

Identificación de los conocimientos, actitudes y prácticas en la alimentación de niños con cáncer en dos albergues de Bogotá

Identification of knowledge, attitudes and practices in feeding children with cancer in two shelters in Bogotá

Nelson Aneider Pérez¹, Julieth Pilar Uriza², Adriana Patricia Corredor³, Marcela Bernal⁴, María Fernanda Rodríguez⁵, Devi Puerto⁶, Alexandra Peña⁷, Adriana Chiguasuque⁸, Yuli Paola Rivera⁹, Miguel Mauricio Moreno¹⁰

Resumen

Introducción. En la población con diagnóstico de cáncer, producto de los tratamientos oncológicos específicos y en etapas posteriores a la finalización de estos surgen retos para garantizar una adecuada alimentación. Es así como el identificar los conocimientos, actitudes y prácticas nutricionales de los niños, así como los de sus padres durante la enfermedad y el tratamiento es de gran utilidad para el planteamiento de soluciones a las dificultades en la alimentación que puedan surgir. **Objetivo.** Identificar conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los padres, cuidadores y niños con cáncer en dos hogares de paso ubicados en Bogotá, Colombia. **Metodología.** Para esto se llevaron a cabo grupos de enfoque con profesionales de la salud, padres y niños, en adición, se ajustó y aplicó el cuestionario

1. Universidad ECCL, Bogotá, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2246-9304>

2. Universidad ECCL, Bogotá, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8390-1426>

3. Universidad ECCL, Bogotá, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9839-6151>

4. Universidad ECCL, Bogotá, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8638-7768>

5. Universidad ECCL, Bogotá, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0051-0495>

6. Instituto Nacional de Cancerología (INC), Bogotá, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0460-7769>

7. Instituto Nacional de Cancerología (INC), Bogotá, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3776-5846>

8. Instituto Nacional de Cancerología (INC), Bogotá, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1203-1255>

9. Instituto Nacional de Cancerología (INC), Bogotá, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7067-9600>

10. Instituto Nacional de Cancerología (INC), Bogotá, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1045-237X>

Correspondencia: nperezw@eccl.edu.co

diseñado y validado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Nutrición para la evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición, posteriormente los datos fueron analizados con el software NVivo. **Resultados.** Se encontró que los niños y acudientes reconocen y practican buenos hábitos para el estado nutricional, aunque para una tercera parte de ellos puede ser difícil el cumplimiento de algunas de ellos, bien sea por falta de conocimiento, condición económica, mitos o creencias. **Conclusión.** Se requieren intervenciones de información, educación y comunicación junto con estrategias que permitan una alimentación saludable y la superación de los retos y síntomas durante la enfermedad y tratamiento, en especial en la etapa ambulatoria o al ser dados de alta y retornar a sus hogares.

Palabras clave: culinaria; nutrición, alimentación y dieta, conducta alimentaria, neoplasias, salud de la niñez.

Abstract

Introduction. In the population diagnosed with cancer, challenges arise for their adequate nutrition, especially during treatment and in the later stages. Thus, identifying the nutritional knowledge, attitudes and practices of children and their parents during illness and treatment is very useful for proposing solutions to difficulties in feeding that may arise. **Objective.** Identify knowledge, attitudes and practices related to food by parents, caregivers and children with cancer in two foster homes located in Bogotá, Colombia. **Methodology.** For this, focus groups were carried out in which specialists, parents and children participated; in addition, the questionnaire designed and validated by the Food and Nutrition Organization of the United Nations was adjusted and applied for the evaluation of knowledge, attitudes and practices in nutrition, later the data were analyzed with a software (NVivo). **Results.** It was found that children and guardians recognize and practice good habits for nutritional status, although for a third of them it may be difficult to comply with some of them, either due to lack of knowledge, economic condition, myths or beliefs. **Conclusion.** Information, education and communication interventions are required along with strategies that allow healthy eating and overcoming challenges and symptoms during illness and treatment, especially in the outpatient stage or when being discharged and returning to their homes.

Keywords: cooking, diet, food, and nutrition, feeding behavior, neoplasms, child health.

Introducción

El cáncer es una de las enfermedades crónicas de mayor costo y demanda en la salud pública, es la primera causa de muerte en el mundo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1) casi 10 millones de muertes se atribuyen a esta enfermedad en 2020, lo que significa casi una de cada seis muertes registradas.

