de grasa. La grasa es importante en las dietas de los lactantes y niños pequeños pues provee ácidos grasos esenciales, facilita la absorción de vitaminas solubles en grasa, y mejora la densidad energética y las cualidades sensoriales de la dieta.

El total de ingesta de grasa usualmente desciende con la edad, dado que la contribución de la leche materna a la ingesta energética dietética total también desciende. Aún existe desacuerdo sobre la cantidad óptima de grasa en las dietas de los lactantes y niños pequeños. Sin embargo, se ha sugerido el rango de 30-45% de la energía total (Dewey y Brown, 2002; Bier y col., 1999) como un término medio razonable entre el riesgo de una ingesta muy baja (por ejemplo, un consumo inadecuado de ácidos grasos esenciales y baja densidad energética) y una ingesta excesiva (la cual se piensa puede aumentar la probabilidad de obesidad infantil y enfermedades cardiovasculares en el futuro, aunque existen pocas pruebas sobre esto). La energía total de la dieta es la suma de la energía proveniente de la leche materna y de los alimentos complementarios. Así, el porcentaje de energía en forma de grasa proveniente de los alimentos complementarios que se necesitaría para alcanzar el nivel de 30-45% de la

La leche materna es generalmente una fuente más abundante de grasa que la mayoría de los alimentos complementarios.

energía total a partir de grasas depende del consumo de leche materna y el contenido de grasa en la misma. Por ejemplo, los niños menores de un año en países en vías de desarrollo que consumen una cantidad promedio de leche materna con una concentración de grasa promedio (38g/L), necesitarían una proporción de energía a partir de grasas en los alimentos complementarios de 0 a 34% entre los 6 y 8 meses de edad, 5 a 38% entre los 9 y 11 meses y 17 a 42% entre los 12 y 23 meses.

- Tabla 5 -

Porcentaje de energía a partir de alimentos complementarios que debe proporcionarse en forma de grasa para preparar dietas con el 30% ó el 45% del total de energía como grasa

Porcentaje de energía como grasa	Nivel de ingesta de LM	6-8 meses	9-11 meses	12-23 meses
30	bajo	19	24	28
	medio	0	5	17
	alto	0	0	0
45	bajo	42	43	44
	medio	34	38	42
	alto	0	7	34

Para la elaboración de guías alimenticias que resulten en un contenido adecuado de grasa en los alimentos complementarios, es importante tomar en cuenta el efecto potencial de la grasa añadida (como mezclas de aceites con papillas) en la densidad nutricional general de la dieta.

Por ejemplo, la adición de una cucharadita de aceite vegetal a 100 g de una papilla de maíz (polenta) modifica la densidad y concentración de los nutrientes.

- Tabla 6 -

Efecto de agregar aceite vegetal en la papilla de maíz (polenta)

Cantidad 100 g	Papilla de maíz típica	Papilla de maíz con aceite vegetal (5 cc) agregado
Cantidad de grasa (g/100 g)	0	5
Densidad energética (kcal/g)	0,28	0,73
Densidad proteína (% energía)	8,9	3,3
Densidad hierro (mg/100 kcal)	0,5	0,2

Estos efectos podrían empeorar la desnutrición de micronutrientes en poblaciones vulnerables si es que no se toman otras medidas (como la fortificación, por ejemplo) o la inclusión de carnes para asegurar una ingesta adecuada de micronutrientes.

3. Bebidas con bajo valor nutritivo. El té, mate y el café contienen compuestos que interfieren con la absorción de hierro, y por esta razón no son recomendados para niños pequeños. Las bebidas azucaradas como las gaseosas y los jugos artificiales deben ser evitadas porque es poco lo que aportan además de energía y, por lo tanto, disminuyen el apetito de los niños por alimentos más nutritivos y puede ocasionar heces sueltas. Por esta razón, la Academia Americana de Pediatría (1998) recomienda que no se consuma más de 240 ml de jugo de frutas **naturales** al día. Los resultados de estudios realizados en los Estados Unidos han relacionado el consumo excesivo de jugo de frutas con el retraso en el crecimiento (Smith y Lifshitz, 1994), así como con la baja estatura y la obesidad (Dennison y col., 1997), aunque dichos resultados no han sido observados consistentemente (Skinner y col., 1999).

El té, mate y el café contienen compuestos que interfieren con la absorción de hierro.

9. Uso de suplementos de vitaminas y minerales o de productos fortificados para niños y madres

A. Guía

Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo a sus necesidades. En algunas poblaciones, es posible que las madres que amamantan también necesiten suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados, tanto por su propia salud como para asegurar concentraciones normales de ciertos nutrientes (especialmente vitaminas) en su leche. Dichos productos pueden también ser de beneficio para mujeres antes y durante el embarazo.

B. Razonamiento científico

Los alimentos complementarios sin fortificar de origen predominantemente vegetal generalmente no proveen suficiente cantidad de ciertos nutrientes claves (especialmente hierro, zinc y calcio) para cubrir las ingestas recomendadas entre los 6 y 24 meses de edad.

La biodisponibilidad del hierro y el zinc es mayor en la leche humana que en la leche de vaca.

La inclusión de alimentos de fuente animal puede llenar este vacío en algunos casos ya que la cantidad requerida es mínima. Más aun, las cantidades de alimentos de fuente animal que pueden ser consumidos por niños menores de un año (entre los 6 y 12 meses de edad) pueden ser insuficientes para cubrir las necesidades de hierro, calcio y a veces zinc. Gibson y col. (1998) evaluaron 23 mezclas distintas de alimentos complementarios utilizados en países en vías de desarrollo, algunos de los cuales incluían alimentos de fuente animal; ninguna de las mezclas alcanzó la densidad deseada de hierro y pocas alcanzaron

la densidad recomendada de calcio o zinc.

La dificultad en cubrir los requerimientos de estos nutrientes durante la infancia no es única para países en vías de desarrollo. Las ingestas promedio de hierro en niños amamantados en países industrializados no alcanzarían las ingestas recomendadas si no estuviesen disponibles productos fortificados con hierro. Además, la mediana de la densidad de zinc en alimentos complementarios consumidos por niños amamantados en los Estados Unidos estuvo por debajo de la densidad deseada entre los 6 y 12 meses (Dewey y Brown, 2002).

La absorción del zinc es dificultada por los fitatos, oxalatos, fibra dietaria, soja y polifenoles (tanino) presentes en el té y café. En los quesos y la leche de vaca existen factores inhibidores de la absorción.

En países industrializados, los alimentos complementarios fortificados con hierro han sido ampliamente consumidos por décadas y en los últimos años, algunos productores han añadido zinc como un fortificante. Dichos productos no están disponibles para todos en los países en vías de desarrollo a pesar de la atención cada vez mayor a esta estrategia para asegurar una nutrición infantil adecuada (Lutter, 2003).

Una alternativa a la fortificación de alimentos es el uso de suplementos de vitaminas y minerales que son administrados directamente al menor de un año, es decir, como gotas medicinales.

Se recomienda realizar una evaluación sobre las deficiencias de nutrientes para cada población específica (basada en los tipos de alimentos complementarios consumidos) y así poder decidir si es que se requerirá de fortificación con uno o más nutrientes.

En Argentina se evaluaron los déficit prevalentes y se aprobaron las leyes sobre fortificación de alimentos:

- Ley 25459/ 01, establece la **fortificación de leche en polvo con hierro, zinc y vitamina C**. Esta leche se distribuye en el Programa Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en todas las jurisdicciones.
- Ley 25630/02, de fortificación de **todas las harinas de trigo con hierro, ácido fólico y otras vitaminas del grupo B**.

Según lo descrito en este punto, la desnutrición materna puede afectar la concentración de ciertos nutrientes en la leche materna (especialmente de vitaminas). Mejorar la dieta de la madre es la primera opción, pero cuando esto no es suficiente, el consumo de productos fortificados o suplementos de vitaminas y minerales durante la lactancia puede ayudar a asegurar que el lactante tenga una ingesta adecuada de nutrientes y puede mejorar el estado nutricional de la madre.

La salud de las mujeres desde la niñez repercutirá en el proceso reproductivo y en el futuro nutricional de ella y su recién nacido. El pediatra tiene un rol importante dada la frecuencia del contacto con mujeres de todas las edades.

10. La alimentación durante y después de la enfermedad

A. Guía

Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, ricos y que sean sus favoritos. Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más.

B. Razonamiento científico

Durante la enfermedad, los niños necesitan más líquidos que lo normal.

Al parecer, los niños enfermos prefieren consumir leche materna en vez de otros alimentos (Brown y col., 1990) por lo que se recomienda lactancia materna continua y frecuente durante la enfermedad. Se desaconsejan ayunos o ingestas reducidas.

Aun si el apetito es menor, se recomienda continuar con el aporte de alimentos complementarios para mantener la ingesta de nutrientes y ayudar a la recuperación (Brown, 2001). Después de la enfermedad el niño necesita tener una ingesta mayor de nutrientes para recuperar los nutrientes perdidos durante la enfermedad y permitir que recupere el crecimiento perdido. Se requiere de una cantidad extra de alimentos hasta que el niño haya recuperado el peso perdido y esté creciendo adecuadamente.

Lactancia materna continua y frecuente durante la enfermedad.

Uso de estos principios de orientación

En estos principios de orientación se resumen las pruebas científicas actuales relacionadas con la alimentación complementaria de niños amamantados. La magnitud del razonamiento científico para cada pauta varía considerablemente debido a las diferencias en el conocimiento de base y la complejidad de cada recomendación.

Sin embargo, dada la importancia de la nutrición del lactante y niño pequeño para el desarrollo físico y cognoscitivo adecuado y la **ventana crítica de oportunidad** durante los dos primeros años de vida para asegurar un comienzo sano en la vida, OMS y UNICEF han considerado que las bases del conocimiento eran suficientemente sólidas como para elaborar estas pautas.

Los Principios de Orientación tienen como objetivo ser una guía para la elaboración y ejecución de normas y acción programática a nivel mundial, nacional y comunitario. Su aplicación requerirá de investigación adicional en la mayoría de ambientes para identificar los alimentos culturalmente aceptables y económicos que puedan ser promovidos en

Se requiere más investigación en ciertos temas para mejorar los conocimientos de base y para proveer información sobre cómo traducir esta información en normas y programas efectivos en diferentes ambientes.

la preparación de comidas, e identificar los factores que favorezcan o bloqueen la adopción de comportamientos mejorados en la alimentación por parte de las personas encargadas de alimentar a los niños, y traducir cada pauta a los mensajes específicos que sean comprendidos por profesionales de salud, madres y otras personas que cuiden de los niños.

Estos mensajes pueden ser útiles para los profesionales médicos que atiende niños e indican alimentación complementaria, para realizar educación en alimentación en las comunidades donde ellos trabajan. Otros beneficiarios de este material son los diversos profesionales que planifican acciones de salud para la población, las madres, los que cuidan y alimentan a los niños y la comunidad en general.

Al aplicar cada pauta, se pueden llevar a cabo ciertas evaluaciones de necesidades y acciones potenciales, las cuales pueden variar de acuerdo a cada ambiente específico (para ejemplos, ver Anexo II). Siempre que sea posible, estas evaluaciones y acciones potenciales deben ser definidas al momento de poner en práctica las pautas. Por ejemplo, para la primera pauta sobre "Duración de la lactancia materna exclusiva y edad de introducción de alimentos complementarios adecuados", las evaluaciones potenciales al nivel nacional, provincial o municipal pueden incluir la identificación de barreras contra la lactancia materna exclusiva, tasas de empleo y leyes de descanso por maternidad insuficientes, y normas y programas actuales para proteger, promover y apoyar la lactancia materna y la introducción oportuna de alimentos complementarios.

Las acciones potenciales podrían incluir apoyo y expansión de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño, Centro de Salud Amigo de la Madre y del Niño, aplicación y vigencia del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna, adopción y vigencia de leyes adecuadas de maternidad, consejería periódica sobre la lactancia materna en todas las visitas pre y postnatales y durante hospitalización por parto, etc. Muchas de estas evaluaciones y acciones potenciales también podrían ser aplicables para la puesta en práctica de estas pautas al nivel local.

Es necesario que las madres adopten prácticas óptimas de lactancia materna y que tanto ellas como las personas encargadas de cuidar a los niños adopten prácticas óptimas de alimentación complementaria, para asegurar el crecimiento y desarrollo apropiado de los lactantes y niños pequeños. Aunque las decisiones de las madres o personas responsables del cuidado de los niños son las que finalmente determinan cómo será alimentado el lactante y niño pequeño, estas decisiones no ocurren aisladamente, sino que reflejan el ambiente inmediato y general en el cual se toman y llevan a cabo las decisiones. El rol de los equipos de salud y los pediatras fundamentalmente es relevante por su acceso directo y continuo a las familias y a las comunidades.

Los Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado tienen el propósito de proporcionar a un rango amplio de personas: políticos planificadores de programas, profesionales de la salud y líderes comunitarios la información científica necesaria para promover un ambiente propicio y elaborar mensajes y recomendaciones culturalmente apropiados para la alimentación óptima del lactante y niño pequeño.

Para asegurar el crecimiento y desarrollo apropiado de los lactantes y niños pequeños es necesario que las madres adopten prácticas óptimas de lactancia materna y que tanto ellas como las personas encargadas de velar por los niños adopten prácticas óptimas de alimentación complementaria.



Ejercicio de Integración y Cierre

A Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas.

1. Lactante de tres meses, sano, lactancia materna exclusiva desde recién nacido. En el control en salud, Ud se plantea si debería indicar hierro adicional para prevenir anemia. ¿Qué información necesita para definir esta situación? ¿Qué preguntas formularía a la madre en esta consulta?

2. Una colega que atiende adultos y cuya especialidad es traumatología, le cuenta que su bebe ya cumplió un año y que va a suspender la lactancia. Le pregunta su opinión. ¿Qué información compartiría con su colega? ¿Qué argumentos le presentaría para convencerla de sostener la lactancia un año más?

3. Un niño de 6 meses, primer hijo, es traído a la consulta para comenzar con su alimentación complementaria. La mamá ha realizado muchos esfuerzos para lograr la lactancia materna exclusiva durante los 6 meses ya que trabaja 6 horas fuera del hogar y regresa a la casa alrededor de las 17.30 hs. El bebe queda con una tía materna y la mamá, que es muy cuidadosa, está muy conforme con su atención. La mamá manifiesta que quiere darle de comer a su hijo, ella, personalmente.
 ¿Qué le aconsejaría con respecto a cómo organizar la comida diaria?

4. Sabrina, la mamá de Diego, consulta con Ud. por primera vez. Diego tiene 10 meses, comenzó a comer hace poco tiempo. Nació prematuro de 2 kg y 36 semanas de gestación. Viven en un barrio pobre, la calle es de tierra, tiene agua potable de una canilla comunitaria que está casi en la puerta de su casa. A su pregunta le cuenta que hay basurales y zanjas con aguas estancadas. ¿Qué indicaciones daría a la madre sobre preparación y almacenamiento de los alimentos?

Alimentación complementaria del niño amamantado

5. María tiene 10 meses, recibe lactancia materna en cantidad promedio y alimentación complementaria en dos comidas al día. ¿Cuántas calorías estima aproximadamente que debe recibir en esas dos comidas diarias?

.....
.....
.....
.....

6. La mamá de María le solicita que le indique qué alimentos y en qué cantidad debe incluir en las dos comidas diarias. ¿Qué "menú" de los siguientes le sugeriría en función del aporte energético que representan? Puede consultar el Anexo III de este capítulo.

- a. Guiso de arroz con pollo y verduras: medio pocillo de arroz con una cucharada sopera de pollo molido, con aceite de girasol (5 cc) y vegetales (ají, tomate, zapallito, acelga).
- b. Una papa chica (100 g) mas $1^{1/4}$ de taza de zapallo más 1 cucharada de hígado rallado (25 g) más 1 cucharita de té de aceite de girasol o de maíz.
- c. Una rebanada de pan con 150 cc de leche fortificada y 1 cucharita de azúcar (5 g).
- d. Una banana madura chica (50 g) con 1 cucharadita de leche fortificada.



¿Se siente capaz de aconsejar a las madres sobre cómo alimentar a los bebés?
Consulte la Clave de Respuestas.

Conclusiones

- Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad y continuar con la lactancia materna.
- Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los dos años de edad o más.
- Practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psicosocial.
- Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos.
- Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna.
- Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente.
- Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo.
- El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida.
- Dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales.
- Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo a sus necesidades.
- En algunas poblaciones, es posible que las madres lactantes también necesiten suplementos de vitaminas, hierro y minerales o productos fortificados, tanto por su propia salud como para asegurar concentraciones normales de ciertos nutrientes (especialmente vitaminas) en su leche.
- Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades, incluyendo leche materna más frecuente.
- Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más cantidad para recuperarse.

Referencias bibliográficas

Disponible en la biblioteca de la SAP

1. Cohen RJ, et al. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomized intervention study in Honduras. *Lancet* 1994; 344:288-93.
2. Davis MK. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. *Ped Clin N Amer* 2001; 48:125-42.
3. Dennison BA, Rockwell HL, Baker SL. Excess fruit juice consumption by preschool-aged children is associated with short stature and obesity. *Pediatrics* 1997; 99:15-22.
4. Dewey KG. Nutrition, growth and complementary feeding of the breastfed infant. *Ped Clin N Amer* 2001; 48:87-104.
5. Domellof M, Cohen RJ, Dewey KG, Hernell O, Landa Rivera L, Lonnerdal B. Iron supplementation of Honduras and Swedish breastfed infants from 4 to 9 months of age: effects on hemoglobin and other indices of iron status. *J Pediatr* 2001; 138:679-87.
6. Griffin IJ, Abrams SA. Iron and breastfeeding. *Pediatr Clin N Amer* 2001; 48:401-14.
7. Onyango AW, Esrey SA, Kramer MS. Continued breastfeeding and child growth in the second year of life: a prospective cohort study in western Kenya. *Lancet* 1999; 354:2041-45.
8. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000; 355:451-55.
9. Ziegler EE, Fomon SJ, Nelson SE, et al. Cow milk feeding in infancy: further observations on blood loss from the gastrointestinal tract. *J Pediatr* 1990; 116:11-8.