Se calcula que cada año padecen cáncer unos 400.000 niños y adolescentes entre 0 y 19 años. Los tipos de cáncer infantil más comunes son las leucemias, los cánceres cerebrales, los linfomas y tumores sólidos como el neuroblastoma y los tumores de Wilms (2), (3). En los países de ingresos altos, donde en general hay acceso a servicios de atención integral, más del 80% de los niños afectados de cáncer se curan, pero en los países de ingresos bajos o medianos se curan menos del 30%. Por lo general, el cáncer infantil no se puede prevenir ni detectar por cribado. En los países de ingresos bajos o medianos, las defunciones evitables por cáncer infantil obedecen a la falta de diagnóstico, a diagnósticos incorrectos o tardíos, a las dificultades para acceder a la atención sanitaria, al abandono del tratamiento, a problemas de toxicidad o a recidivas (3), (4).

La mayoría de los cánceres infantiles se pueden curar con medicamentos genéricos u

otros tipos de tratamiento, como cirugía y radioterapia. Estos tratamientos pueden ser eficaces en relación con el costo en todos los lugares, con independencia del nivel de ingresos (3). Solo un 29% de los países de ingresos bajos declara que su población tiene generalmente a su disposición medicamentos contra el cáncer, frente a un 96% de los países de ingresos altos (3).

En Colombia, según el Instituto Nacional de Salud (INS), para el año 2020 la mayor proporción de casos se presentó en niños con 893 casos (54,3%), el 95,7% estaba afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en la población indígena hubo 21 casos (1,4%) y en población afrodescendiente 16 casos (1%). Los principales cánceres observados fueron las leucemias, linfomas y tumores del sistema nervioso central, obteniendo una proporción de 63,7% y el grupo de edad de 10 a 14 años presentó el mayor número de casos (5).

En el año 2020 el Instituto Nacional de Cancerología (INC) se atendieron 154 casos nuevos de cáncer en menores de 18 años, con mayor cantidad de casos en los menores de 10 a 17 años, siendo los más frecuentes las leucemias con 38 casos nuevos (24,7%), los tumores del sistema nervioso central 19 casos (12,3%) y los linfomas con 16 casos (10,4%) resaltando que estas cifras se correlacionan completamente con los datos generales a nivel nacional (6).

En Colombia se tratan entre 1.500 y 1.600 niños con cáncer al año, de los cuales de 765 a 816 mueren en los 5 años posteriores al diagnóstico (7). En la actualidad es bien sabido que los hábitos alimentarios y los estilos de vida juegan un papel crucial dentro de la progresión de estas patologías (8). Además, los niños con diagnóstico de cáncer tienen un riesgo más alto de desnutrición y déficit de micronutrientes, lo cual no solo tendrá implicaciones en el crecimiento y el desarrollo del niño sino en el pronóstico de la enfermedad (9), (10), (11), (12). El tratamiento contra el cáncer por sí mismo puede ocasionar un déficit de nutrientes, como lo son las proteínas, hierro, zinc y vitamina A (12), (13). Sumado a lo anterior, las condiciones socio-demográficas, el acceso a los alimentos de mejor calidad son elementos que pueden afectar el estado nutricional de esta población (10), (13).

Los pacientes que no pueden mantener una ingesta adecuada de alimentos, desarrollan deficiencias nutricionales que afectan significativamente la calidad de vida, y por lo tanto tienen mayores tasas de pérdida de peso entre un 15 y un 40% en función del tipo de cáncer, hospitalizaciones prolongadas y pausas en el tratamiento (14). Sin embargo, la incidencia de desnutrición aumenta conforme evoluciona la enfermedad hasta afectar a un 80% de los pacientes (14), (15). Estudios reportados en la literatura sugieren que un 60% de los niños con cáncer

experimentan desnutrición relacionada con la enfermedad y se informa que la incidencia de la desnutrición probablemente no se reconoce en la totalidad debido a que frecuentemente no es reportada (10), (11), además, señala que suelen tener niveles bajos de vitamina A, betacaroteno y zinc, estos nutrientes pueden ser utilizados o excretados por alteraciones en la mucosa intestinal, lo cual dificulta una mayor absorción de estos micronutrientes (7). Los déficits de vitamina D y A por una mala ingesta pueden ser agravados por la malabsorción de vitaminas liposolubles que podría ocurrir en niños con baja ingesta de alimentos fuentes de grasa, disminución en la exposición al sol y un bajo consumo de verduras (7). En otro estudio se evaluaron prospectivamente niños con diagnóstico reciente de cáncer con edades de 2 a 17 años y fueron elegibles 42 pacientes, tratados por un período de seis meses a un año con quimioterapia o radioterapia, en donde se tomaron muestras de sangre para analizar niveles séricos de: hierro, ferritina, proteína c reactiva (PCR), selenio, vitamina D 25OH, vitamina B12 y folato; estos análisis se realizaron al tercer y sexto mes y se encontró niveles de selenio muy bajos al momento de su diagnóstico y continúan en déficit los seis meses posteriores, la vitamina D 25OH también presentaba niveles bajos en los primeros seis meses después del diagnóstico, mientras que los niveles de ferritina eran altos en el diagnóstico y durante el tratamiento, mientras que sólo el 36% tenía déficit de

niveles de vitamina B12 en el diagnóstico y posteriormente se normalizó, Los niños con cáncer a menudo presentan anemia ya que se asocia con una menor disponibilidad de hierro a pesar de una reservas suficientes por lo que en este estudio se mostró que en el primer momento del diagnóstico los niveles eran bajos (16).

Ahora bien, la atención nutricional en el paciente oncológico debe formar parte del tratamiento global, teniendo en cuenta que algunas alteraciones por la localización del tumor o por los efectos secundarios del tratamiento, dificultan o impiden la alimentación, esto puede dar lugar a alteraciones nutricionales significativas y es de gran importancia su detección, valoración e intervención temprana (13), (17). Asimismo, los niños con cáncer muestran poca adherencia a las frutas y las verduras, por lo que, solo el 24% y el 5% de los casos de los supervivientes de cáncer infantil alcanza la ingesta recomendada de calcio y vitamina D respectivamente (16). Por tanto, es crucial conocer dichas complicaciones a fin de minimizarlas, ya que se correlacionan con la pérdida del gusto, náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento u otras producidas a nivel de la cavidad oral y faríngea, como la xerostomía y la mucositis, que influyen en el consumo de alimentos por vía oral (18).

La alimentación segura debe garantizar el crecimiento y desarrollo normal y los insumos metabólicos necesarios para desem-

ñar las actividades habituales, la cual se define como todo proceso voluntario por medio del cual una persona accede a alimentos con valor nutricional con el mínimo riesgo de compromiso de la vía aérea, manteniendo el agrado por el alimento, por lo que en la población pediátrica implica el reconocimiento del proceso evolutivo de la alimentación.

Estudios previos han mostrado que el aumento del consumo de vitamina D al inicio del tratamiento fue asociado con una mayor supervivencia en pacientes con cáncer, una ingesta adecuada de calcio y vitamina D son esenciales para lograr una masa ósea pico máxima (16).

Con todo esto, el interés de este trabajo se centró en identificar los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los padres, cuidadores y niños con cáncer, ubicados en dos hogares de paso ubicados en Bogotá- Colombia.

Materiales y métodos

Para identificar conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los padres o cuidadores y niños con cáncer, se realizó, entre el 2019 y 2020, una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico en la población que se encontraba viviendo en dos hogares de paso de Bogotá. La participación fue voluntaria, todas las personas

que fueron abordadas y entrevistadas firmaron un consentimiento informado y autorizaron la grabación de las entrevistas.

Sujetos de estudio

- **Pacientes:** niños y niñas, que de ahora en adelante se denominarán niños, en tratamiento oncológico que se encontraban en los albergues; para el caso de niños menores de 5 años solo se entrevistaban a los acudientes; para el caso de niños entre 6 y 17 años se tuvieron en cuenta tanto a los niños como a los acudientes.
- **Acudientes:** madres y padres de familia o cuidadores o responsable del menor.
- **Profesionales de la salud:** Pediatras, nutricionistas, fonoaudiólogos y profesionales vinculados al tratamiento de los niños con cáncer.
- **Hogares de paso:** Dos hogares de paso donde residían pacientes oncológicos pediátricos no hospitalizados del INC: “Luisito” y “OPNICER”.
- **Personal de los albergues:** personal administrativo y operativo (cocineros o cocineras).

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron: (i) Residir en el hogar de paso, (ii) tener un diag-

nóstico de cáncer, (iii) Expresar la voluntad de participar en el estudio y (iv) Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron: (i) pacientes con patología psiquiátrica o que presentaran problemas neurológicos graves o que presentaran cualquier patología subyacente que, a juicio del profesional clínico, incapacitara al paciente para ser incluido en la investigación.

Valoración de hábitos, conocimiento, actitudes, prácticas alimenticias y contexto socioeconómico y geográfico

Por medio de grupos de enfoque y/o entrevistas con los familiares o acudientes, profesionales de la salud, personal de los albergues y los niños, se recogió información. Se diseñaron talleres de cocina en donde se prepararon recetas, orientadas por chefs profesionales, con participación de acudientes y niños, la finalidad de estos talleres de cocina fue la generar un ambiente de confianza mientras que los investigadores capturaban la información de acuerdo con los instrumentos de trabajo diseñados para los grupos de enfoque y entrevistas. En los grupos de enfoque con los profesionales se recolectó información sobre recomendaciones nutricionales, tipos de preparación, hábitos alimenticios, prácticas y saberes que se perciben de pacientes y familias. En los grupos

de enfoque con el personal del albergue se recolectó información de las creencias y preferencias en la alimentación de los niños y sus familias tienen tanto en el hogar de paso como en sus casas.