Otras bibliografías recomendadas

1. Academy for Educational Development. Facts for feeding: guidelines for appropriate complementary feeding of breastfed children 6-24 months of age. Washington, DC, 1997.
2. Allen LH, Ahluwalia N. Improving iron status through diet. John Snow, Inc./OMNI Project, 1997.
3. Allen LH, Gillespie S. What works? A review of the efficacy and effectiveness of nutrition interventions. ACC/SCN Nutrition Policy Paper No. 19. ACC/SCN: Geneva in collaboration with the Asian Development Bank, Manila, 2001.
4. American Academy of Pediatrics. *Pediatric Nutrition Handbook*. Elk Grove Village, Illinois: American Academy of Pediatrics, 1998.
5. Bentley M, Stallings R, Fukumoto M, Elder J. Maternal feeding behavior and child acceptance of food during diarrhea episodes, convalescence, and health in the Central Northern Sierra of Peru. *Am J Pub Hlth* 1991; 83:1-5.
6. Bentley M, Caulfield L, Torun B, Schroeder D, Hurtado E. Maternal feeding behavior and child appetite during acute diarrhea and subsequent health in Guatemala. *FASEB J* 1992; 6:A436.
7. Bier DM, Brosnan JT, Flatt JP, Hanson RW, Weir W, Hellerstein MK, Jequier E, Kalhan S, Koletzko B, Macdonald I, Owen O, Uauy R. Report of the IDECG Working Group on lower and upper limits of carbohydrate and fat intake. *Europ J Clin Nutr* 1999; 53:S177-8.
8. Black RE, Lopez de Romana G, Brown KH, Bravo N, Grados Bazalar O, Creed Kanashiro H. Incidence and etiology of infantile diarrhea and major routes of transmission in Huascar, Peru. *Am J Epidemiol* 1989; 129:785-99.
9. Brown KH. A rational approach to feeding infants and young children with acute diarrhea. In: Lifschitz CH, ed., *Pediatric Gastroenterology and Nutrition in Clinical Practice*. New York: Marcel Dekker, Inc., 2001.
10. Brown KH, et al. Effects of common illnesses on infants' energy intakes from breast milk and

- other foods during longitudinal community-based studies in Huascar (Lima), Peru. *Am J Clin Nutr* 1990; 52:1005-13.
11. Brown KH, Peerson JM, Rivera J, Allen LH. Effect of supplemental zinc on the growth and serum zinc concentrations of pre-pubertal children: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Am J Clin Nutr* 2002; 75:1062-71.
 12. Butte NF. The role of breastfeeding in obesity. *Ped Clin N Amer* 2001; 48:189-98.
 13. Caulfield LE, Bentley ME, Ahmed S. Is prolonged breastfeeding associated with malnutrition? Evidence from nineteen demographic and health surveys. *Int J Epidemiol*. 1996; 25:693-703.
 14. Creed de Kanashiro H, Penny M, Robert R, Narro R, Caulfield L, Black R. Improving infant nutrition through an educational intervention in the health services and the community. Presentation at the WHO Global Consultation on Complementary Feeding, Geneva, December 2001.
 15. Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. *Food Nutr Bull*, in press
 16. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Landa Rivera L. Effects of exclusive breastfeeding for 4 versus 6 months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr* 2001; 131:262-7.
 17. Dewey KG, Cohen RJ, Landa Rivera L, Brown KH. Effects of age of introduction of complementary foods on iron status of breastfed infants in Honduras. *Am J Clin Nutr* 1998; 67:878-84.
 18. Dewey KG, et al. Age of introduction of complementary food and growth of term, low birth weight breastfed infants: a randomized intervention study in Honduras. *Am J Clin Nutr* 1999; 69: 679-86.
 19. Dewey KG. Approaches for improving complementary feeding of infants and young children. Geneva: World Health Organization, in press.
 20. Engle PL, Bentley M, Pelto G. The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. *Proc Nutr Soc* 2000; 59:25-35.
 21. Engle PL, Zeitlin M. Active feeding behavior compensates for low interest in food among young Nicaraguan children. *J Nutr* 1996; 126:1808-16.
 22. Gibson RS, Ferguson EL, Lehrfeld J. Complementary foods for infant feeding in developing countries: their nutrient adequacy and improvement. *Europ J Clin Nutr* 1998; 52:764-70.
 23. Habicht JP. The association between prolonged breastfeeding and poor growth. In: Koletzko B, Michaelsen KF, Hernell O, eds., *Short and long term effects of breast feeding on child health*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000, pp. 193-200.
 24. Halcken S, Host A. Food allergy: prevention. *Current opinion in Allergy and Clinical Immunology* 2001; 1:229-236.
 25. Huffman SL, Baker J, Shumann J, Zehner ER. The case for promoting multiple vitamin/mineral supplements for women of reproductive age in developing countries. LINKAGES Project, Academy for Educational Development, Washington DC, 1998.
 26. Kimmons JE, et al. The effects of fermentation and/or vacuum flask storage on the presence of coliforms in complementary foods prepared for Ghanaian children. *Intl J Food Sci Nutr* 1999; 50:195-201.
 27. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 1:CD003517.
 28. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett E, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285:413-420.
 29. Lutter CK. Processed complementary foods: summary of nutritional characteristics, methods of production and distribution, and costs. *Food Nutr Bull* 2000; 21:95-100.
 30. Lutter CK. Macro-level approaches to improve the availability of complementary foods. *Food Nutr Bull* 2003; 24:83-103.
 31. Martinez BC, de Zoysa I, Glass RI. The magnitude of the global problem of diarrhoeal disease: a ten-year update. *Bull WHO* 1992; 70:705-14.
 32. Martorell R, Kettel Khan L, Schroeder DG. Reversibility of stunting: epidemiological findings in children from developing countries. *Eur J Clin Nutr* 1994;S45-S57.
 33. Milner JA, Allison RG. The role of dietary fat in child nutrition and development: summary of an ASNS workshop. *J Nutr* 1999; 129:2094-105.

34. Molbak K, Gottschau A, Aaby P, Hojlyng N, Ingholt L, da Silva AP. Prolonged breast feeding, diarrhoeal disease, and survival of children in Guinea-Bissau. *BMJ* 1994; 308:1403-06.
35. Monte CMG et al. Designing educational messages to improve weaning food hygiene practices of families living in poverty. *Soc Sci Med* 1997; 44:1453-64.
36. Naylor AJ, Morrow AL. Developmental readiness of normal full term infants to progress from exclusive breastfeeding to the introduction of complementary foods. *Linkages/Wellstart International*, 2001.
37. Northstone K, Emmett P, Nethersole F, and the ALSPAC Study Team. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Dietet* 2001; 14:43-54.
38. Pelto G, Levitt E, Thairu L. Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and the design of interventions. *Food Nutr Bull* 2003; 24:45-82.
39. Prentice AM, Paul AA. Fat and energy needs of children in developing countries. *Am J Clin Nutr* 2000; 72:1253S-65S.
40. Reynolds A. Breastfeeding and brain development. *Ped Clin N Amer* 2001; 48:159-72.
41. Rivera J, Santizo MC, Hurtado E. Diseño y evaluación de un programa educativo para mejorar las prácticas de alimentación en niños de 6 a 24 meses de edad en comunidades rurales de Guatemala. (Design and evaluation of an educational programme to improve feeding practices of children 6 to 24 months of age in rural communities of Guatemala). Organización Panamericana de la Salud, 1998.
42. Ruel MT, Levin CE, Armar-Klemesu M, Maxwell DG, Morris SS. Good care practices mitigate the negative effects of poverty and low maternal schooling on children's nutritional status: evidence from Accra. *World Development* 1999; 27:1993-2009.
43. Sazawal S, Black RE, Menon V, Dinghra P, Caulfield LE, Dhingra U, Bagati A. Zinc supplementation in infants born small for gestational age reduces mortality: a prospective, randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2001; 108:1280-86.
44. Simondon KB, Simondon F, Costes R, Delaunay V, Diallo A. Breast-feeding is associated with improved growth in length, but not weight, in rural Senegalese toddlers. *Am J Clin Nutr* 2001; 73:959-67.
45. Skinner JD, Carruth BR, Moran J, Houck K, Coletta F. Fruit juice intake is not related to children's growth. *Pediatrics* 1999; 103:58-64.
46. Smith MM, Lifshitz F. Excess fruit juice consumption as a contributing factor in nonorganic failure to thrive. *Pediatrics* 1994; 93:438-43.
47. Sternin M, Sternin J, Marsh DL. Rapid, sustained childhood malnutrition alleviation through a positive-deviance approach in rural Vietnam: preliminary findings. In: Wollinka O, et al., eds. *Hearth nutrition model: applications in Haiti, Viet Nam and Bangladesh*. Arlington, VA: BASICS, 1997:49-61.
48. UNICEF/UNU/WHO/MI Technical Workshop. Preventing iron deficiency in women and children: technical consensus on key issues. Boston, MA: International Nutrition Foundation, 1999.
49. World Health Assembly Resolution. Infant and young child nutrition. WHA 54.2, 18 May 2001.
50. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. WHA55/2002/REC/1, Annex 2.
51. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: World Health Organization. WHO/NHD/01.08;WHO/ FCH/CAH/01.23, 2001.
52. WHO/IAACI Meeting on the Primary Prevention of Allergy and Asthma. Allergy: preventive measures (Chapter 4). *Eur J Allergy Clin Immunol* 2000; 55:1080-1083.
53. WHO. Management of the child with a serious infection or severe malnutrition. Geneva: World Health Organization. WHO/FCH/CAH/00.1, 2000.
54. WHO. Complementary feeding: Family foods for breastfed children. Geneva: World Health Organization. WHO/NHD/00.1; WHO/FCH /CAH/00.6, 2000.
55. WHO/UNICEF. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization, WHO/NUT/98.1, 1998.
56. WHO/UNICEF. HIV and infant feeding counseling: A training course. Geneva: World Health Organization, WHO/FCH/CAH/00.2-6, 2000.
57. Zlotkin SH, Cherian MG. Hepatic metallothionein as a source of zinc and cystein during the first year of life. *Pediatr Res* 1988; 24:326-329.



Clave de respuestas

Ejercicio Inicial

A Marque verdadero - falso según corresponda.

1. Alimentación complementaria es sinónimo de alimentación de reemplazo.
Falso: Alimentación complementaria está dirigida a los niños que son amamantados y alimentación de reemplazo es para niños que no son amamantados como por ejemplo hijos de madres VIH positivas.
2. La lactancia materna exclusiva por 6 meses prolonga la amenorrea y acelera la pérdida de peso.
Verdadero.
3. La concentración de hierro en la leche humana es alta.
Falso: La concentración es baja pero su biodisponibilidad es alta.
4. Antes de los 6 meses de edad, la administración de gotas medicinales de hierro, para la prevención de la deficiencia de hierro en niños en riesgo, es la conducta más efectiva.
Verdadero.
5. Para la prevención de la deficiencia de zinc, en niños menores de 6 meses, el uso de suplementos medicinales de zinc puede ser más efectivo que introducirlos con los alimentos complementarios.
Verdadero.
6. Los alimentos complementarios introducidos antes de los 6 meses tienden a desplazar la lactancia materna.
Verdadero.
7. La leche materna tiene un contenido de grasa relativamente alto en comparación a la mayoría de los alimentos complementarios.
Verdadero.
8. En períodos de enfermedad el apetito de los niños desciende y por lo tanto disminuye la ingesta de leche materna y también de otros alimentos.
Falso: El apetito por otros alimentos desciende pero la ingesta de leche materna se mantiene.
9. Entretener al niño con juegos, juguetes vistosos y/o canciones es una de las estrategias de la «alimentación perceptiva».
Falso: Minimizar las distracciones durante la comida y «conversar» con el niño son estrategias de la alimentación perceptiva.

- 
10. La alimentación complementaria óptima depende fundamentalmente de la calidad de los alimentos que se incorporan a la dieta.
Falso: Una alimentación complementaria óptima depende de cómo, cuándo y dónde se alimente al niño.
11. Durante la segunda mitad del primer año de vida, cuando aumenta la ingesta de alimentos complementarios, aumenta la incidencia de la enfermedad diarreica.
Verdadero.
12. El uso de alimentos fermentados como el yogur puede reducir el riesgo de contaminación microbiológica.
Verdadero.
13. Los niños de 6-8 meses necesitan 615 kcal/d.
Verdadero.
14. Organismos internacionales como FAO/OMS, en el año 2002 calcularon los requerimientos energéticos de los niños y los valores informados son más bajos que los que habían estimado en 1985.
Verdadero.
15. La densidad calórica de la leche materna es 0,60-0,70 kcal/g.
Verdadero.
16. La leche materna representa un 20% del aporte energético requerido por un niño de 7 meses.
Falso: La leche materna representa aproximadamente el 60% del aporte energético; los alimentos complementarios aportan 200 kcal/d.
17. La densidad calórica de las comidas debe ser similar a la de la leche materna.
Verdadero.
18. Durante el segunda año de vida, los alimentos complementarios representan más de la mitad del aporte energético necesario.
Verdadero.
19. El desarrollo neuromuscular de los niños determina la edad mínima para poder comer cierto tipo de alimentos.
Verdadero.
20. Existe un período crítico, alrededor de los 10 meses de edad, en el que es conveniente incorporar alimentos sólidos grumosos.
Verdadero.
21. Un niño de 15 meses debe ser amamantado y además tener 3 ó 4 comidas por día.
Verdadero.

22. Los niños con ingestas bajas de leche materna requieren comidas más frecuentes.
Verdadero.
23. Las dietas vegetarianas no cubren las necesidades nutricionales de los niños menores de 2 años.
Verdadero.
24. El niño debe consumir carnes rojas, aves, pescado, vísceras o huevo todos los días.
Verdadero.
25. El hierro y el zinc son bajos en la leche materna y los alimentos complementarios no lo proveen en cantidades suficientes.
Verdadero.
26. La leche que distribuye el Programa Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación está fortificada con hierro, zinc y vitamina C.
Verdadero.
27. La desnutrición materna puede afectar la concentración de ciertos nutrientes en la leche materna.
Verdadero.
28. Mejorar la dieta de la madre es la primera opción para mejorar el aporte de la alimentación al pecho de un niño menor de 6 meses.
Verdadero.

Ejercicios de Integración y Cierre

A Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas.

1. Información necesaria para decidir la indicación de hierro adicional:

Peso de nacimiento. Estado nutricional y alimentación materna. Si la madre presentó anemia durante el embarazo. Prevalencia de anemia en su localidad o región. Tiempo en que se realizó la ligadura del cordón umbilical.

2. Después del primer año de edad la lactancia materna sigue siendo necesaria porque:

- El aporte calórico sigue siendo importante para cubrir las necesidades del bebé.
- Por su contenido en vitaminas.
- Protege la salud, previene enfermedades.
- Durante las enfermedades suele ser uno de los alimentos más aceptados por el niño.
- Reduce el riesgo de padecer ciertas enfermedades en la adolescencia y adultez.

3. Inicio de alimentación complementaria:

Cuando regresa del trabajo, después de darle el pecho, puede iniciar la administración de alimentos complementarios. Es más importante el contacto con la mamá en el momento de la comida que el horario en el que se hace la comida.

4. Preparación y almacenamiento de alimentos.

- Lavado de manos de la madre y del niño previo a la comida.
- Usar tazas y vasos en vez de biberón.
- Guardar los alimentos en forma segura (heladera, control de moscas e insectos).
- Carnes bien cocidas.
- Servir la comida inmediatamente después de terminar su preparación.
- No guardar restos de comida para otra oportunidad.
- Higiene de los utensilios de cocina.
- Hervir el agua o agregar 2 gotas de lavandina por litro.
- Continuar con lactancia materna.

5. Cantidad de calorías en la alimentación complementaria:

Aproximadamente 300 kcal/día.

6. Ejemplo de alimentos a incluir en las comidas diarias de María.

- a. Guiso de arroz con pollo y verduras: medio pocillo de arroz con una cucharada sopera de pollo molido, con aceite de girasol (5 cc) y vegetales (ají, tomate, zapallito, acelga).

Aporta aproximadamente 160 kcal.

- b. Una papa chica (100 g) más $1\frac{1}{4}$ de taza de zapallo más 1 cucharada de hígado rallado (25 g) más 1 cucharita de té de aceite de girasol o de maíz.

Aporta aproximadamente 200 calorías.

- c. Una rebanada de pan con 150 cc de leche fortificada y 1 cucharita de azúcar (5 g).

Suman unas 160 calorías aproximadamente.

- d. Una banana madura chica (50 g) con 1 cucharadita de leche fortificada.

Aporta 80 kcal. aproximadamente.

ANEXO I

Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado Comentarios, prácticas y sugerencias

Dra. Nidia Escobal

“Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado” es un documento importante que está dirigido fundamentalmente a médicos que se ocupan de la salud de los niños. Aporta para cada uno de los principios propuestos el aval del razonamiento científico. En algunos temas con documentos o trabajos más contundentes y en otros con cierta evidencia científica. Algunos principios fácilmente pueden llevarse a la práctica y otros son más difíciles de implementar. Toma los principios de la alimentación con amplitud abarcando el desarrollo del niño, con sus aspectos psico-sociales y ambientales. Como es un documento dirigido a diferentes países tiene un vocabulario o bien ejemplos que deben adaptarse regionalmente. Estas acotaciones están contempladas en la parte que este documento dedica al “uso de estos principios”.

El cuadro de evaluación de necesidades y acciones potenciales es valioso y puede también ser práctico para llevar a cabo el cumplimiento de cada pauta: realizando un cuadro similar, colocando en la primera columna: *Dificultades más frecuentes* encontradas para cumplir esa pauta, en la 2ª columna: *Posibles causas* (de esa dificultad) y en la 3ª columna: *Posibles soluciones*.

Este agregado puede ser útil para implementar y evaluar acciones concretas y ver los logros obtenidos.

Para que las guías puedan ser implementadas se necesita que los “principios alimentarios” sean adecuados al país, y dentro de éste también realizar adaptaciones regionales. Para ello deben tenerse en cuenta los hábitos, costumbres, accesibilidad al alimento y costo del mismo. Otro aspecto a ser considerado es el uso de los recursos existentes aportados por el Estado y por la comunidad. Esta debe ser estimulada para participar en forma activa y concreta.

Es importante que esta guía sea traducida a una guía de ALIMENTOS, donde estén contemplados los nutrientes en cantidad y calidad. Como aporte puede ser de utilidad también la “Guía de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años”; SAP, 2001.

Es necesario en cada lugar de trabajo, centro o comunidad, conocer las características de la población que concurre o vive en esa comunidad. Existen métodos sencillos de evaluación como ejemplo recordatorio de 24 hs. que pueden aportar datos sobre los alimentos y comidas más usadas y relacionarlos con el día de vida del niño y su familia para reconocer mejor los hábitos alimentarios.

Respecto a la parte del documento que se refiere a los aportes en la alimentación complementaria, el ejemplo del aumento de la densidad calórica con el agregado de aceite con disminución de la densidad proteica y del Fe es práctico para usarlo complementando el aporte de la papilla de maíz con alimentos que contengan proteína de alto valor biológico y recordar que el Fe del maíz es de baja biodisponibilidad, lo que puede mejorarse con el agregado de otros alimentos, por ejemplo los de origen animal.

Debe reforzarse también el riesgo del consumo de líquidos que en nuestro país están representados por gaseosas, bebidas carbonatadas o jugos artificiales que pueden limitar el ingreso de alimentos necesarios para alcanzar los requerimientos nutricionales indispensables.

Es imprescindible tener en cuenta todo lo armado alrededor de la promoción, medios de comunicación y propagandas que favorecen el consumo de alimentos no adecuados, y la oferta de productos “específicos” para niños que no favorecen el crecimiento y/o predisponen a las ya comprobadas enfermedades no transmisibles del adulto. Este aspecto debe ser incluido en las guías actuales.

El niño pequeño debe tener una alimentación variada. La conducta alimentaria comienza a desarrollarse sobre patrones instalados precozmente. La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses facilita la introducción de semisólidos después de esta edad.

Es importante para la instalación de los patrones alimentarios conocer que el niño necesita exponerse reiteradamente (hasta 7 veces) a cada alimento para reconocerlo gustativamente y aceptarlo. Este conocimiento evitará que se interprete como rechazo la no aceptación instantánea de nuevos alimentos. Es una oportunidad única para el desarrollo de las preferencias sobre los alimentos ya reconocidos por sus valores nutricionales: carnes, granos, verduras y frutas.

Por fin las guías alimentarias son muy valiosas cuando el equipo de salud transforma los nutrientes requeridos en alimentos y comidas que tienen aceptación y son beneficiosos para la comunidad a la que están dirigidas.