Adicional, se aplicó a los niños y padres de familia el cuestionario diseñado y validado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Nutrición para la evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición (CAP) (19), las variables que se midieron en el cuestionario fueron el contexto sociodemográfico, conocimientos en la alimentación y prácticas de actividad física. Se reconocieron conocimientos, actitudes y prácticas en la alimentación de los niños y sus familias tanto en el hogar de paso como en sus casas.

El análisis de la información se desarrolló en dos etapas:

1. Reducción, codificación y sistematización de la información, tras la recolección de los datos, su observación, organización y selección de datos. Se definieron las unidades de análisis y su respectiva codificación por categorías, temas o patrones encontrados en cada muestra e instrumento aplicado. Los datos recolectados en los grupos de enfoque se agruparon en quince categorías, en razón a su relación, distribuidas en cuatro grupos, de acuerdo como se señala en la Tabla 1

Tabla 1. Clasificación de la información recogida sobre los hábitos y actitudes frente a la alimentación en dos albergues para niños durante el tratamiento oncológico.

GRUPOS	CATEGORÍAS
1) Actitudes y prácticas:	Alimentos o recetas que aceptan. Alimentos o recetas que rechazan. Hábitos negativos. Hábitos positivos. Higiene e inocuidad. Mitos Y saberes populares.
2) Disponibilidad y acceso:	Alimentos e ingredientes comunes. Cultivo, pesca y cría. Dificultad de acceso.
3) Enfermedad y tratamiento:	Alimentos no permitidos. Alimentos permitidos. Tratamiento y efectos.
4) Región:	Modismos. Origen regional. Particularidades.

2. Análisis y presentación de los datos: análisis detallado de cada categoría y las relaciones entre las mismas para la disposición y transformación de los datos en gráficas o mediante las descripciones, significados, anécdotas, experiencias o similitudes en las respuestas de cada actor para cada muestra e instrumento aplicado. Para esto se traslada la información a NVivo, que es un programa para análisis de información cualitativa, el cual señala relaciones al encontrar frecuencias de una idea en los diálogos de los participantes.

Resultados

En el grupo de pacientes, fueron en su mayoría hombres (70%), la mitad cursando primaria (50%), con otros tipos de cáncer diferentes a leucemia, linfoma y tumor sólido (56%), con quimioterapia como tratamiento de una duración mayor a 24 meses (60%). Es relevante mencionar que en el grupo de acudientes o cuidadores el 80 % fue de género femenino, madres de familia, con escolaridad secundaria (60%), en el rango de 26 a 35 años (62%). El 70% de los acudientes consideran muy importante la relación entre el estado nutricional y la enfermedad del niño, y el 40% de ellos refieren que los niños han tenido una pérdida moderada de peso durante la enfermedad. Ahora bien, en cuanto al estado nutricional de los niños, el 40% de los acudientes con-

sideran que es normal. La mayoría de los padres no encuentra alguna relación entre el estado nutricional y la práctica de actividad física en su hijo (60%), al igual que ninguna relación entre el estado nutricional con el estado de ánimo del niño (80%).

1) Actitudes y prácticas

Alimentos o recetas que se aceptan: el apetito disminuye y la sensibilidad aumenta en los días del tratamiento. No obstante, se identifican gustos específicos. Hay una gran variedad de alimentos preferidos por los niños como el huevo, helado, sopas, arroz con pasta, ensaladas de verduras, arepas, caldo, panqueques (arepuela, cuya masa contiene leche) con jamón, entre otros. Asimismo, se reconoce preferencia por frutas como el mango y manzana verde, y por recetas típicas y regionales como el tamal, sopas como el sancocho y el ajiaco y arroces como el arroz con pollo. Finalmente, expresan gusto por preparaciones rápidas como las empanadas, perros calientes y hamburguesas con patacones y la pizza.

Alimentos o recetas que se rechazan: Los pacientes rechazan principalmente las comidas que les recuerden el tratamiento, en especial la fase de la hospitalización. Los complementos alimenticios, las cremas y las coladas son asociadas al tratamiento, por lo que no son aceptadas con agrado, entonces, en Ante esto el grupo de enfoque con especialistas expresaba:

“La comida de hospital es muy buena en cuanto a cuidado, pero es industrializada y se aleja de pronto de los patrones culinarios de los hogares. La comida del hospital es muy diferente a la de la casa... lo que menos piden es carne, le pierden mucho gusto”.

En los grupos de enfoque se evidencia la aversión hacia las verduras por parte de los niños. No obstante, se reconocen sus beneficios nutricionales.

Hábitos negativos: Se reconocen como hábitos negativos el no cumplir con horarios para la alimentación. Los padres reconocen a los dulces, productos de paquete, gaseosas y comidas rápidas como alimentos que se deben evitar o disminuir el consu-

mo, pero a veces si los niños están con bajo apetito, tienen flexibilidad para procurar el consumo de alguno de estos alimentos. Los especialistas mencionaban:

“Las carnes procesadas es algo que se restringe mucho, pero a los niños les gusta, como por ejemplo las hamburguesas”.

La figura 1 muestra la frecuencia de consumo de alimentos no saludables. 5 de las 10 familias cuestionadas indicaron que el paciente consumía golosinas una vez por día, siendo el alimento no saludable de mayor frecuencia consumido, seguido de los embutidos que son consumidos por 3 de cada 10 pacientes dos veces a la semana. Mostrando que hay restricción en su consumo.

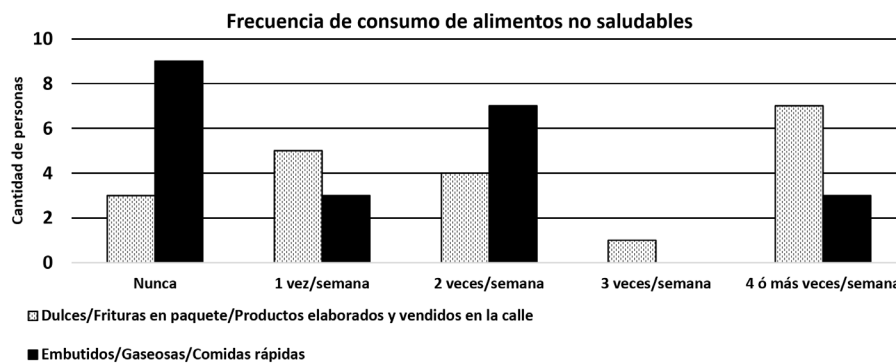


Figura 1. Frecuencia de consumo de alimentos no saludables, los dulces y frituras en paquete son los más frecuentemente consumidos por los niños.

Hábitos positivos: El albergue como institución prestadora de los servicios tiene establecidos los horarios para cada una de las jornadas alimenticias. En los albergues se señala que los horarios de los alimentos son para que el niño no tenga periodos prolongados de ayuno y esto pueda causar un

empeoramiento de su estado de salud. El desayuno puede ser de 6.30 a 7:30 a.m., medias nueves de 9:30 a 10:00 a.m., almuerzo de 2:00 a 3:00 p.m., onces de 4:30 a 5:00 p.m., cena de 7:00 a 8:00 p.m. Estos a su vez se pueden ver modificados de forma individualizada y según la condición del

niño, es decir, si el niño se encuentra en un procedimiento o quimioterapia su horario de alimentación será modificado. Sin embargo, hay flexibilidad porque se tienen en cuenta las costumbres culturales frente a los horarios de comida. No obstante, esta buena práctica la deben conservar los padres cuando el paciente, de manera ambulatoria, esté de regreso a su casa. Sobre esto los acudientes refirieron:

“Los horarios de alimentación en mi casa son modificados dependiendo de lo que se presente cada día, el desayuno puede ser de 6 a 7:30 a. m. dependiendo el horario de clase de mi hijo o de lo que hagamos ese día y el almuerzo igual dependiendo de la hora de salida del colegio de mi hijo”.

“Las onces, yo les doy dinero para que compren en el colegio lo que deseen, la comida a veces es a las 6:30 p.m. o en algunos casos a las 7:30 p.m. les doy casi lo mismo del almuerzo o a veces colada con pan”.

Igualmente, los albergues diseñan recetas con contenido nutricional balanceado, para esto se incluye fruta, verdura, proteína y carbohidratos en diferentes momentos de consumo.

Desde el punto de vista de los profesionales de la salud involucrados en el estudio, la alimentación del niño no debe ser restringida sino que debe ser incluyente, no solo en la forma de cocción, si no también teniendo en cuenta los gustos propios del paciente, esto

con el objetivo de partir de unas recomendaciones por parte del oncólogo debido a su características propias de la enfermedad y llegar a un equilibrio entre lo que se debe comer, lo permitido y el gusto del paciente de forma individualizada haciendo partícipe de su propio cuidado a cada niño.

El paciente debe disfrutar comer, para esto se debe contar con un buen entorno familiar, este debe ser alegre y positivo. Se deben tener en cuenta unas complacencias sencillas con el paciente como servirle en su plato y vaso favorito, ofrecerle de vez en cuando helado o una hamburguesa sana. No olvidar las fechas especiales como cumpleaños o celebraciones sociales o familiares, para estos días se pueden hacer preparaciones especiales, teniendo en cuenta las condiciones de los síntomas y el tratamiento, pero reforzando la continuidad del desarrollo de la vida. Igualmente se debe buscar el reemplazo de aquellos ingredientes que no sean tolerados o que no sean compatibles con los síntomas, por ejemplo, reemplazar carne por huevos o queso. Se recomienda usar colores en la comida y en la presentación de los platos. No se recomienda forzar la alimentación y se debe promover el consumo de líquidos.