Las guías deben ser evaluadas en la práctica al usarlas con las madres y las familias. Debe haber una revisión activa.

Lecturas como la de este documento nos incentivan a desarrollar actividades para mejorar la salud de los niños y sus familias y a su vez nos permiten valorizar nuestro trabajo cotidiano.

Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado

Aporte de la Lic. en Nutrición Elsa N. Longo y la Dra. Elvira B. Calvo

Este documento resume las indicaciones actuales en relación a la alimentación complementaria de niños/as amamantados, basadas en la revisión de las pruebas científicas y la evidencia en cada caso. Forma parte de los documentos que dan sustento al desarrollo de la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño” (adoptada por Resolución Asamblea Mundial de La Salud N° 55.25/ Ginebra 2003) que fuera previamente preparada en forma conjunta por la OMS y la UNICEF con el propósito de reavivar la atención que el mundo presta a las prácticas de alimentación en el estado de nutrición, crecimiento, desarrollo y salud de lactantes y niños pequeños, es decir en su propia supervivencia. Dicha Estrategia describe las intervenciones esenciales para proteger, promover y apoyar la alimentación apropiada del lactante y los niños pequeños, supone aprovechar los enfoques y acciones existentes, ampliadas cuando es necesario y vincular todas las contribuciones de distintas áreas, programas y sectores que se relacionan estrechamente con la nutrición infantil, el desarrollo y también la salud materna y reproductiva.

Ahora es el momento en que la Estrategia se traduzca en acciones concretas. En este sentido podemos comentar, dentro del Programa del Área de Nutrición de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil (Ministerio de Salud y Ambiente), las acciones que desarrollan y relacionan específicamente con la alimentación del lactante y el niño pequeño. En primer lugar se encuentran las acciones encaminadas a la promoción y sostenimiento de la Lactancia Materna; dentro de ellas podemos destacar la capacitación en lactancia, que incluye las propuestas normativas sobre el tema y el desarrollo de talleres de capacitación para todos los integrantes de los Equipos de Salud en el país; La formación de Docentes y Consejeros en Lactancia Materna; Coordinación de la Iniciativa de Hospital Amigo de la Madre y el Niño; Desarrollo de la Iniciativa Centro de salud Amigo de la Madre y el Niño; Vigilancia del Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna; Desarrollo de la Encuesta de Prevalencia de Lactancia en las distintas provincias

del país y desarrollo de un software para el procesamiento de dichos datos.

En relación a la siguiente etapa, la Alimentación Complementaria Oportuna, vale la pena anticipar que se encuentran en etapa de desarrollo actualmente las "Guías Alimentarias para la Población Infantil", basadas en todas las propuestas normativas y de capacitación elaboradas en años anteriores en el Departamento de Nutrición¹ y en documentos nacionales precedentes² y siguiendo las propuestas internacionales y nacionales para la elaboración de Guías Alimentarias basadas en alimentos (GABA).

Según su definición **las Guías Alimentarias son instrumentos educativos que traducen los conocimientos sobre requerimientos nutricionales y composición química de alimentos, en mensajes que ayudan a las personas en la elección y consumo de alimentos saludables, culturalmente aceptables y a costos razonables.** Constituyen el recurso para acompañar a la población en la adopción de hábitos alimentarios saludables, traduciendo los conocimientos científicos sobre alimentación y nutrición y adecuándolos a la vida cotidiana. Las guías son recomendaciones prácticas para la gente, a través de mensajes breves, claros, concretos, aceptables y fundamentados en su alimentación habitual. Su objetivo principal es orientar a la familia en la adopción de una alimentación saludable. Promover conductas positivas, estimular el consumo de una amplia variedad de alimentos disponibles y valorar los beneficios del consumo de alimentos apropiados. Al mismo tiempo orientan al consumidor en la elección de alimentos sanos, propios de su cultura y en el aprovechamiento del presupuesto familiar, al aprender a comprar y combinar los alimentos de la forma más conveniente.

Las Guías Alimentarias para la Población Argentina que fueron editadas en el año 2000 por la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas (AADYND- Bs. As. 2000), representan el trabajo conjunto de gran parte de los graduados en nutrición de nuestro país. Se trata de recomendaciones generales diseñadas específicamente para personas sanas y mayores de 2 años de edad.

Las presentes Guías Alimentarias para la Población Infantil surgen como una recomendación especial de las anteriores, considerando que los niños menores constituyen una población que requiere consejos específicos sobre su alimentación.

Estas guías se adecuan a las características especiales de la alimentación en las etapas iniciales de la vida, momento en que precisamente se establecen las bases de las conductas alimentarias futuras. Las Guías Alimentarias para la Población Infantil estarán integradas por 9 mensajes principales y las recomendaciones que explicitan la puesta en práctica de cada uno de ellos. Además de las Guías propiamente dichas destinadas a padres, cuidadores y equipos de salud, se agregará un apartado de Consideraciones para el Equipo de Salud, que revisará los siguientes ítems: 1) Etapas de la alimentación Infantil. 2) Alimentación Complementaria Oportuna: ¿Cuándo incorporar los alimentos? ¿Qué deben aportar los alimentos? Y ¿Cómo implementar la alimentación? 3) Habilidades de Consejería en Alimentación Infantil. 4) Un modelo de Historia Alimentaria (para evaluar la alimentación del niño). 5) Pauta Ideal (para comparar y aconsejar). 6) Cuadro de problemas más frecuentes en la alimentación y sugerencias para resolverlos. 7) Bibliografía para ampliar todos los temas.

Una vez cubiertas todas las etapas que requiere la definición de guías: Diagnóstico - Mensajes preliminares - Prueba de grupos focales - Reformulación de mensajes - Reunión de Consenso, las Guías Alimentarias para la Población Infantil serán publicadas y puestas al alcance de todos los interesados; una de las vías considerada prioritaria para este fin es justamente este Programa Nacional de Actualización Pediátrica.

-
1. a) Manual Metodológico de Capacitación del Equipo de Salud en Crecimiento y Nutrición de Madres y Niños. Ministerio de Salud, 4ª Edición Bs. As. 1994/1996/1998/ 2003.
 - b) Prevención de Anemia en niños y embarazadas en La Argentina, Actualización para Equipos de Salud. Ministerio de Salud, Bs. As. 2001.
 2. a) La alimentación del niño menor de 6 años en América Latina. Bases para el desarrollo de Guías Alimentarias. OPS; CESNI; Fundación CAVENDES, 1994.
 - b) Lineamientos para la alimentación del niño menor de dos años. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. 1997
 - c) Guía de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. Comité de Nutrición. SAP Bs. As. 2001.

ANEXO II

Evaluación de necesidades y acciones potenciales para cada principio/guía de orientación

Pauta	Evaluación de necesidades	Acciones potenciales
1. Duración de la lactancia materna exclusiva (LME) y edad de introducción de alimentos complementarios.	<ul style="list-style-type: none">• Normas y programas actuales para proteger, promover y apoyar la lactancia materna y la introducción oportuna de alimentos complementarios.• Barreras contra la LME.• Tasas de empleo de mujeres en el primer año de posparto y leyes de descanso por maternidad.	<ul style="list-style-type: none">• Aplicar y hacer cumplir el Código de Sucedáneos de la Leche Materna.• Asegurar que los estándares para el Códex Alimentarius incluyan edad de introducción de alimentos complementarios.• Adoptar y aplicar normas de provean un descanso por maternidad adecuado.• Apoyar y expandir la Iniciativa Hospital Amigo del Niño.• Proveer capacitación en consejería sobre la alimentación del lactante y niño pequeño (ALNP) para profesionales de salud.• Asegurar que el material educativo provea guías en las prácticas adecuadas de ALNP.• Facilitar y expandir las actividades comunitarias de apoyo para las prácticas adecuadas de ALNP.• Desarrollar y apoyar programas de lactancia materna en el trabajo. Asegurar un lugar amigable para que las mujeres se extraigan leche y la conserven para llevar a su hogar.

<p>2. Mantenimiento de la lactancia materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Barreras contra la lactancia materna sostenida y frecuente. • Redacción de material educativo con respecto al término “destete”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Igual que arriba.
<p>3. Alimentación perceptiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limitaciones en el apetito o ingesta de alimentos de lactantes y niños pequeños; si el total de energía ingerido es bajo, investigar si es debido a enfermedades frecuentes, deficiencia de micronutrientes, consistencia inapropiada de alimentos, alimentación no perceptiva por la persona encargada de alimentar al niño, o inseguridad alimentaria en el hogar. • Habilidades y comportamientos de las personas encargadas de alimentar a los niños durante la alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducir estudios sobre cómo mejorar las prácticas de alimentación e identificar los comportamientos alimenticios actuales de las personas encargadas de alimentar a los niños y las formas de mejorarlos. • Proveer capacitación en consejería sobre la ALNP para profesionales de salud. • Aplicar campañas de mercadeo social para promover las prácticas apropiadas de ALNP. • Asegurar que el material educativo provea guías sobre las prácticas de ALNP. • Facilitar y expandir actividades comunitarias para apoyar las prácticas apropiadas de ALNP. • Dar consejería y educar a las personas encargadas de cuidar a niños sobre las prácticas apropiadas de ALNP.
<p>4. Preparación y almacenamiento seguros de alimentos complementarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de agua apropiada y segura. • Disponibilidad de combustible para cocinar y almacenamiento apropiado de alimentos perecibles. • Prácticas higiénicas actuales, uso de biberones o tazas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica programas para mejorar la calidad y saneamiento del agua. • Cuando el combustible sea un factor limitante, desarrollar opciones alternativas de bajo costo, considerar este factor en las indicaciones alimentarias.

		<ul style="list-style-type: none"> • Promocionar el uso de alimentos complementarios fermentados. • Cuando la refrigeración sea un factor limitante, investigar la factibilidad y efectividad de estrategias locales de conservación. • Poner en práctica campañas de mercadeo social para promover la preparación y el almacenamiento seguros de alimentos. • Aplicar y hacer cumplir el Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna.
<p>5. Cantidad de alimentos complementarios necesarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso actual de alimentos fermentados para lactantes y niños pequeños. • Seguridad alimentaria de la población blanca, incluyendo escasez estacional. • Cantidades típicas de alimentos complementarios proporcionales y consumidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducir estudios sobre las prácticas mejoradas de alimentación para identificar recetas localmente factibles, aceptables y económicas para lactantes y niños pequeños. • Elaborar recomendaciones específicas para la edad basadas en recetas locales. • Proveer capacitación en consejería sobre la ALNP para profesionales de salud. • Facilitar y expandir actividades comunitarias que apoyen las prácticas de ALNP apropiadas. • Dar consejería y educar a las personas encargadas de cuidar a niños sobre las prácticas apropiadas de ALNP en la familia, guarderías, jardines maternos.

		<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que el material educativo contenga mensajes precisos y consistentes sobre la ALNP. • Aplicar campañas de mercadeo social para promover las prácticas apropiadas de ALNP. • Aplicar y hacer cumplir el Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna.
6. Consistencia de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de alimentos normalmente ofrecidos, métodos de preparación y consistencia. • Creencias sobre alimentos apropiados para niños menores de un año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Igual que arriba. • Promocionar tecnologías para el hogar o la comunidad para mejorar la consistencia de alimentos básicos.
7. Frecuencia de comidas y densidad energética.	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de alimentación y densidad energética de alimentos locales. • Barreras locales contra la alimentación de niños según las pautas, incluyendo obstáculos para mujeres empleadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Igual que arriba.
8. Contenido nutricional de alimentos complementarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de alimentos disponibles para cubrir las necesidades nutricionales. • Prácticas y barreras actuales relacionadas al uso de alimentos de fuente animal y frutas y verduras ricas en vitamina A. • Fuentes locales de grasa y uso deficiente o excesivo de grasa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Igual que arriba. • Elaborar y adoptar pautas dietéticas factibles para mejorar el contenido nutricional de alimentos complementarios, mediante la promoción de tecnologías de alimentos para el hogar, fortificación o, si es necesario, suplementación. • Asegurar que los estándares relevantes del Códex Alimentarius sean aplicados en

Alimentación complementaria del niño amamantado

	<ul style="list-style-type: none">• Uso de té, café, bebidas dulces y jugos.	la producción y el mercadeo de alimentos complementarios comercialmente preparados.
9. Uso de suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados para niños pequeños y madres.	<ul style="list-style-type: none">• Brechas en alcanzar las necesidades nutricionales de niños pequeños utilizando alimentos locales.• Prevalencia de deficiencias de micronutrientes en niños y madres.• Uso actual de alimentos fortificados y suplementos nutricionales para niños pequeños y mujeres lactantes.• Demanda de alimentos procesados convenientes y potencial de pagar por ellos.	<ul style="list-style-type: none">• Determinar la estrategia más factible al menor costo para cubrir las brechas nutricionales mediante alimentos fortificados, suplementos nutricionales o una combinación de éstos.• Trabajar con compañías locales para producir alimentos fortificados y/o suplementos y elaborar una estrategia de mercadeo.• Considerar el subsidio de dichos productos para familias de bajos ingresos.
10. Alimentación durante y después de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none">• Prácticas tradicionales de alimentación durante la enfermedad como restringir ciertos alimentos, usar alimentos o líquidos específicos, etc.• Conocimientos de las personas encargadas de los niños sobre las necesidades de alimentos y líquidos durante la enfermedad y el concepto de recuperación del crecimiento.	<ul style="list-style-type: none">• Conducir estudios sobre cómo mejorar las prácticas de alimentación e identificar comportamientos actuales de alimentación y maneras aceptables y factibles de mejorar la alimentación infantil durante y después de la enfermedad.• Dar consejería a las personas encargadas de cuidar a los niños sobre las prácticas apropiadas de ALNP durante y después de la enfermedad, incluyendo al personal de salud de todos los niveles.

ANEXO III

Requerimiento nutricional

Es la cantidad de nutriente que debe suministrar la dieta con el fin de satisfacer la necesidad metabólica; abarca factores asociados a la digestión, absorción y biodisponibilidad celular.

Proteínas de alta calidad

La "alta calidad" en las recomendaciones nutricionales indica que la calidad nutricional de las proteínas alimentarias es variable según su composición de aminoácidos. Se denomina también "alto valor biológico".

Las consideradas "ideal" son las que permiten su máxima utilización productiva, tal el caso de la proteína de la leche humana.

Las proteínas de origen animal (leche de diferentes animales, huevos) son las que más se acercan a una utilización máxima de sus aminoácidos.

Valor biológico de las proteínas de diferentes alimentos

Alimento	Valor biológico
Huevo	94
Leche de vaca	90
Germen de arroz	78
Pescado	76
Ternera	76
Soja	75
Germen de trigo	75
Arroz blanco	75
Trigo	67
Levadura de cerveza	63
Harina de algodón	62
Maíz	60
Harina de maní	56
Harina de trigo blanca	52

Modificado de: Astiasarán I, Martínez J. *Alimentos. Composición y propiedades*. Mc Graw-Hill. Interamericana.

Funciones de las grasas en el organismo

Aporte energético: 1g= 9 kcal		
	Función estructural	Precusores de
TRIGLICÉRIDOS	- Protección del esqueleto y otros órganos - Aislante térmico	otros lípidos: - Fosfolípidos - Colesterol
FOSFOLÍPIDOS	- Membranas celulares (externas e internas)	
ÁCIDOS GRASOS ESENCIALES		- Prostaglandinas - Leucotrienos - Tromboxanos
COLESTEROL	- Membranas celulares	- Ácidos biliares - Hormonas esteroideas: glucocorticoides, mineralocorticoides, hormonas suprarrenales, hormonas sexuales (estrógenos, progesterona y andrógenos)
LIPOPROTEÍNAS	- Función transportadora	

Modificado de: Astiasarán I, Martínez J. Alimentos. Composición y propiedades. Mc Graw-Hill. Interamericana.

Perfil de ácidos grasos del aceite de maíz (g/100 g)

AGS		AGM		AGP	
C14:0 Mirístico	0,6	C16:1 Palmitoleico	0,3	C18:2 Linoleico	47,7
C16:0 Palmítico	13,4	C18:1 Oleico	28,6	C18:3 Linolénico	1,5
C18:0 Esteárico	2,2			C20:4 Araquidónico	—
TOTAL	16,5	TOTAL	29,3	TOTAL	49,2

Tomado de: Astiasarán I, Martínez J. Alimentos. Composición y propiedades. Mc Graw-Hill. Interamericana.

Perfil de ácidos grasos de aceite de girasol (g/100 g)

AGS		AGM		AGP	
C14:0 Mirístico	0,1	C16:1 Palmitoleico	0,1	C18:2 Linoleico	49,7
C16:0 Palmítico	5,5	C18:1 Oleico	31,5	C18:3 Linolénico	0,3
C18:0 Esteárico	6,0			C20:4 Araquidónico	–
TOTAL	13,1	TOTAL	31,8	TOTAL	50,0

Tomado de: Astiasarán I, Martínez J. Alimentos. Composición y propiedades. Mc Graw-Hill. Interamericana.

Alimentos que aportan los nutrientes más importantes

PROTEÍNAS 1 g= 4 kcal	mgr%	COLESTEROL	mgr%	FIBRAS	gr%
Soja grano	35	Sesos de vaca	2300	Legumbres	3,8
Queso Chubut	25	Huevo entero	463	Alcaucil	1,5
Carnes	20	Manteca	280	Pan de centeno	1,5
Huevo entero	12	Queso Chubut	140	Chaucha	1,3
PURINAS	mg%	SODIO	mg%	POTASIO	mg%
Molleja	330	Jamón crudo	2.900	Legumbres	1.200
Hígado de vaca	90	Aceitunas	2.500	Papa	460
Lenteja	54	Queso Chubut	501	Zanahoria	400
Carne de vaca	38	Pan	370	Carne de vaca	350
CALCIO	mg%	HIERRO	mg%	FOSFORO	mg%
Queso Chubut	1.040	Legumbres	8,0	Queso Chubut	608
Soja grano	280	Hígado vaca	5,4	Lentejas	430
Leche de vaca	118	Berro	5,4	Pan centeno	270
Berro	104	Carne vacuna	3,7	Pescado	220
VITAMINA A	UI%	VITAMINA B₁	mg%	VITAMINA C	mg%
Hígado de vaca	19000	Lentejas	0,50	Ají	120
Espinaca	9000	Hígado vaca	0,27	Berro	75
Queso Chubut	3600	Carne vacuna	0,20	Frutilla	70
Zanahoria	3500	Pan de centeno	0,20	Naranja	50

Modificado de: Pupi R, Brusco O, Schor I. Manual de nutrición. 1996. López Editores.

Alimentación complementaria del niño amamantado

Tabla resumen de composición química de alimentos

ALIMENTO 100 g	PROT.	CARBOH.		LIPID.		MINERALES					VITAMINAS				
	1 g= 4 kcal	1 g= 4 kcal		1 g= 9 kcal											
	g	TOTAL	FIBRA	TOTAL	COLEST.	Na	K	Ca	P	Fe	A	B ₁	B ₂	Niacida	C
	g	g	g	g	mg	mg	mg	mg	mg	mg	UI	mg	mg	mg	mg
•LECHE DE VACA															
Entera	3,1	4,8	0	3,1	13	35	180	118	100	0,1	160	0,04	0,17	0,10	1
•QUESOS															
Petit Suisse	14	4	0	8	70	30	71	75	161	0,1	1.300	0,02	0,2	0,6	0
Chubut	25	2	0	26	140	501	90	1.040	608	2	3.600	0,03	0,2	1,2	0
Parmesano	32	2	0	35	150	880	110	1.200	770	1,9	4.010	0,04	0,4	0,5	0
Ricota	12	4	0	14	90	40	150	120	180	1	100	0,02	0,1	0,6	1
•CARNE															
Vacuna magra	20	0	0	7	65	70	350	12	200	3,7	0	0,18	0,27	6,3	0
Hamburguesa	17	1	0	14	125	510	264	33	188	2,7	0	0,1	0,2	6	0
Pollo sin piel	21	0	0	3	90	80	350	10	220	3	0	0,23	0,15	6	0
Pescado magro	18	0	0	0,5	50	75	350	20	220	1,1	10	0,09	0,17	3	0
Jamón cocido	23	3	0	18	33	1.900	107	15	143	4	0	0,2	0,05	2	0
•HUEVO GALLINA															
Entero	12	0,7	0	12	463	130	100	54	210	2,4	1.140	0,12	0,34	0,1	0
•LEGUMBRES SECAS															
Lentejas	25	60	3,7	1	-	3	1.200	59	430	8	500	0,5	0,3	3,1	5
•HORTALIZAS															
Grupo A Prom.	1,1	5	1	0,1	-	20	300	50	50	1,5	2.500	0,10	0,05	0,5	40
Grupo B Prom.	1,5	10	1	0,2	-	10	350	40	60	0,5	1.200	0,06	0,04	0,3	10
Grupo C Prom.	2	20	0,5	0,2	-	12	400	20	35	0,6	50	0,10	0,05	1	20
•FRUTAS															
Grupo A Prom.	0,5	10	0,7	0,2	-	3	160	18	10	0,3	400	0,05	0,02	0,3	30
Grupo B Prom.	1	20	1	0,4	-	5	200	20	25	0,6	200	0,08	0,06	0,5	6
•CEREALES															
Arroz pulido	7,5	79	0,2	0,2	-	2	79	24	94	1,4	0	0,08	0,03	1,6	0
Avena arrollada	10	68	1,5	0,5	-	14	316	36	260	2,3	0	0,60	0,14	1	0
Trigo grano	12	71	2,3	2	-	2	300	42	400	2,5	0	0,50	0,12	3,6	0
Harina blanca	12	75	0,6	0,5	-	1	130	20	190	0,7	0	0,10	0,05	1,2	0
Pan blanco	9	64	0,5	0,6	-	370	104	32	110	0,8	0	0,08	0,05	0,8	0
Pan centeno	10	51	1,5	0,9	-	400	150	31	270	2	0	0,20	0,11	1	0
Galletitas	13	64	0,2	15	-	323	99	44	174	0,9	0	0,06	0,03	0,7	0
Fideos secos	12	72	0,3	0,8	-	47	143	47	125	1,2	0	0,13	0,08	2	0

Modificado de: Pupi R, Brusco O, Schor I. Manual de nutrición. 1996. López Editores.

Clasificación de las hortalizas

Hortalizas "A"	Acelga, ají, apio, berenjena, berro, coliflor, escarola, espinaca, lechuga, pepino, radicheta, repollo, rabanito, tomate y zapallito
Hortalizas "B"	Alcaucil, arveja fresca, cebolla, chaucha, haba fresca, palmito, poroto fresco, puerro, remolacha, zanahoria, zapallo.
Hortalizas "C"	Papa, batata, granos de choclo

Composicion de algunas hortalizas (% de tejidos frescos, fracción comestible)

Clase	Peso seco	Compuestos nitrogenados	Hidratos de carbono	Lípidos	Fibra bruta	Cenizas
•RAÍCES						
Zanahoria	11,8	1,1	8,7	0,2	1,0	0,8
Rábano	5,5	1,0	2,9	0,2	0,7	0,8
Perejil	12,0	2,9	2,3	0,6		1,6
•TUBÉRCULOS						
Papa	22,2	2,0	18,9 ^a	0,2	0,8	1,1
Apio (raíz)	11,6	1,8	7,2	0,3	1,3	1,0
Remolacha roja	12,7	1,6	9,1	0,1	0,8	1,1
•TUBÉRCULOS RADICALES						
Batata	30,8	1,6	26,6 ^b	0,6	0,9	1,1
Mandioca	35,0	0,9	32,0	0,4	0,8	0,4
•BULBOS						
Cebolla	10,9	1,5	8,1	0,3	0,6	0,6
Puerro	14,6	2,2	9,9	0,3	1,3	0,9
Hinojo	14,0	2,4	9,1	0,3	0,5	1,7
•TALLOS						
Espárragos	8,3	2,5	4,3	0,1	0,7	0,6
•HOJAS						
Escarola	5,6	1,3	2,3	0,2	0,9	1,0
Col	17,3	6,0	7,5	0,9		1,5
Lechuga	5,1	1,6	1,7	0,3	0,7	0,9
Repollito de Bruselas	14,8	4,9	6,7	0,6	1,6	1,2
Espinaca	9,3	3,2	3,7	0,4	0,6	1,5
Repollo	7,6	1,3	4,6	0,2	0,8	0,7

Alimentación complementaria del niño amamantado

•INFLORESCENCIAS						
Alcaucil	14,5	2,9	8,2	0,1	2,4	0,8
Coliflor	9,0	2,7	4,2	0,3	1,0	0,9
Brócoli	10,9	3,6	4,4		1,5	1,1
•SEMILLAS						
Habas	9,9	1,9	6,1		1,0	0,7
Guisantes	22,0	6,3	12,4		2,0	0,9
•FRUTOS						
Berenjena	7,6	1,2	4,7	0,2	0,9	0,6
Calabaza	8,7	1,1	5,5	0,1	1,2	0,8
Pimiento	6,6	1,2	3,4	0,3	1,4	0,4
Pepino	5,9	0,9	2,8	0,2	0,6	0,5
Tomate	6,5	1,1	4,2	0,2	0,5	0,5

a: almidón 14,1

b: almidón 19,6; sacarosa 2,8.

Modificado de: Astiasarán I, Martínez J. *Alimentos. Composición y propiedades*. Mc Graw-Hill. Interamericana.

**Tabla de composición de papillas más usuales en el lactante
(100 g de porción comestible)**

Título	Agua (ml)	kcal	Prot. (g)	H. de C. (g)	Líp. (g)	Ca (mg)	P (mg)	Fe (mg)	Na (mg)	Vit. A (UI)	Vit. C (mg)
Arroz	2,6	109	2,0	24,2	0,1	10	28	0,2	374	—	—
Papas	82,8	65	1,9	14,5	0,1	6	42	0,5	2	Trazas	16
Batata c/cásc.	70,6	114	1,7	26,3	0,4	32	47	0,7	10	7.900	17
Zanahoria	91,2	31	0,9	7,1	0,2	33	31	0,6	33	10.500	6
Fideos	72,0	111	3,4	23,0	0,4	8	50	0,4	1	—	—
Maíz (harina)	11,9	376	9,0	73,6	2,8	18	256	2,4	0,7	500	—
Banana	75,7	85	1,1	22,2	0,2	8	26	0,7	1	190	10
Naranja	85,4	51	1,3	12,7	0,1	40	22	0,4	1	200	61
Manzana	84,8	56	0,2	14,1	0,6	7	10	0,3	1	90	7
Zapallo (crudo)	91,6	26	1,0	6,5	0,1	21	44	0,8	1	1.600	—

Tomado de: O'Donnell A. *Nutrición Infantil. Publicación CESNI N° 1*. Editorial Celsius. Buenos Aires, 1986.

Densidad de nutrientes en alimentos de consumo habitual
(Cantidad de nutrientes x 1000 kcal)

Alimentos	Proteína (g)	Calcio (mg)	Hierro (mg)	Vit. B ₁ (mg)	Vit. B ₂ (mg)	Vit.A (mg)	Vit. C (mg)
Carne de res	76,7	16,4	13,1	0,25	0,21	—	—
Leche de vaca	57,4	2.622,4	4,9	0,66	3,44	491,7	16,4
Arroz (Oriza sativa)	11,1	24,8	3,6	0,22	0,08	—	—
Maíz (Zea mays)	10,4	24,9	6,9	1,19	0,28	194,0	—
Trigo (Triticum aestivum)	11,5	65,8	3,6	0,71	0,19	—	—
Frijol (Phaseolus vulgaris)	24,7	255,4	22,6	1,60	0,56	14,9	8,9
Garbanzo (Cicer arietinum)	22,2	367,2	20,0	1,26	0,44	41,1	2,7
Banano (Musa sapientum)	—	63,6	4,5	0,36	0,36	590,9	136,4
Tomate (lycopersin esculentum)	—	333,3	23,8	2,86	2,38	3.571,6	1.095,3

Tomado de: O'Donnell A. *Nutrición Infantil*. Publicación CESNI N° 1. Editorial Celsius. Buenos Aires, 1986.

Capítulo III

Depresión puerperal

05

Depresión puerperal



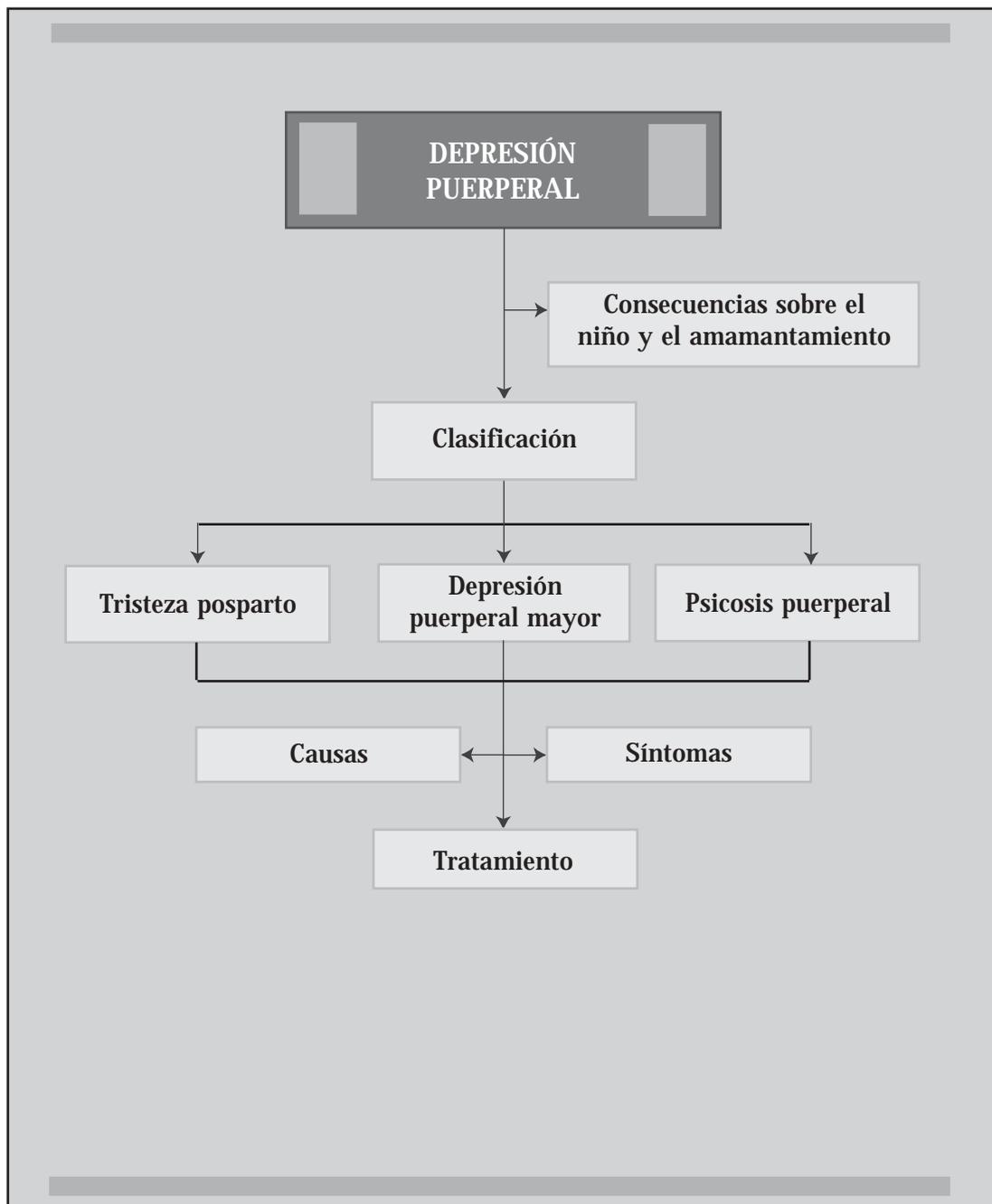
Lic. Mónica Tesone

Psicóloga, UBA. Terapeuta Familiar y de Pareja, (CIF). Mediadora Familiar, Lyon Francia (UCL). Hipnoterapeuta Ericksoniana, St. Etienne, Francia (IFACT). Coordinadora de Enlaces Profesionales de LLLI.

Objetivos

- Definir "depresión puerperal".
- Identificar sus efectos sobre el amamantamiento y sobre el niño.
- Clasificar la depresión puerperal según la gravedad y el momento de aparición.
- Describir para cada una de las formas de depresión puerperal sus causas y sus principales manifestaciones o síntomas.
- Describir para cada caso las principales opciones de tratamiento.
- Valorar la consulta del recién nacido como una oportunidad para orientar a la madre y al padre acerca de este cuadro.
- Reconocer la importancia de la estimulación de la lactancia para beneficio de la madre y el niño.

Esquema de contenidos





Ejercicio Inicial

Antes de comenzar le proponemos que realice un ejercicio de reflexión sobre sus conocimientos, ideas y práctica profesional relacionados con este tema.

A La siguiente es una lista de adjetivos que pueden ser aplicados a madres recientes (primer mes de vida del bebé). Por favor, lea la siguiente lista y seleccione los 3 que usted cree que son más representativos de esta etapa de la mujer.

- | | | | | | |
|---------|--------------------------|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Ansiosa | <input type="checkbox"/> | Demandante | <input type="checkbox"/> | Radiante | <input type="checkbox"/> |
| Llorona | <input type="checkbox"/> | Miedosa | <input type="checkbox"/> | Insensible | <input type="checkbox"/> |
| Feliz | <input type="checkbox"/> | Cansada | <input type="checkbox"/> | Tranquila | <input type="checkbox"/> |
| Plena | <input type="checkbox"/> | Sobrepasada | <input type="checkbox"/> | Nerviosa | <input type="checkbox"/> |
| Triste | <input type="checkbox"/> | Agotada | <input type="checkbox"/> | Serena | <input type="checkbox"/> |

Puede agregar alguna otra palabra que describa la situación de la madre en el primer mes del bebé:

B Recuerde las últimas 5 consultas que ha tenido de niños recién nacidos. En cuántas de estas consultas Ud. ha preguntado alguna de las siguientes cuestiones relacionadas con la madre:

- ¿Cómo se siente?
- ¿Cómo está durmiendo?
- ¿Cuándo fue la última vez que se rió y por qué?
- ¿Cuáles son las cosas de las que disfruta en estos días?
- ¿Cree que hay cosas que le salen mal y que Ud. tiene la culpa? ¿Cuáles?
- ¿Se siente ansiosa o preocupada sin razón?
- ¿Está asustada por alguna cuestión?
- ¿Se siente cómoda en su casa con el bebé o siente que las cosas la han sobrepasado?
- ¿Se siente triste?
- ¿Ha llorado en esta última semana? ¿Con qué frecuencia?

C Recuerde a sus pacientes. Seleccione algunos que conozca bien, desde el nacimiento e intente reconstruir sus primeros días de vida y describa:

- Qué cosas le consultaban las madres con más frecuencia.
- Qué presencia y actitud tenían los padres (¿qué rol asumía el hombre?).
- Qué orientaciones específicas le daba a la madre para ayudarla a sentirse bien.
- Qué pensaba Usted cuando terminaba la consulta y la familia se iba.

.....



Revise estas notas cuando termine de leer el capítulo!

Introducción

La **depresión puerperal** (DPP) es un desajuste emocional que se presenta en el puerperio a consecuencia de cambios fisiológicos y psicológicos, relacionados con alteraciones hormonales y emocionales, sensación de pérdida después del parto, fatiga, sobrecarga de estímulos, malestar, y privación de estímulos afectivos.

En el caso de las madres primerizas se le suma la adaptación a su nuevo rol.

La depresión puerperal tiene influencias sobre el amamantamiento y sobre el niño.

Influencia sobre el amamantamiento

Al experimentar sentimientos de carencia de interés por su bebé, las madres, tienden a evitar lo relacionado con sus cuidados, lo que **disminuye la responsabilidad maternal**.

Cuando ocurren dificultades la DPP causa **falta de persistencia**. Al captar solo lo irremediable y lo negativo de lo que les sucede, abandonan la esperanza, dejan de luchar y caen en la desesperación y renuncia, pensando que todo es en vano y faltándole las fuerzas para ser el motor del cambio (lo cual las puede llevar a introducir un complemento de leche al bebé aun cuando no sea necesario).

Las madres exageran las situaciones. Surgen miedos respecto a los cuidados del recién nacido y a su salud, temores irracionales a que se muera, o enferme, y a las reacciones del bebé, que rechace el pecho, no tener suficiente leche, o no saber distinguir si su llanto es de hambre o de sueño, temores a que se lastime, o que no esté engordando o creciendo lo suficiente.

Al sentirse apartada del mundo en general, se transforma en una observadora distante de su entorno desde una torre de aislamiento y soledad, esto **disminuye su capacidad de leer las señales del bebé**, siendo esto aplicable a su hijo, al que siente lejano, como si se tratase de un objeto con el cual no encuentra una ligazón emocional. Esta insensibilidad las vuelve incapaces de responder apropiadamente a los estímulos del bebé.

¿Cómo afecta a los niños?

Los hijos de mujeres que tras el parto han tenido una depresión, muestran un aumento en la problemática social, intelectual, cognitiva y emocional, y tienden a tener cociente intelectual significativamente más bajo, ya que estas madres interactúan menos con sus bebés.

Los niños cuyas madres siguen deprimidas después de 6 meses tienen peor desarrollo psicomotor al año de vida.

Según un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Cardiff, los hijos de mujeres que tras el parto han padecido depresión, son más propensos a ser violentos en su pubertad. La relación entre la DPP y la violencia infantil a los 11 años de edad fue asociada con niños que presentaban problemas en la regulación de su atención y de sus emociones. Pero según explican sus autores en la revista *Developmental Psychology*: "también es probable que los bebés con un temperamento difícil provoquen depresiones en sus madres y que la posterior violencia en la pubertad se explique por entero por los factores preexistentes durante la infancia".

Depresión puerperal, lactancia y destete

Una investigación reciente concluye que la lactancia materna puede atenuar algunos de los efectos negativos psicológicos y fisiológicos que experimentan los hijos de madres deprimidas. N.A. Jones NA, B.A. McFall y M.A. Diego (2004) comprobaron que los bebés que tienen una lactancia estable son emocionalmente más positivos, y menos negativos, y la díada mamá-bebé es más sensible a los requerimientos mutuos.

Las hormonas presentes durante el amamantamiento tienen un efecto tranquilizador y relajante que reducen la ansiedad y pueden ayudar a la madre a estar más calma y tolerar la monotonía. Como dice la Academia Americana de Pediatría "antes de recomendar la lactancia artificial o un destete temprano el profesional médico debería sopesar muy seriamente los beneficios de la lactancia frente a los riesgos de no recibir leche materna".