Los padres de familia son conscientes de la importancia de una alimentación saludable para sus hijos, así lo expresaron en los grupos de enfoque:

“Es importante que la alimentación tenga legumbres, los lácteos que no pueden faltar así mismo las verduras, frutas; también comen jugos, galletas a veces de repente, alguna golosina, no más”.

“Nosotros tratamos de darles una buena alimentación a los niños, y nos complace de vez en cuando darles comidas de paquetes, gaseosas y otros; normalmente procuramos no darles carnes rojas, alimentos enlatados, y tampoco ensaladas ya que a mi hijo no le gustan”.

La figura 2 muestra la frecuencia de consumo de alimentos naturales. 6 de las 10 familias cuestionadas indicaron que el paciente consumía carnes blancas como pollo y pescado dos veces por día, siendo el alimento de mayor frecuencia consumido, seguido por el huevo que es consumido por 6 de cada 10 pacientes una vez por día.

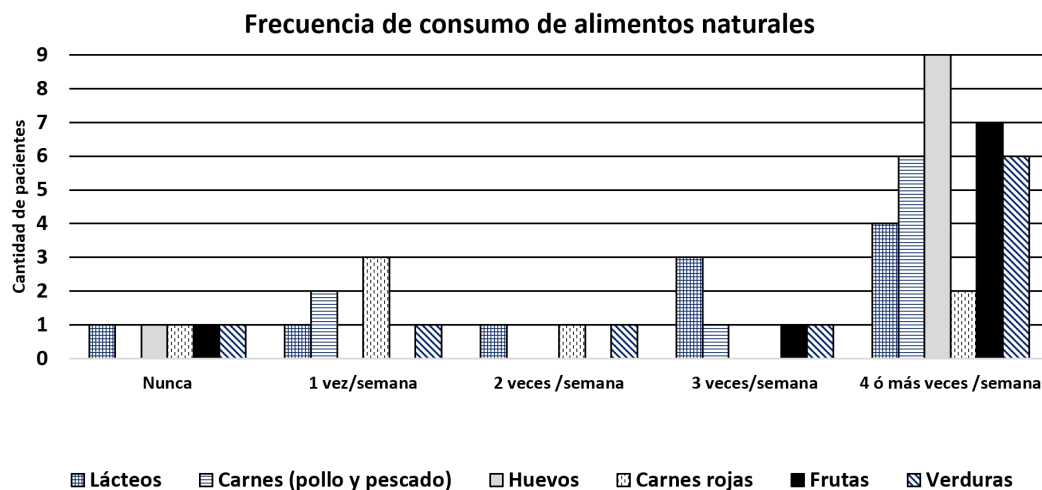


Figura 2. Frecuencia de consumo de alimentos naturales, se encontró el huevo como gran protagonista.

Higiene e inocuidad: Los profesionales de la salud recomiendan unos cuidados específicos con los alimentos, que van desde la higiene, en donde es prioritario el lavado de manos, hasta la conservación de los alimentos. Esto hace que sea necesario que las recetas deban involucrar las prácticas básicas en el manejo de alimentos como la adecuada cocción, la limpieza y desinfección de alimentos, utensilios y las manos. Además, dentro de las recomendaciones de

higiene e inocuidad se tiene especial precaución frente a las frutas y verduras crudas debido al estado de inmunosupresión de los niños, por ello los especialistas explican:

“Se les indica que lo ideal es que no se coman alimentos crudos, especialmente las verduras... Las frutas que sean de pelar, que se le pueda quitar la cáscara..., o limpiarlas para que sean lo más higiénicas posible... entonces entre más simple sea el proceso de preparación mejor; las verduras

cocidas y no más... No consumir alimentos de dudosa procedencia...La otra cosa que se les dice es que tengan cuidado cuando consuman comida preparada en la calle porque durante manipulación pudo no haber sido higiénica”.

Mitos y saberes populares: El candil o caspiroleta es una de las bebidas consumidas por los niños, esta es típica del departamento del Huila, resalta la cultura opita y contiene un gran valor nutricional (20). Es una receta que viene pasando de generación en generación; las personas la consumen principalmente con fines curativos ante una gripa o un resfriado. Esta bebida solo es elaborada en los hogares especialmente por las amas de casa o las abuelas (21). Lo anterior se debe a que además de ser un alimento de buen sabor, es nutritivo y reconfortante por su alto contenido calórico como calcio, hierro, fósforo, proteínas, vitaminas A, D y E; sus principales ingredientes son: leche, huevos, azúcar y en algunas ocasiones, aguardiente (21), (22). Los mitos son parte fundamental de sus conductas alimenticias, tales como la sangre del escorpión azul, sangre de chulo, noni, hierbas, infusiones, caldo de palomo, *frutos rojos (mora, fresa, agraz, uva, arándanos, etc.)* (23), son consumidas por los niños.