Las hormonas presentes durante el amamantamiento tienen un efecto tranquilizador y relajante que reducen la ansiedad y pueden ayudar a la madre a estar más calma y tolerar la monotonía. Como dice la Academia Americana de Pediatría "antes de recomendar la lactancia artificial o un destete temprano el profesional médico debería sopesar muy seriamente los beneficios de la lactancia frente a los riesgos de no recibir leche materna".

Teniendo en cuenta que las madres deprimidas tienen dificultad para vincularse con su bebé, el amamantamiento es una poderosa herramienta para proteger el apego (modulado bioquímicamente por la oxitocina) entre la madre y el niño (*M. Klaus*) y ese contacto es necesario para mantener viva la motivación (*Terkel y Resenblatt, 1968*).

El apoyo para continuar con la lactancia debe considerarse como elemento significativo de la terapia en todos los tipos de depresión.

La lactancia como actividad fisiológica no contribuye a la depresión.

La mujer que amamanta se halla en un estado hormonal particular, ya que, además de las funciones mecánicas ya conocidas, las hormonas están implicadas en la adaptación al rol

materno, despertando una respuesta maternal. Al amamantar, se secretan endorfinas que inundan a la madre de sensaciones placenteras.

La madre podría sentir que el destete implica un daño emocional, puesto que es una de las pocas acciones positivas que **sólo ellas** pueden hacer por sus bebés.

Es fundamental evitar un destete abrupto, ya que el descenso repentino de la prolactina y cambios en el equilibrio hormonal son especialmente abrumadores en una madre propensa a la depresión, pudiendo provocar un riesgo aún mayor y empeorar su estado (*Susman y Katz, 1988*).

El destete repentino también aumenta el riesgo de mastitis, de abscesos en el pecho y de problemas físicos que complicarían su terapia.

Si no puede evitarse el destete (por ejemplo, cuando una madre con cáncer debe iniciar un tratamiento de quimioterapia) se debe recomendar a la madre que lo haga de un modo gradual, reemplazando sólo una toma con el pecho al día, por una toma de leche artificial cada tres o cuatro días. De este modo, los cambios hormonales tendrán lugar poco a poco.

Para evitar complicaciones, es recomendable que se saque la leche suficiente como para sentirse cómoda, reducir la ingesta de sal, utilizar un sostén firme, pero que no apriete (investigaciones recientes demuestran que apretar los pechos no reduce la producción láctea) y tomar líquido de acuerdo a su sed.

Rol del padre

Algunos estudios han demostrado que el apoyo del compañero de la mujer, tanto emocional como práctico, puede ser un factor moderador del estrés reduciendo considerablemente el riesgo de DPP. La ausencia de apoyo de la pareja constituye un factor de vulnerabilidad para la depresión.

En las primeras consultas pediátricas, es importante dar a conocer a la pareja este estado de cosas, promover el descanso y contribuir al desarrollo de conductas por parte del padre actuando como sostén de la madre, para que ella se desarrolle en ese rol.

Está demostrado que si el padre participa activamente en los cuidados del hijo el impacto de la depresión materna sobre el lactante es menor.

Detección de la depresión

Tanto en el posparto inmediato, como en el chequeo posterior de la madre, los profesionales de la salud que la atienden pueden comprobar si la mujer está deprimida. El control de salud de los bebés es una muy buena oportunidad para detectar la existencia de depresión en la madre.

Sólo con interesarse por su estado de ánimo y permitirle hablar de sus emociones se previene un posible problema.

Un chequeo médico permitirá descartar la existencia de una alteración tiroidea o su tratamiento si se detecta, así como otras patologías que puedan estar favoreciendo el cuadro depresivo (como es el caso de la anemia, una enfermedad autoinmune o alergias, todo lo cual puede desarrollarse en el período postnatal. Puede ser de utilidad tener presentes las preguntas del formulario de evaluación de riesgo de Gardner, D.L., & Campbell. (Anexo 1)

Se puede decir que una madre púérpera que no se ocupa de la atención de su hijo lactante o delega la atención del mismo, padece un cuadro depresivo, hasta que se demuestre lo contrario.

Escalas de evaluación de la depresión posparto

Existen 16 pruebas de medición empírica para evaluar la depresión puerperal. El momento del examen pediátrico del bebé o el control obstétrico posparto y la visita domiciliaria a la madre o al bebé son excelentes oportunidades para administrar esas pruebas.

Los test diagnósticos más usados en la depresión posparto son: Semi-structured clinical interview (SADS), Scale and Goldberg's Standardised Psychiatric Interview. The Bromley posnatal depression scale (detecta episodios depresivos en el posparto o previos). The Zerssen self-rating scale (DS), Zung Scale. The Psychiatric Assessment Schedule y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPS) (Anexo 2) que es un recurso para la identificación del riesgo de DPP operativo. Se emplea entre las 6 y las 8 semanas postparto.

Hay que considerar que algunos síntomas de depresión mayor, como las alteraciones del sueño o del apetito, la fatiga y la disminución de la libido se consideran normales en el postparto, pero **el insomnio sigue siendo un marcador del trastorno depresivo**, ya que las madres con DPP no pueden conciliar el sueño ni siquiera cuando sus bebés están dormidos. Por ello el principal instrumento de screening para la detección de la depresión posparto, la **Escala de Edimburgo** que ha sido validada en diversos países y culturas se centra en los síntomas más típicos de la depresión: ánimo bajo, pérdida de la capacidad de disfrute y ansiedad.

Clasificación

Hay tres formas de depresión puerperal de acuerdo a su gravedad y al momento de aparición.

- 1) "Baby blues" o tristeza posparto.
- 2) Depresión puerperal mayor.
- 3) Psicosis puerperal.

1) Tristeza posparto

Incidencia: 50 a 70% (*Canadian Mental Health Association, 1995*).

Inicio: 1ª semana posparto.

Duración: 2 a 3 semanas.

Pronóstico: Desaparece sin secuelas, en forma espontánea, en un plazo de dos semanas.

Síntomas

Llanto incontrolable sin motivo aparente, ansiedad, humor depresivo, insomnio, fatiga, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, decepción, irritabilidad, impaciencia, abatimiento y aislamiento.

Estas madres están desanimadas y apáticas después del parto y pueden mostrar indiferencia hacia su hijo. Se sienten inseguras e impotentes ante las responsabilidades que implican las exigencias de un bebé recién nacido y se preguntan si no les faltará instinto materno, como si se tratase de algo innato.

Como es frecuente y poco prolongado, muchas veces pasa desapercibido para los profesionales de la salud.

Causas

Disconformidad con su imagen corporal, dificultades con la lactancia, privación del sueño, cambios hormonales, llanto del bebé, y falta de organización.

Disconformidad con su imagen corporal: las ansiedades con respecto al cuerpo son muy intensas y se centran básicamente en la deformación que ahora ya no se debe a la gravidez. El cuerpo tarda en recuperar su forma habitual. La comprobación del vientre abombado, las carnes flácidas, la cintura aumentada, puede deprimirla si tenía la expectativa de que rápidamente volvería a sus formas habituales.

Dificultades en relación con la lactancia: si bien la lactancia en sí misma no es causa de depresión, las dificultades que resulten a partir de ella pueden predisponer a la madre a un estado emotivo negativo.

El dolor en los pezones, problemas para prender al bebé al pecho, y sobre todo la falta de un modelo y de información correcta en relación al amamantamiento la enfrenta con que la lactancia no es algo automático y tan fácil como lo imaginaba, con la consiguiente frustración en relación a sus expectativas.

Trastornos de sueño: a pesar del cansancio pueden padecer insomnio o tener grandes dificultades para conciliar el sueño, con escaso efecto reparador del mismo. Los despertares frecuentes y el despertar precoz, son síntomas que pueden agravar y complicar el cuadro. A veces, si logran dormirse, se despiertan sin explicación alguna en medio de la noche, sin haber sido despertada por el bebé.

Luego es común que duerma hasta tarde, ya que la mañana es su peor hora, y por eso el sueño es su refugio para no sufrir.

Es como si en su cerebro tuvieran una batería de pilas débiles que se agotan con facilidad. Algunas teorías lo atribuyen al déficit de un neurotransmisor llamado norepinefrina que está implicado directamente en la regulación de los estados de ánimo, siendo esta sustancia uno de los principales sistemas de catecolamina en el cerebro. El sueño se alteraría porque la norepinefrina no alcanza para permitir el reposo que da el dormir; a las 4 horas de sueño el cerebro se agota, entra en estado de alarma roja, despierta sobresaltado y experimenta un pánico pasajero. La intensidad del sueño profundo es inversamente proporcional al nivel de norepinefrina presente en el cerebro.

Falta de organización: antes del nacimiento, la mujer disponía de su tiempo según una rutina concertada, pero con la llegada del bebé debe sumar a sus actividades diarias las labores de madre y esto la puede hacer sentir desbordada e incapaz de organizarse.

Tratamiento

Los casos más leves que no implican perturbaciones graves del sueño o de la alimentación, no responden bien a los antidepresivos (como en el caso de la depresión mayor), pero sí ante el incremento de la actividad física o ante casi todo lo que suponga un ejercicio emocional. Tanto el ejercicio aeróbico como el de fuerza impulsa los niveles de serotonina y dopamina, también libera endorfinas que relevan el dolor generando una sensación de bienestar.

Es conveniente establecer **una red emocional de contención** para la madre a través de su pareja, su madre, la familia y amigos en general. Resulta de gran ayuda en estos casos la asistencia a un **Grupo de Apoyo o la Red de Apoyo de Pares**. En las culturas que ofrecen una buena red social de apoyo la depresión postpartum es prácticamente inexistente contrastando con nuestra cultura occidental donde es tan común.

El pediatra al explicarle los cuidados del recién nacido y colaborar a que tenga una lactancia exitosa ayuda como refuerzos positivos para superarla esta situación.

2) Depresión puerperal mayor

Incidencia: afecta a un 10-40% de las mujeres puérperas (Kathleen Kendall-Tackett, 2003).

Inicio: Tres semanas a seis meses después del nacimiento.

Duración: Tiene una duración de 4-6 semanas e incluso superior al año sin tratamiento.

Pronóstico: Mejor que en las depresiones que se dan fuera de este período.

Factores de riesgo

Todavía no se sabe lo suficiente sobre por qué las mujeres desarrollan DPP. Pero entre los factores de riesgo están:

- Edad de la madre: es más frecuente antes de los 20 y después de los 30 años.
- Problemas familiares graves en la infancia.
- Antecedentes de depresión o enfermedad mental familiares, especialmente si existen tres generaciones con historial psiquiátrico.
- Antecedentes personales de problemas psiquiátricos.
- Actitud negativa frente al embarazo: dudas sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Bebé no deseado.

- Tensiones en la pareja durante el embarazo.
- Una suma de acontecimientos vitales adversos vividos durante el periodo del puerperio como problemas económicos, de vivienda, encontrarse en una situación precaria, el fallecimiento de un ser querido.
- Personalidades inmaduras que no se adapten a la sobrecarga física y psíquica que conlleva el embarazo y el nacimiento de un niño.
- El consumo de drogas y alcohol.
- Embarazo o parto que hayan ocasionado un daño a la madre.
- Familia disfuncional o abusiva de origen.

Sin embargo, una mujer puede sufrir una depresión posparto sin que se aprecie ninguna razón obvia.

Síntomas

- Preocupación exagerada por la salud de su hijo o la propia.
- Pensamientos obsesivos centrados en temores que no tienen bases racionales.
- Falta de interés por su bebé y la vida en general.
- Abandono de la higiene y apariencia personal.
- Sentimientos de estar desconectada de su hijo.
- Temor de lastimar al bebé, sensaciones de incapacidad para cuidarlo.
- Sentimientos aplastantes de impotencia, inutilidad y tristeza.
- Extrañamente ida o distraída.
- Pérdida de apetito o repentino aumento de peso.
- Ataques de pánico, desbordamiento.
- Dificultad para disfrutar, desesperanza.
- Trastornos del sueño.

Son característicos en estos estados los **“gestos hacia abajo”**: cabeza caída, hombros vencidos, brazos y manos en el regazo, torso encorvado y ceño fruncido.

Su **pensamiento** es más lento, con un lenguaje pobre y monótono y con pausas prolongadas y cuyo contenido tiene un matiz negativo y pesimista.

Su sensación es que las cosas empeoran día tras día: se sienten tristes, desgraciadas, incompetentes, asustadas y, la mayoría de las veces, desinteresadas por su bebé.

Causas

Carencia de apoyo social: algunas culturas cambian después del nacimiento toda la atención de la madre al bebé. Es la transformación de la princesa embarazada a la “campesina post-partum”.

Factores psico-sociales: madre con familia disfuncional o abusiva de origen, bajo nivel socio-económico, sentimientos de baja auto-estima, expectativas de la madre respecto a sí misma y al bebé, y/o el estilo atribucional de la madre (optimista contra pesimista).

Experiencia de nacimiento negativa: durante el parto, la mujer es sumamente vulnerable emocionalmente, algunas se sienten manipuladas, son tratadas sin cariño o atención especial durante su estancia en el hospital antes de que nazca el bebé.

Los acontecimientos que ocurren durante aquellas horas tienen un impacto de largo alcance; es normal estar deprimido después de una experiencia traumática.

Factores fisiológicos: problemas físicos como hipotiroidismo, anemia o alergias, algunas carencias alimenticias, dolor, fatiga y privación del sueño.

Complicaciones de embarazo: tienen tres veces más probabilidad de sufrir DPP.

Enfermedad infantil, bebé prematuro, enfermo o minusválido: cuanto más alto es el riesgo para el bebé, más grande la depresión en la madre. Ella puede sentir que no tiene ningún control y es impotente para ayudarlo; y que otros están más calificados.

Características del bebé: bebé con temperamento difícil o de alta necesidad. El comportamiento de estos hijos disminuye los sentimientos de su madre de auto-eficacia y las hace sentir desválidas. Son niños que gritan con frecuencia, lentos para aceptar experiencias nuevas y no adoptan rutinas regulares.

Tratamiento

Red de Apoyo de Pares. Autoayuda. Psicoterapia. Medicación antidepresiva. Estimulación magnética transcraneana en los casos más graves de depresión mayor, cuando no aparece mejoría con terapia ni con medicación. Ejercicio físico. Cambios en la Alimentación.

3) Psicosis puerperal

Incidencia: ocurre en 1-2 de cada 1.000 nacimientos (Strouse TB, Szuba MP, Baxter LR Jr., 1992).

Inicio: aparece de forma brusca entre el tercer y el noveno día posparto, aunque puede iniciarse incluso en el sexto mes.

Duración: variable. Depende del diagnóstico y el tratamiento prescrito. Puede ser el inicio de una depresión psicótica, manía, esquizofrenia o síndrome cerebral orgánico (término general que se utiliza para categorizar trastornos físicos que pueden producir alteraciones mentales).

Pronóstico: En general es bueno pero existe un 50% de probabilidades de que se repita en otro embarazo.

En algunos casos se puede confundir con una depresión, el **rasgo diferencial** es la ruptura del contacto con la realidad, con presencia de síntomas psicóticos: ideas delirantes, irrefutables a la argumentación lógica, que suelen incluir temas místicos, o eróticos, de catástrofes inminentes, de los que se siente responsable, o con contenido paranoide. Puede estar convencida de que está siendo espiada o vigilada, o que existe un complot en su contra.

Síntomas

- Ruptura con la realidad de la condición de su hijo.
- Cambios dramáticos del comportamiento, (de la mudez a la agitación, desde la agitación a una severa lentitud y estupor, desde rápidas y ruidosas asociaciones hasta mutismo).
- Pérdida de memoria y oscilaciones de humor severas.
- Depresión.
- Percepción distorsionada de la realidad.
- Pensamientos de suicidio u homicidio que la lleven a decidir acabar no sólo con su vida, sino también con la del recién nacido, sus ideas delirantes la podrían hacer sentir que su hijo es el demonio, por lo que tiene que acabar con él.
- Alucinaciones visuales y olfatorias (olor a putrefacción).

- Alucinaciones auditivas, sonidos diversos, ruidos, voces imperativas que ponen en peligro su vida y la de los otros, voces difamatorias o acusatorias.
- La madre deprimida es más probable que maltrate a su bebé cuando padece una "psicosis puerperal".

Causas de la psicosis puerperal

En la mayoría de los casos hay un trastorno afectivo previo de base donde lo genético cumple un factor importante y se ve desencadenado por el puerperio.

La naturaleza del desencadenante puerperal es desconocida pero algunos autores sugieren tener en cuenta el papel de los estrógenos, al ser éstos las hormonas que sufren mayor alteración en este momento. (Jones I, Middle F, McCandless F, Coyle N, Robertson E, Brockington I, Lendon C, Craddock N., 2000).

Tratamiento

Psicoterapia. Medicación antidepresiva. Hospitalización.

Opciones de tratamiento

De acuerdo al tipo de depresión puede optarse por algunos o combinarse.

- Tabla 1 -
Tratamiento según grados de depresión

Tipo de Tratamiento	Tristeza posparto	DPP Mayor	Psicosis Puerperal
Autoayuda	Sí	Sí	Sí
Psicoterapia		Sí	Sí
Alimentos (cambios)	Sí	Sí	Sí
Ejercicios físicos	Sí	Sí	Sí
Medicación antidepresiva		Sí	Sí
Estimulación magnética		Si	
Hospitalización*			Sí

Nota: este cuadro representa una orientación general, se deberá evaluar en cada caso en particular la indicación.

* En el caso que pueda internarse junto con el bebé. De lo contrario es recomendable evitarla o sugerir la internación domiciliaria con guardias de familiares y amigos.

- Autoayuda y red de apoyo de pares.
- Psicoterapia.
- Alimentos y ejercicio físico.
- Medicaciones antidepresivas.
- Estimulación magnética transcraneana.
- Hospitalización.

Autoayuda y red de apoyo de pares

Grupo de apoyo a la lactancia: la creación de sistemas de apoyo social ha sido enfatizado por distintos autores en el área de la prevención de la salud mental (*Inbar, 1996; Caplan, 1997*).

Un medio muy eficaz de combatir la DPP es por el contacto con otras madres que lo han experimentado, o que son comprensivas con lo que le pasa.

Estos grupos son efectivos gracias a ciertas funciones que han sido identificadas como fundamentales:

- Escucha activa y empática.
- Apoyo emocional.
- Desafío emocional.
- Aprendizaje y esclarecimiento de la realidad social y ambiental.
- Reducción del aislamiento de las madres.
- Información y psicoeducación.
- Les permite centrar la atención en sí mismas y en sus necesidades básicas.
- Son un apoyo al tratamiento médico.
- Aportan esperanza para el futuro.
- Son en sí mismos una intervención terapéutica.

Los antropólogos Severos y Kruckman notaron que hay culturas que ofrecen una buena red social de apoyo en las cuales la depresión postpartum es prácticamente inexistente. Esto está en duro contraste con la cultura occidental donde el baby blues es tan común. En un estudio reciente, investigadores de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA), llegaron a la conclusión de que las mujeres manejan mejor el estrés al reunirse con otras mujeres.

Involucrarse en un grupo de apoyo a la lactancia le ayuda a la madre a superar sus sentimientos de aislamiento aportándole un grado de empatía personal. Ofrece soporte a las madres que tienen dificultades para ajustarse a su nueva maternidad incrementando su confianza al ser escuchadas activamente.

En ellos se genera un clima de compromiso y pertenencia, lo que les permite experimentar un proceso de apoyo recíproco y empoderamiento, potencializado gracias a la participación activa de sus miembros. Con el poder que le confiere el grupo la madre cobra fuerza, aumentando su autoestima mediante la aceptación de sus sentimientos sin minimizarlos o juzgarlos.

Psicoterapia

Existen distintos tratamientos con psicoterapia en cuadros depresivos, la que tiene mayores niveles de efectividad y mas soporte empírico en los trabajos científicos publicados (*Persons, Peterson, Organista*) es la **terapia cognitiva-conductual**.

Este tipo de terapia tiene por objetivo modificar la forma en que la madre evalúa las circunstancias que la rodean, al tiempo que la entrena en la adquisición de habilidades de afrontamiento y respuesta al estrés, estimulándola a identificar sus distorsiones cognitivas, interpretaciones y predicciones incorrectas, y a comprender cómo las explicaciones y significados que ella le otorga a los eventos son los creadores, reforzadores y mantenedores de su estado depresivo.

Por ello, es fundamental explicarle los síntomas de su enfermedad, concientizarla sobre la frecuencia de su pensamiento desadaptativo, estimularla a identificar las distorsiones cognitivas, a comprender la relación entre éstas y la depresión, y a reconceptualizar los pensamientos como hipótesis que deben ser verificadas y no como hechos aceptados sin

ningún cuestionamiento.

Una habilidad cognitiva importante es la de “desafiar”, refutar, modificar y reemplazar los procesos cognitivos inefectivos, por otros que crean afectos y emociones más funcionales. Esto contribuye a evitar interpretaciones catastróficas y minimizar las distorsiones de la realidad.

Es importante establecer una adecuada relación médico-paciente, que le ofrezca apoyo y permita incrementar su autoestima realizando los logros positivos a lo largo de su vida, valorando sus actividades, aunque sean mínimas, a lo largo del proceso terapéutico (que intentará hacerla sentir más positiva sobre sí misma) constituyendo también una gran ayuda que pueda hacerle salir de la depresión.

En relación a la **efectividad terapéutica**, los antidepresivos tricíclicos y la Psicoterapia Cognitiva o Interpersonal tienen valores similares de efectividad, con una remisión de 3 a 8 meses en un 48 a 60 % de los casos.

No está probado que sumar el tratamiento farmacológico a la terapia agregue mejoría. La medicación demora 3 o 4 semanas en hacer efecto.

El tratamiento terapéutico entre 6 y 8 semanas.

Pero el tratamiento terapéutico **se mantiene más en el tiempo que la medicación.**

Medicación - Antidepresivos

Son numerosos los estudios que demuestran la seguridad de ciertos psicofármacos en la lactancia.

Entre los muchos antidepresivos disponibles algunos no pasan a la leche materna y por lo tanto no afectan al bebé.

Wisner (2002), concluye que los antidepresivos amitriptilina, nortriptilina, desipramina, clomipramina, dothiepina y sertralina no se encontraron en la leche materna en cantidades significativas y que no se han comunicado efectos adversos, por lo que podrían ser fármacos de elección en mujeres que quieran realizar la lactancia materna.

Hale concluye que resultan adecuadas dosis de hasta 150 mg/día de sertralina.

Es conveniente, antes de comenzar con la medicación, que la madre anote los patrones típicos de alimentación, sueño y llanto de su hijo. Al dejar constancia escrita de estas observaciones, ella puede ser más objetiva, ya que su percepción podría alterarse cuando se encuentre bajo los efectos del tratamiento.

Para medicar a la madre, no es preciso suspender la lactancia materna.

El tratamiento psicofarmacológico debería reservarse para los casos más graves.

La medicación está mejor indicada cuanto más alto es el nivel de impedimento funcional; es decir, el grado en que es capaz de vivir su vida cotidiana, con sus actividades, amigos, su bebé y su familia.

También es recomendable cuando existe insomnio, problemas con el apetito, fatiga, elevada ansiedad, incapacidad para disfrutar del placer y síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios).

Deben ser usados por profesionales médicos entrenados en su uso y no pueden ser indicados por el clínico general o el pediatra, ni el psicólogo.

Hierbas medicinales

Las hierbas usadas como antidepresivos no deben mezclarse con los medicamentos antidepresivos convencionales.

St. John's Word es un muy seguro y efectivo antidepresivo natural. Mejora el humor y

puede también facilitar el sueño. Si bien sus efectos han sido estudiados, es necesario investigar las consecuencias sobre el bebé a largo plazo.

En un estudio triple randomizado doble ciego, mostró ser superior a los placebos para depresiones leves a moderadas, tan efectivo como el antidepresivo tricíclico imipramina para las depresiones moderadas, y tan efectivo como la sertralina (Zoloft) para las depresiones graves.

Hay opiniones médicas contradictorias respecto a esta hierba; Hale (2002) se muestra preocupado por su uso en embarazadas y madres lactantes, pero por otro lado *The Complete German Commission E Monographs: Therapeutic Guide to Herbal Medicines* (Comisión E Ministerio de Salud Alemán) la cita como segura para embarazadas y madres lactantes.

“Estimulación magnética transcraneana”

Es una técnica de tratamiento de desórdenes neuro-psiquiátricos que estimula en forma focalizada regiones de la corteza cerebral, y permite la activación de las funciones cerebrales, de manera indolora.

Dos de sus características más destacables, que la diferencian de la estimulación eléctrica transcraneana (electroshock), es que no se difunde por la corteza desencadenando crisis comiciales, ni estimula terminaciones nerviosas sensitivas.

En los últimos años se publicaron artículos en revistas científicas, y en las reuniones internacionales se habla de las últimas investigaciones sobre esta intervención neurobiológica, incluso hay estudios controlados que muestran su eficacia clínica, y su papel como tratamiento antidepresivo.

Pascual-Leone y col. (1996) publicaron el primer estudio randomizado doble-ciego controlado con grupo placebo, en pacientes con depresión.

No está indicada para todos los casos de depresión. Actualmente, por ser una metodología todavía muy nueva sólo se está utilizando para los casos más severos y resistentes, que no responden a las terapias convencionales y debe ser indicada por especialistas.

Ejercicio físico

Tanto el ejercicio aeróbico como el de fuerza impulsa los niveles de serotonina y dopamina.

Alimentación. Cambios en la dieta

El cerebro necesita carbohidratos para producir serotonina.

Los carbohidratos complejos, así como ciertos componentes de los alimentos, como el folato (ácido fólico), magnesio, niacina, ácidos grasos omega-3, el selenio y el triptófano crean cambios químicos en el cerebro pudiendo disminuir los síntomas de la depresión.

Se recomiendan 45 gramos de carbohidratos libres de grasas y proteínas por día.

Hospitalización

Existe una importante experiencia y tradición de hacer ingresos conjuntos madre-hijo en todos los países en la órbita de Inglaterra y la Commonwealth, aunque también hay experiencias en EE.UU., Europa e Israel.

Se ha verificado que, cuando madre e hijo están juntos durante el tratamiento, el tiempo de recuperación y la incidencia de recaídas disminuyen significativamente (Waletzky, 1981).

La mayoría de las depresiones no requieren el ingreso hospitalario y se pueden tratar de modo ambulatorio.

Ejercicio de Integración y Cierre



A Responda las siguientes consignas:

1. Defina depresión puerperal (DPP).

.....
.....

2. Enumere tres consecuencias que la DPP tiene sobre el amamantamiento.

.....
.....
.....

3. Describa en pocas palabras cómo debería colaborar el padre en esta etapa de la mujer. De consejos prácticos, desde su rol de pediatra, acerca del rol del padre.

.....
.....
.....

B Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

Proposición	V	F
1. El insomnio es un marcador del trastorno depresivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Entre el 50 y el 70% de las mujeres presentan tristeza posparto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La depresión puerperal mayor aparece durante la primera semana de nacido el niño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En el desarrollo de la DPP mayor la edad de la madre es un factor influyente: es más frecuente antes de los 20 y después de los 30 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Una de las causas de DPP mayor puede ser el mal trato a los que algunas mujeres son sometidas por miembros del equipo de salud durante su estancia en el hospital antes de que nazca el bebé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es muy frecuente que, si no se resuelve una depresión mayor se llegue progresivamente al estado de psicosis puerperal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En la mayoría de los casos de psicosis hay un trastorno afectivo previo de base donde lo genético cumple un factor importante y se ve desencadenado por el puerperio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C Marque su respuesta

1. Identifique cuál de los siguientes enunciados relacionados con la lactancia en los estados de depresión es **Incorrecto**.

- a) La lactancia materna puede atenuar algunos de los efectos negativos psicológicos y fisiológicos que experimentan los hijos de madres deprimidas.
- b) Las hormonas presentes durante del amamantamiento tienen un efecto tranquilizador y relajante que reducen la ansiedad y pueden ayudar a la madre a estar más calma y tolerar la monotonía.
- c) El apoyo para continuar con la lactancia debe considerarse como elemento significativo de la terapia en la tristeza posparto no así en la depresión puerperal mayor.
- d) La lactancia como actividad fisiológica no contribuye a la depresión.

2. Identifique cuál de los siguientes enunciados relacionados con el tratamiento es **Incorrecto**.

- a) La mayoría de las depresiones no requieren el ingreso hospitalario y se pueden tratar de modo ambulatorio.
- b) Se ha verificado que, cuando madre e hijo están juntos durante el tratamiento, el tiempo de recuperación y la incidencia de recaídas disminuyen significativamente.
- c) Los carbohidratos complejos, así como ciertos componentes de los alimentos, como el folato (ácido fólico), magnesio, niacina, ácidos grasos omega-3, el selenio y el triptófano crean cambios químicos en el cerebro pudiendo disminuir los síntomas de la depresión.
- d) La estimulación magnética transcraneana permite la activación de las funciones cerebrales estimulando terminaciones nerviosas sensitivas.

D Analice y resuelva la siguiente situación clínica

1. Usted recibe a *José y Amalia*; ella está embarazada de 8 meses y llegan a su consultorio ya que el obstetra les aconsejó hacer una entrevista con el pediatra.

Después de una charla informal y distendida acerca de los miedos que la pareja tiene ante el nacimiento de su primer hijo Ud. decide brindarle información que será de utilidad para las primeras semanas posteriores al parto.

Explique brevemente qué les diría

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Compare sus respuestas con las que figuran en la Clave de Respuestas.



Conclusión

Todas las mujeres con riesgo de depresión puerperal necesitan ser estimuladas para continuar con la lactancia natural; acompañarlas durante ese tiempo de vulnerabilidad y proporcionarles el sostén social, afectivo, psicológico y psiquiátrico necesario para comenzar y mantener una buena lactancia, ante la oportunidad que esta le ofrece hacia una mayor seguridad materna.

De este modo, se las puede ayudar a ser las madres más afectivas que pueden llegar a ser.

El pediatra que asiste al bebé durante el 1^{er} mes, puede aprovechar la oportunidad para sospechar o intentar detectar en la madre signos o conductas de depresión puerperal.

Un apoyo adecuado o una interconsulta pueden contribuir a una familia más saludable y prevenir daños futuros en la psiquis del bebé.

– Tabla Nº 2 –

Riesgos a considerar para decidir el uso de medicamentos antidepresivos durante la lactancia

Riesgos potenciales de la depresión materna	Riesgos potenciales de la alimentación con fórmula	Riesgos potenciales para el niño ante el traspaso de antidepresivos por la leche materna
<p>Afecta al desarrollo cognitivo y disminuye el coeficiente intelectual infantil.</p> <p>Perjudica el apego materno infantil.</p> <p>Perjudica el desarrollo emocional del menor.</p> <p>Con la depresión severa, riesgo potencial de daño a sí misma, suicidio, abuso infantil o infanticidio.</p> <p>Posibles efectos adversos en los niños mayores de la familia.</p>	<p>Menor coeficiente intelectual y desarrollo cognitivo más lento en comparación con los niños amamantados; posible relación con la deficiencia de ácidos grasos esenciales y otras deficiencias.</p> <p>Pérdida de la protección inmune, vía anticuerpos de la leche materna.</p> <p>Aumento de la tasa de niños con infecciones del tracto digestivo y urinario, otitis media, eczema, alergias.</p> <p>Aumento en la infancia y en la edad adulta de la incidencia de diabetes, obesidad, enfermedad atópica y enfermedades autoinmunes.</p> <p>La madre tiene mayor dificultad en recuperar el peso pregestacional.</p> <p>Aumenta el riesgo de menor espacio entre los embarazos.</p> <p>Mayor riesgo para la madre de cáncer de mama y de ovarios premenopausia.</p> <p>Se pierden los beneficios de la lactancia materna; se perjudica el presupuesto familiar.</p>	<p>Efectos adversos a corto plazo (cólico, irritabilidad, sedación) con ciertos antidepresivos (Citalopram, Fluoxetina, Doxepina).</p> <p>Déficit leve de crecimiento con Fluoxetina (demostrado también en niños con exposición prenatal).</p> <p>Se desconoce el efecto potencial sobre el desarrollo neuroconductual del niño a largo plazo.</p> <p>Se desconoce su potencial para provocar cambios en la incidencia de desórdenes afectivos durante la vida del niño.</p>

Fuente: Weissman A.M. M.D. *Postpartum Depression: Antidepressants and breastfeeding can go together.* University of Iowa Hospitals and Clinics, 2001

Lecturas Recomendadas

1. Kendall-Tackett K. Postpartum Depression and the Breastfeeding Mother: Part I: Causes and Consequences and Part II: Treatment Options for Breastfeeding Mothers. La Leche League International. Independent Study. IBCLC Module 5 Release Date: August 1, 2003. Expiration Date: July 31, 2008.
2. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. 8ª Edición. Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer, 1992.
3. Aaron Jones N. The Protective Effects of Breastfeeding for Infants of Depressed Mothers. Breastfeeding Abstracts May 2005;(24)3:19-20.
4. Dunnewold A, Crenshaw J. Allattamento Materno e Depressione Post-Partum: Esiste un Legame?, tratto da "Breastfeeding abstracts". Pubblicato in "L'allattamento moderno" Maggio 1996; 15 (4) n. 20 LLLI.
5. American Academy of Pediatrics. Work group on breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics February 2005;115 (2):496-506.

Bibliografía consultada por la autora

- Jones NA, McFall BA, Diego MA. Patterns of brain electrical activity in infants of depressed mothers who breastfeed and bottle feed: The mediating role of infant temperament. Biological Psychology 2004; 67:103-24.
- Kendall-Tackett K. Postpartum Depresión and the Breastfeeding Mother: Causes and Consequences. IBCLC August 1, 2003.
- Strouse TB, Szuba MP, Baxter LR Jr. Response to sleep deprivation in three women with postpartum psychosis. J Clin Psychiatry 1992; 53:204-6.
- Postpartum Disorders. The Harvard Medical School Mental Health Letter, May 1989.
- Jones I, Middle F, McCandless F, Coyle N, Robertson E, Brockington I, Lendon C, Craddock N. Molecular genetic studies of bipolar disorder and puerperal psychosis at two polymorphisms in the estrogen receptor Ipha gene (ESR 1). Am J Med Genet 2000; 96:850-3.
- Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. N Engl J Med 2002, July 18; 347(3):194-199.
- Pascual-Leone A, Rubio B, Pallardo F, Catala MD. Rapid-rate transcranial magnetic stimulation of left dorsolateral prefrontal cortex in drug-resistant depression. Lancet 1996 Jul 27;348 (9022):233-7.
- Aguilar Cordero MJ, Tesone M. Depresión Puerperal y Lactancia Materna. Editorial Elsevier 2004. Capítulo 20: 260-278.

Clave de respuestas



Ejercicio de Integración y Cierre

A Responda las siguientes consignas:

1. La depresión puerperal (DPP) es un desajuste emocional que se presenta en el puerperio a consecuencia de cambios fisiológicos y psicológicos, relacionados con alteraciones hormonales y emocionales, sensación de pérdida después del parto, fatiga, sobrecarga de estímulos, malestar, y privación de estímulos afectivos.
2. Consecuencias que la DPP tiene sobre el amamantamiento: disminución de la responsabilidad maternal lo que puede llevar a un destete prematuro porque las madres tienden a evitar lo relacionado con el cuidado del bebé.
Exageración de las situaciones normales que ocurren en el primer mes del bebé (temores sobre aspectos del crecimiento y la alimentación).
Falta de persistencia ante las dificultades (lo cual las puede llevar a introducir un complemento de leche al bebé aun cuando no sea necesario).
Disminución de la capacidad de leer las señales del bebé.
3. Rol del padre.
En nuestro país, no existe legislación que permita al padre hacer uso de licencia por nacimiento de un hijo, sin embargo, cuando los padres regresan de trabajar y están en la casa, pueden colaborar con la situación, muchas veces complicada, de tener un recién nacido. La madre no sabe muy bien cómo hacerlo y el padre tampoco. El pediatra puede ayudar en esta construcción aunque más no sea brindando información sobre cuáles son las cosas que ayudarían a disfrutar esta etapa.
Está demostrado que la participación activa en los cuidados del niño disminuye el impacto de la depresión materna sobre el lactante. Consejo: estar con el recién nacido, hacerlo dormir, pasearlo, cantarle, entretenerlo mientras la madre descansa o se baña, etc. El ser capaz de hacerse cargo de tareas relacionadas con el recién nacido da confianza a la madre y permite, aunque sea mentalmente, descansar ya que hay otro que la puede reemplazar en algunas cuestiones.
El acompañamiento emocional del hombre es un factor moderador del estrés en la madre. El acompañamiento debe ser también de orden práctico, ocuparse de tareas relacionadas con la casa, los otros hijos y el bebé. La colaboración en la organización de la casa disminuye los sentimientos de desborde y desorganización de la madre. Consejo práctico: hacer las compras, llevar a los otros niños a la escuela, pagar las cuentas, cocinar, concurrir a los controles del bebé, acompañar a la mujer a su médico, etc.
Brindar tranquilidad y apoyo a la lactancia es una manera de disminuir el riesgo de un destete prematuro y una forma de mantener la lactancia que, además de imprescindible para el bebé, ayuda a la madre tanto física como psicológicamente. Consejo: procurar

un ambiente tranquilo para el momento de la lactancia: llevarse a los otros niños si los hubiera, tratar de no discutir o pelear, atender el teléfono, valorar esta acción de la madre como la más importante, etc.

B Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. Verdadero.
2. Verdadero.
3. Falso. Aparece entre las tres semanas a seis meses después del nacimiento.
4. Verdadero.
5. Verdadero. En el momento del parto la mujer tiene una sensibilidad y vulnerabilidad especial, no siempre este estado es tenido en cuenta por parte de los miembros del equipo de salud.
6. Falso. La psicosis puerperal aparece de manera brusca generalmente entre el 6° y 9° día después del parto.
7. Verdadero.

C Marque su respuesta

1. c)
2. d)

D Analice y resuelva la siguiente situación clínica

Enfatizar en los beneficios de la lactancia materna sobre el niño y la madre. Incluir al padre como partícipe necesario para el éxito de la lactancia.

Comentar la posibilidad de cambios en el estado de ánimo de la madre, describir los sentimientos que puede experimentar. Anticipar situaciones normales aunque novedosas puede ayudar a tranquilizar y dar confianza a la mujer en su rol de madre.

Describir la rutina de un niño recién nacido y comentar las principales características y necesidades.

Indagar y ampliar la red de apoyo de la pareja. Explicitar claramente que la madre va a necesitar ayuda "extra" para poder ocuparse bien del recién nacido. En este sentido, dar importancia a que la madre pueda pedir o recibir ayuda de su familia o su entorno social aparte del padre es una muy buena orientación que el pediatra puede hacer a la nueva familia.