2) Disponibilidad y acceso

Alimentos e ingredientes comunes: Los especialistas dicen que ven con mucha frecuencia que los pacientes que son de afuera

de Bogotá pueden acceder a más alimentos en su ciudad de origen, tal como lo expresó un padre de familia *“podría acceder a determinados alimentos en donde estoy viviendo, pero ya al tener que cambiar de domicilio no tengo plata para los alimentos, para la canasta básica”.*

Acceso a alimentos a través de cultivos, pesca y cría: En las regiones rurales de Colombia se tiene acceso a cultivos propios como plátano, yuca, naranja, mango, papaya, maracuyá, piña, auyama, aguacate, tomate, cebolla, maíz, cilantro, habichuela y repollo. De otro lado, en algunas regiones, por la cercanía a ríos se pesca y se tiene acceso diferentes especies de peces, igualmente se pueden criar pollos, gallinas, marranos, etc.

Dificultad de acceso: Se evidencia que las condiciones económicas de las familias de los pacientes son limitadas. En muchas regiones de Colombia la carne es escasa, por lo que se debe sustituir. Esto se expresó de la siguiente manera:

“La proteína casi no la consumimos, pues cuando tenemos los recursos la compramos ya sea carne o pollo”.

“Trato de darle una buena alimentación a mi hijo, aunque la situación económica no me permite a veces brindarla, pero yo recibo ayuda de mi familia para poder alimentar a mis hijos”.

“Vemos con mucha frecuencia en los pacientes que son de afuera de la ciudad, pues la población del

instituto es un régimen subsidiado, las minorías étnicas y los migrantes mayoritariamente, entonces tienen bastante inseguridad alimentaria...normalmente estos pacientes que vienen en estas condiciones tienen una complejidad social muy grande... la realidad social de nuestros pacientes hace que el acceso a la canasta sea muchos más limitante, entonces, si en el grupo de soporte tienen una inseguridad alimentaria no hay quien les provea el alimento...en algunas familias que se organizan muy bien como para tratar de darle mejor alimentación dentro de sus posibilidades, pero pues es que, depende del acceso que tengan y las condiciones para hacer los alimentos”.

3) Enfermedad y tratamiento

Alimentos no permitidos: De acuerdo con los grupos de enfoque de los especialistas se debe limitar el consumo de bebidas azucaradas, de comida empaquetada elaborada y con alto contenido de aditivos (frituras empaquetadas, por ejemplo), así como el consumo de comida expendida y preparada en la calle.

Alimentos permitidos: En los grupos de enfoque los especialistas indican que la alimentación de los pacientes durante o después de su tratamiento debe ser saludable, como lo debe ser inclusive para una persona sana. Sin embargo, se deben tener en cuenta particularidades propias de los síntomas. La dieta debe incluir frutas, verduras y proteínas, así como líquidos hidratantes para la sed, para esto se pueden preparar

en casa aguas saborizadas y jugos naturales, por ejemplo.

Asimismo, se destaca la importancia de los aspectos sensoriales durante la comida, sugieren que: *“a veces como se presentan los alimentos, la comida también entra por los ojos, entonces una comida así toda pálida toda como descolorida pues menos van a comer... jugar más con la presentación de los alimentos y con unas texturas que sean más fáciles de manejar o los alimentos favoritos”.*

Tratamiento y efectos: En los grupos focales los especialistas hacen énfasis en que hay varios tipos de cánceres, pacientes de diferentes edades, diferentes fases de tratamiento, así como diferentes efectos del tratamiento y de la enfermedad. Sin tener que determinar recetas específicas para cada de condición, se debe hacer un señalamiento y agrupación de recetas para las más relevantes, las cuales son la edad y los efectos o síntomas del tratamiento.

Los especialistas concuerdan en que se deben tener en consideración las buenas prácticas de manufactura durante la preparación de alimentos para evitar episodios de infección del paciente. Asimismo, destacan la importancia de la integralidad en la atención:

“los procesos en este nivel de complejidad en el que estamos, tienen que ser muy multidisciplinarios, tenemos que apoyarnos entre varios para poder garantizar una mejor cobertura para las

necesidades de los pacientes y el mejor desenlace del tratamiento oncológico y definitivamente un paciente con riesgo nutricional es un paciente que tiene más riesgo de tener más pobres desenlaces con el tratamiento”.