En Japón, por ejemplo, no existe una palabra para describir la depresión posparto ya que allí las mujeres no la sufren; esto lo explican porque cuando nace un bebé la madre recibe ayuda de toda su familia que se pone a su disposición para hacer TODO el trabajo de la casa, excepto amamantar al bebé.



Felicitaciones!!!
Siga adelante... siempre queda algo por aprender.

Anexo 1

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LA FATIGA POSTPARTO

(POSTPARTUM FATIGUE ASSESSMENT FORM)

from: Gardner DL & Campbell B. Assessing postpartum fatigue. MCN 1991;16:264-266.

FACTORES NORMALES

1. Trabajo de parto de más de 30 horas.
2. Trabajo de parto o parto difícil o muy exigido.
3. Percepción de mucho dolor.

FACTORES FISIOPATOLÓGICOS

1. Hemoglobina inferior a 10g/dl el segundo día.
2. Hemorragia post-parto documentada.
3. Enfermedad secundaria (por ejemplo: diabetes mellitus, eclampsia).
4. Episiotomía o desgarro.
5. Cesárea.
6. Alteración en el confort.
7. Alteraciones en la morbilidad .
- 8 Falta de cuidado personal.
- 9 Evidencia de que toma drogas.

FACTORES PSICOLÓGICOS

1. Percepción de gran fatiga.
2. Dificultades con el sueño.
3. Pareja poco contenedora.
4. Recién nacido enfermo/internado en la terapia neonatal.
5. Bebé nacido con una anomalía.
6. Expresiones de ansiedad.
7. Historia de depresión.

FACTORES AMBIENTALES

1. Otros niños pequeños en casa.
2. Ninguna ayuda para el cuidado de los hijos.
3. Planea volver a trabajar.
4. Carece de ayuda doméstica.

5. Dificultad para conseguir una baby-sitter.
6. Alteración del sueño y privaciones que resultan de cuidar al recién nacido.
7. Tensiones o crisis familiares.
8. La madre formula expectativas no realistas sobre ella y los otros.
9. Ajuste pobre al rol maternal/falta de apego.
10. Madre adolescente.
11. Falta de preparación u orientación prenatal; falta de conocimientos.

El presente es un formulario de evaluación de riesgo. Los autores recomiendan conversar con las madres primerizas sobre cómo limitar los compromisos sociales, cómo encarar incomodidades de tipo físico y así como la demanda de cuidado del bebé, cómo hallar fuentes de apoyo social, cuidado infantil y doméstico. Otras estrategias posibles son recomendar a la madre seguir el ritmo del recién nacido y dormir cuando él duerme.



Anexo 2

Nota de la Dirección: La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo es un test que no suele tomar más de 5 minutos, tiene un 100% de sensibilidad y 95,5 %% de especificidad. Está publicado en Currie M.L., Rademacher R. The pediatrician's role in recognizing and intervening in postpartum depression. *Pediatr Clin N Am* 2004;51:785-801.

Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo ha sido publicada por: *Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Campos M. Actas Españolas de Psiquiatría* 2002;30:106-111 (Ref. 03-04).

ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDINBURGO

Instructivo

1. La madre debe responder subrayando la respuesta que más se parece a lo que ha sentido los últimos 7 días.
2. Deben ser contestados todos los ítems.
3. Se debe evitar la posibilidad de que la madre pueda discutir sus respuestas con otra.
4. La madre debe completar ella misma la escala salvo que tenga dificultades con el idioma o la lectura.
5. Este test puede ser utilizado en el control a las 6-8 semanas posnatal. Durante el control clínico del niño, el control posnatal o una visita domiciliaria es buena oportunidad para completarlo.

Como Ud. recientemente ha tenido un bebé, nos gustaría saber cómo se siente. Por favor subraye la respuesta que más se acerca a como Ud. se ha sentido en los últimos 7 días, no sólo como se siente hoy.

Este es un ejemplo:

Yo me he sentido feliz:

Sí, todo el tiempo.

Sí, la mayoría del tiempo.

No, pocas veces.

No, nunca.

Esto significa "me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana. Por favor complete el cuestionario en la misma forma.

En los últimos 7 días:

1. Me ha causado risa y he visto el lado divertido de las cosas:
 - Tanto como puedo.
 - No lo suficiente.
 - Definitivamente no mucho.
 - Para nada.

2. Pude disfrutar de las cosas positivas:
 - Tanto como siempre.
 - Menos de lo que usualmente hago.
 - Definitivamente menos.
 - No pude.

- *3. Me he echado innecesariamente la culpa de las cosas que salieron mal:
 - Sí, la mayor parte del tiempo.
 - Sí, algunas veces.
 - No muy seguido.
 - No, nunca.

4. Estuve ansiosa o preocupada sin razón:
 - No, definitivamente.
 - Nunca.
 - Algunas veces.
 - Sí, muy seguido.

- *5. Me sentí asustada o con pánico sin una buena razón:
 - Sí, bastante.
 - Sí, algunas veces.
 - No mucho.
 - No, definitivamente.

- *6. Las cosas me han sobrepasado:
 - Sí, la mayor parte del tiempo.
 - Sí, algunas veces como siempre.
 - No muy seguido.
 - No, pude con las cosas como siempre.

*7. Estuve tan triste que tuve dificultad para dormir:

Sí, la mayor parte del tiempo.

Sí, algunas veces.

No muy seguido.

No, definitivamente .

*8. Me sentí triste o miserable:

Sí, la mayor parte del tiempo.

Sí, bastante seguido.

Ocasionalmente.

No, nunca.

*9. He estado tan poco feliz hasta llorar:

Sí, la mayor parte del tiempo.

Sí, bastante seguido.

Sólo ocasionalmente.

No, nunca.

*10. He pensado que los daños han ocurrido por mí:

Sí, bastante seguido.

Algunas veces.

Fuertemente.

Nunca.

Las respuestas tienen un puntaje de 0, 1, 2 y 3, de menor a mayor, según la severidad del síntoma.

Los ítems marcados con un asterisco tienen el puntaje revertido (es decir, 3, 2, 1 y 0).

El puntaje total se calcula sumando los puntajes de cada uno de los diez ítems.

Un total de 12 o más puntos indicarán la probabilidad de padecer una enfermedad depresiva de severidad variable.

No obstante, la escala EPDS no debe pasar por encima del diagnóstico clínico. Se debe realizar una valoración clínica cuidadosa para confirmar el diagnóstico.

La escala indica cómo se sintió la madre durante la semana precedente, y en casos dudosos puede ser de utilidad repetirlo después de dos semanas.

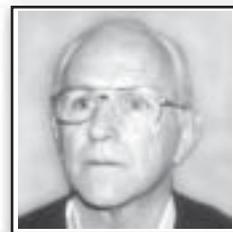
No detecta ansiedad, neurosis, desórdenes de personalidad o fobias de la madre.

Capítulo IV

Dolor de miembros inferiores

05

Dolor de miembros inferiores



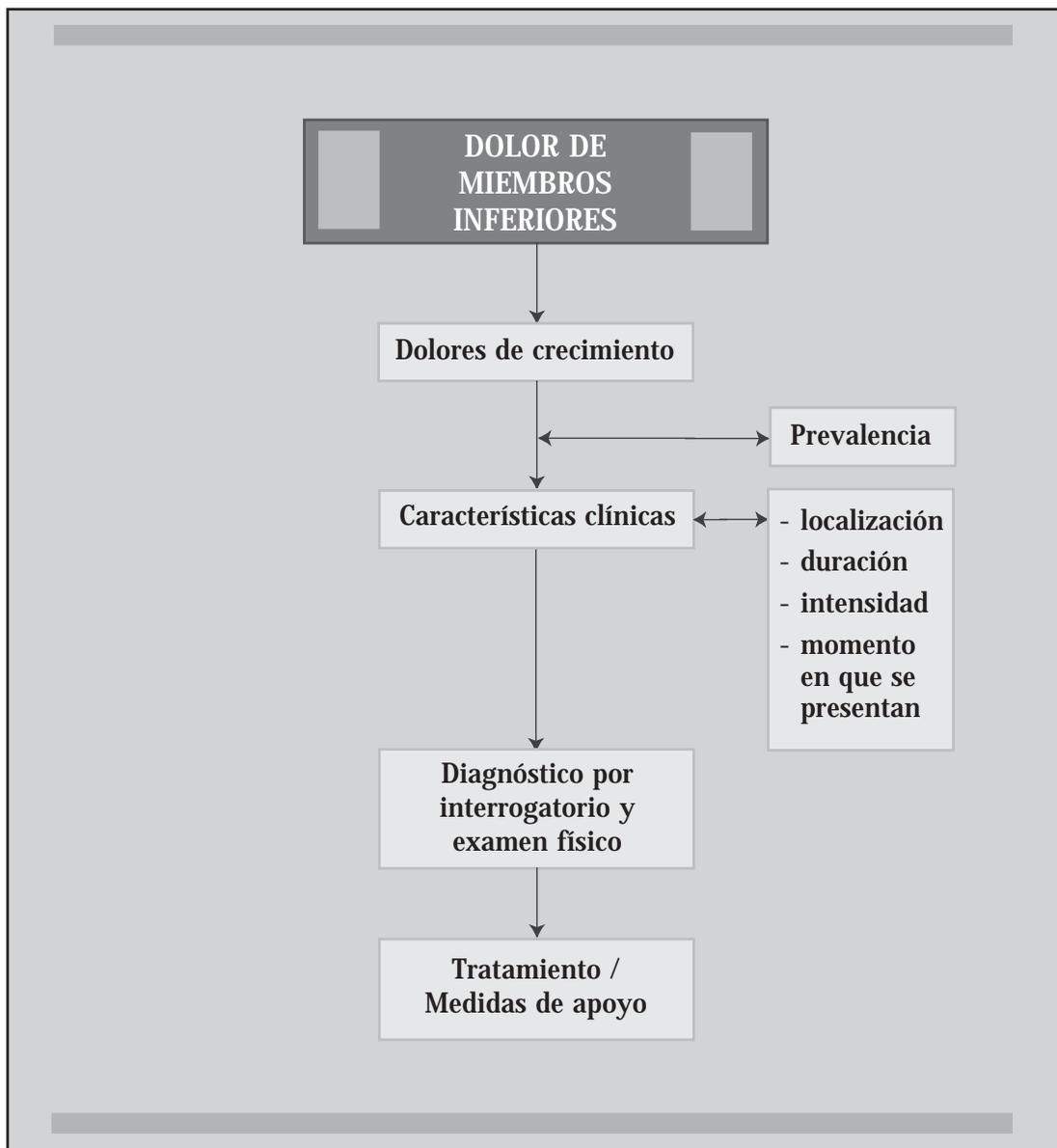
Dr. Alejandro Ferrari

Ex Residente de Clínica Pediátrica-Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", 1968-1972.
Médico Especialista en Pediatría SAP, 1972. Ex Médico Pediatra "Hospital provincial de Neuquén", 1972-2004.

Objetivos

- Definir "dolores de crecimiento".
- Describir las características de los dolores de crecimiento.
- Explicar las diferentes hipótesis teóricas acerca de la patogenia de estos dolores.
- Realizar diagnóstico por "exclusión" a través del interrogatorio y el examen físico completo.
- Identificar las medidas de apoyo que se pueden tomar en el momento en que aparece el dolor.

Esquema de contenidos



Introducción

El dolor de miembros inferiores es un motivo de consulta que se presenta con relativa frecuencia en la práctica del médico pediatra.

El dolor puede depender de numerosas etiologías.

– Tabla 1–

**Dolor en miembros inferiores del niño*.
Listado de patologías para diagnóstico diferencial**

Traumatismo	Fractura Luxación y subluxación Distensión, esguince Tendinitis, fascitis, bursitis Contusión y hemorragia de tejidos blandos Periostitis traumática Sinovitis o hemartrosis traumática Niño maltratado
Infección	Bacteriana: Osteítis Osteomielitis Artritis séptica Absceso de tejidos blandos Celulitis y linfadenitis Artralgia/mialgia asociada a infección por estreptococo Miositis piógena Espondilodiscitis Histoplasmosis y otras micosis Enfermedad de Kawasaki Enfermedad de Lyme Sífilis (periostitis) Triquinosis Tuberculosis Brucelosis Viral: Mialgia/artralgia Miositis Sinovitis
Necrosis avascular ósea	Epífisis capital femoral (Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes) Apofisitis del tubérculo tibial (Enfermedad de Osgood-Schlatter) Apofisitis calcánea (Osteocondrosis de Sever) Navicular tarsal (Enfermedad de Cöler) Osteocondritis disecante
Vascular	Hemangioma, linfangioma Hemofilia Circulación periférica deficiente Trombosis venosa Porfiria

Dolor de miembros inferiores

<p>Congénita</p>	<p>Luxación, subluxación o displasia de la cadera Menisco discoide Coalescencia tarsal Laxitud generalizada de los ligamentos con articulaciones hipermovibles (Síndrome de hipermovilidad) Enfermedad de Caffey Mucopolisacaridosis Mucopolipidosis Talasemia/anemia de células falciformes</p>
<p>Desarrollo</p>	<p>Neuropatía periférica Sinovitis pasajera de cadera y rodilla Epifisiolisis de cabeza femoral Deformidades del miembro Hiperostosis cortical infantil (Enfermedad de Caffey) Factores psicológicos</p>
<p>Tumores</p>	<p>Benignos Osteoma osteoide Displasia fibrosa Quiste óseo aneurismal Histiositosis X Osteocondroma</p> <p>Malignos Sarcoma osteógeno Sarcoma de Ewing Sarcoma de tejidos blandos Leucemia. Linfoma Neuroblastoma Rabdomiosarcoma Fibrosarcoma Sarcoma de células sinoviales Tumores de médula espinal</p>
<p>Origen alérgico / Enfermedades del colágeno</p>	<p>Artritis reumatoide Fiebre reumática Dermatomiositis Esclerodermia Enfermedad mixta del tejido conectivo Púrpura de Schonlein Henoch Enfermedad del suero Lupus eritematoso sistémico Poliarteritis nodosa</p>
<p>Origen endocrino</p>	<p>Hiperparatiroidismo Hipotoroidismo</p>
<p>Origen nutricional</p>	<p>Raquitismo (vitamina D) Escorbuto (vitamina C) Hipervitaminosis A Hiperadrenocorticalismo</p>

Otras enfermedades sistémicas	Enfermedad de Wilson
Dolores crónicos inespecíficos	Dolores de crecimiento Síndrome de hiper movilidad benigna Fibromialgia Distrofia simpática refleja Dolor psicogénico Eritromelalgia

* Modificado de Peterson. *Growing Pains. Pediatric Clin North Am* 1986 Dec. 33(6):1365-72.

Realizando una historia clínica y un examen físico cuidadosos, así como análisis de laboratorio y estudios radiológicos pertinentes es posible identificar adecuadamente estas patologías.

Nos referiremos específicamente a los llamados: **“dolores de crecimiento”**.

¿Qué son los llamados dolores de crecimiento?

Este término fue descrito por el médico francés Marcel Duchamp, quien publicó un estudio sobre “Enfermedades del Crecimiento” en el año 1823.

Luego, los estudios de Hawksley, en Inglaterra en el año 1930, diferenciaron estos dolores de las manifestaciones del reumatismo. Naish y Apley describieron esta entidad en sus exámenes de niños escolares británicos en el año 1951. En la década del 60, tanto Brenning, de Suecia, como Oster, de Dinamarca, también realizaron estudios y publicaciones referentes a este tema.

Si bien la terminología “dolores de crecimiento” es discutida, pues es probable que estos dolores no tengan relación con el crecimiento, sí ocurren mientras el niño está creciendo y desaparecen cuando éste termina su crecimiento, por lo que se propone en la literatura mantener esta denominación.

Características

Dolores en los miembros inferiores de niños sanos que se presentan al **final del día**, o en las primeras horas del sueño despertándolo, a veces relacionados con mayor actividad física.

Los dolores son profundos, no bien definidos, en áreas extra articulares, bilaterales, simétricos y suelen cambiar de lugar. Su **intensidad** es variable, desde moderados que ceden cuando los padres realizan masajes suaves sobre la zona, hasta dolores más intensos que requieren la medicación de una dosis de paracetamol o ibuprofeno.

La **duración** es corta, desapareciendo en 10 a 30 minutos. Raramente son más prolongados.

Al examen no presentan eritema, tumefacción ni alteración en la motilidad articular.

El niño vuelve a dormir y a la mañana siguiente no tiene dolor. Juega, salta y puede realizar sus actividades normalmente.

Los dolores de crecimiento son generalmente intermitentes, alternando su presencia con intervalos sin dolor que pueden variar entre días o semanas. Desaparecen y pueden aparecer nuevamente meses más tarde.

Los dolores de crecimiento
no interfieren
ni en el crecimiento
ni en el desarrollo.

Prevalencia

La prevalencia publicada respecto a los “dolores de Crecimiento” varía mucho entre los distintos autores. Estas diferencias se relacionan con los criterios utilizados para la selección de los casos y las edades de los niños estudiados.

Oster J y colab.¹ en una investigación clínica en niños escolares de Dinamarca encuentra una prevalencia del 15%.

Estudios más recientes de Evans A y col.² en Adelaida, Australia, quienes realizaron una encuesta entre los padres de niños de 4 a 6 años, encontraron una prevalencia del 36%. Las edades en que ocurren estos dolores son entre los 3 y los 12 años, con una mayor incidencia entre los 3 y los 5 años.

Se describen familias con mayor prevalencia de padecer estos dolores.

Patogenia

Se desconoce la patogenia de los “dolores de Crecimiento”, y no es probable que un proceso tan gradual como el crecimiento cause dolores de carácter tan intermitente.

Se han elaborado diversas teorías para explicarlos:

a) Se deberían a fatiga muscular de las piernas luego de ejercicios intensos.

No todos los niños que realizan ejercicios en forma intensa los presentan, y otros que no lo hacen, sí.

b) Se trataría de una respuesta de tipo emocional.

Existen estudios, como los de Jacob Oster,³ quien al comparar la ocurrencia de dolores abdominales recurrentes, cefaleas y dolores de crecimiento, sugiere que estos dolores pueden agruparse como expresión de un patrón reactivo que se asocia comúnmente con disturbios emocionales.

Lo mismo opinan algunos ortopedistas sugiriendo que: “Estas manifestaciones con gran carga emotiva y de muy difícil comprobación no fuesen más que una necesidad de afecto de parte de sus progenitores”.⁴

c) Que los dolores estarían relacionados con factores anatómicos.

Angela Evans,⁵ en la Universidad del Sud de Australia está llevando a cabo estudios comparando niños con y sin dolores de crecimiento para ver si presentan diferencias anatómicas posturales de los pies. Estudios preliminares sugieren que podría haber una asociación entre la postura de los pies y los dolores de miembros inferiores.

d) ¿Crecemos mientras dormimos?

Recientes estudios de Norman Wilsman⁶ y colaboradores, quienes colocaron sensores en los huesos de las patas de ovejas, descubrieron que el crecimiento óseo ocurría en un 90% mientras los animales dormían o estaban recostados. Ellos comentan que esto podría también ocurrir en los niños mientras duermen, avalando el concepto de crecimiento nocturno, y eventualmente podría estar relacionado con los dolores de crecimiento.

Diagnóstico

Debe disponer del tiempo necesario para recabar por **interrogatorio** todos los antecedentes sobre el tipo de dolor, localización, intensidad, horario en que se presenta. Si ha padecido con anterioridad, si ha presentado fiebre, si deja secuelas.

Ante una consulta por dolor de miembros inferiores el pediatra debe realizar una entrevista minuciosa.

Qué hacen los padres cuando el dolor se presenta y qué sucede con posterioridad al mismo. Cómo es el estado general del niño, si se alimenta en forma correcta, si aparte del dolor tiene alguna otra manifestación y si continúa con sus juegos y vida normalmente.

Si está pasando por algún cambio o conflicto, tanto en su vida familiar como en sus actividades.

Recuer de:

Dolores de crecimiento:

- dolor en miembros inferiores de niños sanos;
- dolores profundos principalmente en muslos o pantorrillas, no bien definidos;
- dolor no localizado en articulaciones;
- dolores de corta duración;
- intensidad variable, a veces muy dolorosos;
- se presentan al final del día o en las primeras horas del sueño despertando al niño;
- mejoran con la aplicación de calor, masajes, requiriendo a veces medicación como una dosis de ibuprofeno o paracetamol.

El pediatra debe llevar a cabo un detallado y completo **examen físico** incluyendo inspección, palpación, auscultación, motilidad articular, observación de la marcha y registro de la temperatura corporal.

Si después de todo esto, puede descartar patología orgánica, inflamatoria, infecciosa, traumática, metabólica, tumoral, vascular, hematológica, ortopédica, y las características de los dolores son las que describimos con anterioridad, puede llegarse al diagnóstico de "Dolores de Crecimiento". Diagnóstico al que se llega, como vemos, **por exclusión**, no siendo necesario en este caso la realización de exámenes de laboratorio, radiografías u otros estudios.

Se debe tranquilizar a los padres sobre la naturaleza benigna de estos episodios, que no afectarán el crecimiento ni el desarrollo del niño. Prevenirlos sobre la intermitencia de los mismos.

El **síndrome de las piernas inquietas**, es un trastorno del sueño caracterizado por incomodidad de las piernas durante el sueño y necesidad imperiosa de moverlas cuando se está en reposo. Sólo se alivia moviéndolas con frecuencia.

Lógicamente la consecuencia inmediata es la dificultad para conciliar el sueño. Se confunde con los dolores de crecimiento. Puede asociarse con otros cuadros clínicos, especialmente el síndrome de déficit de atención e hiperactividad.

- Dificultad para dormir.
- Movimientos persistentes de las piernas durante el sueño.
- Urgencia irresistible de mover las piernas.
- Sensación anormal en las piernas (ocasionalmente en los pies, muslos y brazos):
 - o sensaciones de molestia que se alivian con el movimiento de las piernas;
 - o se puede presentar durante el día;
 - o empeora cuando está acostado.

Tratamiento

Con los conocimientos actuales no existe un tratamiento específico.

Sí, se pueden realizar **medidas de apoyo** en el momento del dolor, como masajes suaves y calor, y si fuera muy intenso y se prolongara, se puede administrar una dosis de paracetamol o ibuprofeno.

Cuando los dolores se presentan con asiduidad se postula la realización de ejercicios de estiramiento. El método consiste en elongar los muslos y las piernas dos veces por alrededor de 20 a 30 segundos cada vez al final del día.

Ejercicio de Integración y Cierre



A Responda el cuestionario

1. Defina "dolores de crecimiento":

.....

2. Explique brevemente el tratamiento a indicar frente a dolores de crecimiento:

.....

B Marque su respuesta

1. Las siguientes, excepto una, son características de los dolores de crecimiento. Identifique la **excepción**.

- a) Suelen ser de duración corta desapareciendo en 10 a 30 minutos.
- b) Se presentan al final del día o en las primeras horas de la noche.
- c) Son dolores localizados en las articulaciones de los miembros inferiores.
- d) Son bilaterales.

C Marque V (Verdadero) o F (Falso) según corresponda en los siguientes enunciados:

Proposición	V	F
1. Se trata de dolores profundos principalmente en muslos o pantorrillas de intensidad variable, a veces muy dolorosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es necesario indicar paracetamol o ibuprofeno antes de acostarse para permitir que el niño descanse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aunque son generalmente nocturnos, pueden aparecer durante la mañana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El diagnóstico se realiza con el interrogatorio y el examen físico; frente a este cuadro, no es necesario realizar estudios complementarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Algunos estudios sugieren que podría haber una asociación entre postura de los pies y dolores de miembros inferiores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En algunos casos están relacionados con ejercicios intensos que provocan fatiga muscular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Compare sus respuestas con las que figuran en la Clave de Respuestas.

Conclusiones

Los “dolores de crecimiento” son motivo de consulta con relativa frecuencia en la práctica pediátrica.

Debe realizarse una entrevista minuciosa, disponiendo del tiempo necesario para realizar, tanto un interrogatorio como un examen físico completo, que permitan descartar causa orgánica de los mismos.

Tranquilizar a los padres, manifestando que se trata de cuadros de naturaleza benigna, que no afectarán el crecimiento y el desarrollo del niño.

Prevenirlos sobre la intermitencia de los mismos.

Lecturas recomendadas

1. Oster J, Nielsen A. Growing Pains. A clinical investigation of a school population. *Acta Paediatr Scand* 1972; 61:329.
2. Evans A. Prevalence of “Growing Pains” in young children. *J Pediatrics* 2004; 145(2):255-8.
3. Oster J. Recurrent abdominal pain, headache and limb pains in children and adolescents pediatrics. 1972; 50(3):429-36.
4. Rebollo D. Manifestaciones ortopédicas frecuentes en el consultorio pediátrico. Capítulo VIII.
5. Evans A. Relationship between growing pains and foot posture in children. *J Am Pediatr Med Assoc* 2003; 93(2):11-7.
6. Wilsman N. Growing pains are they due to increased growth recumbency as documented in a lamb model? *J Pediatric Orthopedics* 2004; 24(6):726-731.

Clave de respuestas



Ejercicio de Integración y Cierre

A Responda el cuestionario:

1. Dolores en los miembros inferiores de niños sanos que se presentan al **final del día**, o en las primeras horas del sueño despertándolo, a veces relacionados con mayor actividad física.
2. Con los conocimientos actuales no existe un tratamiento específico.
Sí, se pueden realizar medidas de apoyo en el momento del dolor, como masajes suaves y calor, y si fuera muy intenso y se prolongara, se puede administrar una dosis de paracetamol o ibuprofeno.

B Marque su respuesta:

1. c)

C Marque V (Verdadero) o F (Falso) según corresponda en los siguientes enunciados:

1. Verdadero.
2. Falso: Es necesario indicar siempre medidas de apoyo, los analgésicos quedarían reservados frente a aquellos niños que presentaran dolores muy intensos y prolongados.
3. Falso. Desaparecen a la mañana.
4. Verdadero.
5. Verdadero.
6. Verdadero.

TESTIMONIOS

“Los comunitarios”

Trabajo como pediatra efectora en el centro de salud 20 de Mayo; el mismo está situado en la periferia de la ciudad de La Rioja, quizás una de las zonas más pobres y críticas de la misma. El área está dividida por la presencia de un río seco llamado Tajamar, alrededor del cual hay viviendas precarias, en zonas desmoronables. En esta área operativa tenemos un importante número de desnutridos. Con mi equipo de salud, compuesto por médicos, agentes sanitarios, enfermeras, mucamas y administrativas, coordinados por un médico coordinador, decidimos estudiarlos y analizar por qué, independientemente de la causa orgánica de desnutrición, la misma se perpetuaba a pesar del adecuado tratamiento.

Encontramos que de los 212 niños desnutridos estudiados entre 0 y 14 años adecuadamente percentilados, el mayor porcentaje vive en condiciones críticas y un 32% del total de niños captados viven hacinados.

El 86% pertenecen a familias con ingresos económicos inestables, 40% son indigentes y el 80% no tienen obra social.

Más de la mitad de los niños habitan en viviendas con mala disposición de excretas.

El 52% pertenecen a familias numerosas. Se observó el nivel de alfabetización de los padres; al menos uno de los tutores presentaba cierto grado de instrucción, aunque en su mayoría es sólo con primaria; solamente el 11% del total de niños

captados tienen tutores con secundario completo y en el 13% son analfabetos.

El 78% de los niños nacieron con peso adecuado a su edad gestacional.

A todas estas familias se les hizo educación alimentaria, apoyo nutricional, tratamiento empírico para parasitosis, prevención de anemias, apoyo con poli vitamínicos y estamos interactuando desde el CAPS, con desarrollo social, maternidad e infancia, las escuelas, comedores, el centro vecinal, la capilla, el programa de mejoramiento de barrios, y se observó, que del total de los desnutridos captados tenemos el 28% de recuperados. Los desnutridos de segundo grado se van recuperando, 45 de ellos ya son de primer grado y sólo nos queda un desnutrido de tercer grado producto de una acidosis tubular renal.

Muchas de las familias críticas ya tienen viviendas dignas, a otras se les construyeron núcleos húmedos (baño, lavadero y cocina), gracias a la intervención del programa de mejoramiento de barrios y desarrollo social.

Muchos niños que no estaban escolarizados ahora sí lo están, porque hablamos con las maestras de las dos escuelas del área.

En el CAPS, utilizamos un programa provincial llamado “crecer sanos” que supervisa la salud de los niños en las escuelas y entre otras patologías hemos detectado desnutrición, tomamos el domicilio de cada uno de los niños y con mis compañeras fuimos a buscarlos.

Observamos que los niños desnutridos menores de cuatro años concurrían a control mensualmente* por el beneficio de entregarles la leche, en cambio los niños mayores no asistían con la misma frecuencia, entonces comenzamos a ir a sus casas a buscarlos junto con los agentes sanitarios, les enseñamos a sus padres lo que significa la desnutrición y sus complicaciones; de a poco lo fueron entendiendo y los resultados fueron muy buenos.

En Noviembre de 2004 Maricel González (clínica médica), Susana Quintero (médica generalista) y yo, comenzamos con el post grado de médicos comunitarios donde hacemos atención primaria de la salud y trabajos en terreno. Se observó cómo el incremento de niños captados y recuperados fue notable; nuestra afirmación es que el trabajo en terreno haciendo educación para la salud, educación alimentaria, el adecuado seguimiento con fichero cronológico, la recaptación de los niños desnutridos que no vienen a control, la mejoría de la accesibilidad al CAPS con turnos programados, el no perder la oportunidad de consulta, lleva a obtener los resultados a la vista en la recuperación de niños desnutridos.

La inestabilidad económica, la falta de seguridad social, las viviendas críticas sin agua potable, con mala disposición de excretas, el hacinamiento y pertenecer a familias numerosas y pobres, actúan en detrimento del estado nutricional de los niños independientemente de las causas orgánicas.

Creo que el primer nivel de atención está poco jerarquizado, está en nosotros cambiar eso. Quiero destacar la tarea de los cinco agentes sanitarios, Mercedes, Ada, Daniel, Sergio y Matías, que trabajan junto a nosotros incansablemente, sin la remuneración adecuada, llevando a todas las casas del barrio el mensaje de prevención y protección de la salud, derivando niños para control y detectando situaciones de riesgo. Gracias a todo este esfuerzo, los niños desnutridos de nuestro CAPS tienen las vacunas completas; ellos son el primer eslabón de esta larga cadena en el CAPS 20 De Mayo.

Todas las semanas, tenemos una reunión con todo el equipo de salud para tratar de solucionar los inconvenientes, capacitarnos, analizar nuevos casos problemas y compartirlos con otros organismos.

Como pediatra y mamá, no puedo creer que en este País con tantos recursos se mueran niños de patologías prevenibles como la desnutrición; en todos los niveles se puede hacer algo, sobre todo en atención primaria, pero hay que hacerlo en equipo.

La sumatoria de esfuerzos, de compromisos y de amor por nuestros chicos irremediablemente repercute en su salud; los niños son nuestro futuro, es hora de defenderlos sin esperar recompensas, y verán que aunque algunos de los niñitos no sepan hablar llevarán impresa una sonrisa rodeada de gordos cachetes y con ella un enorme **gracias** para el pediatra, que protege su salud.

Dra. María Julia Gordillo

Médica Pediatra
La Rioja

* Comentario del PRONAP: Oportunidades perdidas: Sería interesante reflexionar cómo los niños menores de 4 años que concurrían mensualmente al control no habían sido protegidos y no se había logrado la prevención primaria.

Indice

Pronap Informa	3
El adolescente varón.....	9
Dr. Gustavo Alfredo Girard	
Alimentación complementaria del niño amamantado	41
¿OPS/OMS?	
Depresión puerperal	97
Lic. Mónica Tesone	
Dolor de miembros inferiores.....	125
Dr. Alejandro Ferrari	
“Los comunitarios”	139
Dra. María Julia Gordillo	

Semana Mundial de la Lactancia Materna 2005

Lactancia Materna y Alimentación Complementaria

Los alimentos familiares: caseros, saludables, ofrecidos con amor



Además de la leche...

La leche materna **es el mejor ali-mento** que pueden recibir los bebés porque contiene todo lo que ellos necesitan. Además, los protege de las enfermedades y es muy rica.

Sin embargo, **a partir de los 6 meses** los chicos necesitan más calorías y nutrientes que los de la leche de mamá. Por eso, es **el momento justo para introducir otros alimentos adecuados, sin dejar la teta.**

Se puede continuar la lactancia hasta los **2 años y más.**

Es necesario que estos alimentos complementarios **sean lo más nutritivos que sea posible.** Por eso las comiditas deben ser espesas.

¿Por dónde empezar?

Comience por darle una vez al día unas cucharaditas de **papillas de sémola, polenta, fécula de maíz o purés de papa sin brotes, batata, mandioca, zapallo, zanahoria.**

Agregue a la papilla 1 cucharadita de leche en polvo **fortificada y 1 cuchararita** de aceite o manteca.

También le puede agregar salsa blanca, ricota, o algún queso crema.

No conviene agregar sal. Los alimentos tienen toda la sal natural que los chicos necesitan y no es bueno acostumbrarlos a los sabores muy salados.

Una semana más adelante agréguele **un trozo de carne sin grasa del tamaño de una cucharada sopera.** Puede ser de vaca; pollo, conejo, cerdo; siempre **bien cocida:** (a la plancha, a la parrilla o hervida) y **bien desmenuzada** (rallada).

Una vez por semana se puede reemplazar la carne por hígado (bien cocido y molido), **o morcilla** (sólo la parte cremosa, sin piel ni partes duras).

Como **bebida**, lo ideal es el agua hervida y enfriada. **También jugos de frutas naturales, colados y diluidos** con un poco de agua. **No es necesario agregar azúcar.**

A los 7 meses

A esta altura se recomienda que los chicos hagan 2 a 3 **comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda o cena).** **Ofrézcale siempre primero el pecho, luego el alimento complementario.**

A lo que ya comía se pueden agregar, de a poco, **papillas de otros vegetales triturados** (pulpa de zapallitos, calabaza) y **fideítos** (chicos y finos).

Yema de huevo dura y pisada agregada a los purés y otras preparaciones.

Papillas de arvejas y lentejas, bien cocidas y pasadas por un colador fino para sacarles la piel.

Postres con leche como flanes, cremas de maicena, arroz con leche, polenta o sémola con leche. Puede usar la leche materna para prepararlas.

Pan ligeramente tostado, **bizcochos secos** (tipo tostadas), **galletitas dulces sin relleno, vainillas.**

Quesos cremosos, tipo fresco o de rallar como condimento en las preparaciones; yogur.

Es muy importante **darles una fruta y una verdura de color amarillo, anaranjado o verde cada día.**



Desde los 9 meses hacia el primer año:

Pueden hacer **3 a 4 comidas al día** (desayuno, almuerzo, merienda, cena y una pequeña comida entre horas, a media mañana o media tarde), **además del pecho, todas las veces que quiera.** **Ofrézcale siempre primero el pecho, y luego el alimento complementario.**

Ya puede comer...

Todas las frutas frescas, bien lavadas y peladas, en trocitos.

Verduras y cereales en preparaciones como budines, con salsa blanca, con ricota, en ensaladas cortadas en trozos chicos.

Pulpa de tomates (sin piel y sin semillas).

Choclo rallado o triturado.

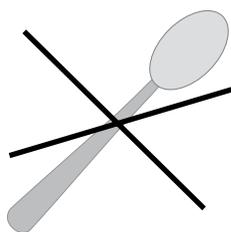
Todos los **pescados** (cuidando muy bien de sacarles las espinas).

Huevo entero, bien cocido y picado, o dentro de budines, tortillas y rellenos (dos o tres veces por semana pueden reemplazar la carne de ese día).

Pastas rellenas y guisos con pocos condimentos.

Los guisos y el puchero con trocitos de carne son nutritivos y económicos. Conviene acompañarlos con una fruta o con un postre de leche.

Idealmente, el niño comerá algo de carne todos los días. Si esto no es posible, al menos 3 veces por semana.



Porque pueden contener elementos que podrían hacerles daño o que ellos todavía no son capaces de digerir bien...

EVITEMOS DARLES A LOS MAS CHIQUITOS:

Fiambres, hamburguesas, salchichas, chorizos.

Salsas muy elaboradas, caldo de cubitos y sopas de sobre.

Comidas muy condimentadas y picantes.

Ningún te de yuyos (tilo, manzanilla, anís, etc.).

Gaseosas, jugos artificiales o hechos con soja.

Productos de copetín: papas fritas de bolsa, chizitos, palitos salados.

Fritos todos los días (se pueden dar frituras hasta dos veces por semana).

Postres que se venden preparados (los caseros siempre tienen menos conservantes).

Miel antes del año (se les puede dar a partir del año de edad).

Algunas sugerencias...

Es bueno que el niño o niña tengan su propio plato desde que comienzan a comer. Así se puede saber cuánto comen cada vez.

Al principio el bebé comerá una vez al día - en el almuerzo o cena-, cuando la mamá pueda estar más tranquila y predispuesta.

Es muy importante que quien alimenta al niño lo mire, le hable y le sonría. Le podemos anunciar la comida con una canción o un gesto.

Es conveniente usar una cucharita pequeña, de bordes lisos y suaves. Cuando empieza a comer con cuchara, el niño suele sacar la lengua y parece que rechaza la comida. No es así... ¡No se desanime! Si le pone el alimento en el centro de la lengua, evitará que lo escupa.

No se preocupe si no come lo que usted espera. Es un proceso de aprendizaje: cada niño tiene su ritmo y debe ser respetado.

Es muy importante no usar la comida como premio o castigo. Los alimentos son necesarios para crecer y será bueno que los chicos lo entiendan así desde el principio.

De a poco el niño reconocerá el momento de la comida como una rutina placentera, en la que puede participar activamente. Ofrézcale una cuchara para que ensaye comer por sí mismo y háblele de lo que le está dando.

Es mejor incorporar los alimentos de uno por vez para probar si el niño los va aceptando y detectar posibles alergias.

Si el niño se enferma, no reduzca ni suspenda su alimentación. Al contrario: mantenga la lactancia materna y ofrézcale comidas simples, más seguidas.

Los 6 meses son el momento justo para que el bebé empiece a comer otros alimentos que necesita, sin dejar la teta.

A partir del año, es bueno que el niño/a comparta la mesa familiar.



Este libro,
con una tirada de 7.100 ejemplares
se terminó de imprimir
en el mes de diciembre de 2005 en



telefax: 4327-1172
ideografica@interlink.com .ar