Además, para que el alimento sea efectivo en el paciente debe tenerse en cuenta las características patológicas, es decir el tipo de cáncer, la etapa en la que se encuentre y la sintomatología (24). Se confirma con los especialistas que según la ubicación del cáncer puede haber más prevalencia de síntomas que inciden en la alimentación: *“si hablamos tal vez de una radioterapia cabeza y cuello o de pronto gastrointestinal, también hay ya, hay más eventos adversos esperados”.*

De otro lado, es frecuente la presencia de efectos adversos propios del tratamiento, por ejemplo con relación a la percepción sensorial, los especialistas destacaron: *“ellos se quejan mucho de los olores, los olores cuando están en quimioterapia, o sea el olor cuando va entrando al carrito al piso y ya desde la otra habitación ya sienten ese olor... una persona o un paciente pediátrico con cáncer puede no disfrutar la comida porque no le da apetito... la disgeusia y la ageusia, puede ser temporal o permanente en algunos de ellos”.*

Se reconocen como síntomas más recurrentes durante el tratamiento la falta de apetito, hiporexia, náuseas, alteración o pérdida de sabor, diarrea, sequedad oral o xerostomía y estreñimiento. Su participación den-

tro de la población evaluada se muestra en la figura 3. La falta de apetito y las náuseas resaltan, cada uno con 15%, por lo que un recetario que ofrezca recetas para pacientes con esos síntomas sería muy útil.

Síntomas clínicos referenciados por los pacientes relacionados con el cáncer o su tratamiento

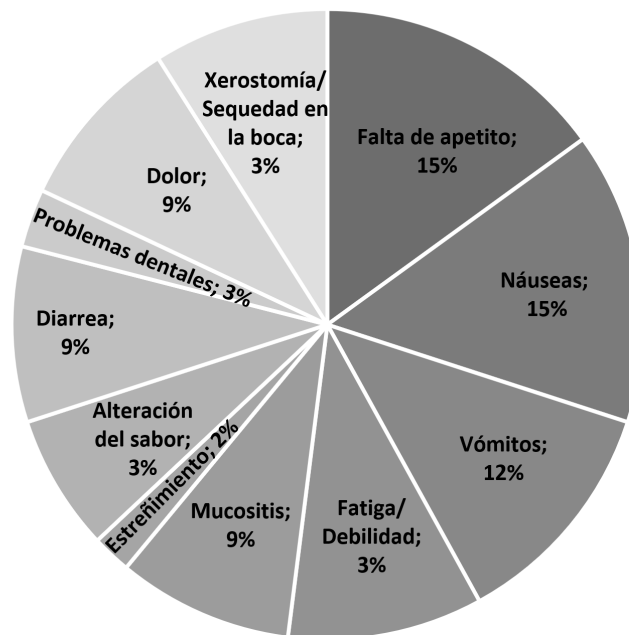


Figura 3. Síntomas relacionados con el cáncer o su tratamiento.

Por otra parte, tras ser dados de alta del hospital, durante la fase ambulatoria, también suelen permanecer algunas problemáticas y retos con la alimentación que deben ser afrontadas por los niños y sus familias. Los especialistas refieren que: *“recién salen del tratamiento están como en una época que tienen como una subida de los síntomas...en los pacientes ambulatorios lo que sí es muy evidente es cuando la alimentación se vuelve un motivo de pelea en la familia, el paciente deja de comer, es que tiene que comer, es un motivo de conflicto en la familia”*.

4) Región

Modismos: En los grupos de enfoque con personal de los albergues, familiares de los pacientes y los mismos pacientes, se iden-

tifica la variedad en el lenguaje usado para nombrar los alimentos y preparaciones.

Origen regional: En la interacción con los cuidadores de los pacientes se identifica que, sin importar las costumbres alimenticias propias de cada región, los familiares o acudientes de los pacientes hacen los esfuerzos necesarios para conseguir ingredientes regionales, por ejemplo, en las plazas de mercado cercanas a los albergues.

Los especialistas reconocen la multiculturalidad como un factor que constituye un reto para la adecuada alimentación de los niños. Se encontraron expresiones como: *“un paciente que vino era indígena y que solo comía maíz y cuando llega acá, pues o sea ni la textura ni el sabor ni nada era para él”*.

En los albergues se detecta representación de regiones como Costa Caribe, Llanos Orientales y Costa Pacífica, entre otros, así como del país vecino Venezuela. Así se expresa el acceso regional a ciertos productos:

“En mi pueblo hay una variedad de alimentos como lo es yuca, papa, arroz, cebolla larga, tomate, mandarina, maíz, aguacate, banano, mango, cilantro y piña, yo algunos de estos los cultivo en huerta o en la plaza de mercado se pueden ir a comprar”.

Particularidades: En los grupos de enfoque los participantes manifestaron su interés en que las recetas o platos para los pacientes incluyan las particularidades regionales y sus platos típicos como sancochos, sopas, arroces y arepas, por ejemplo.

De otro lado, se hace énfasis en los hábitos y estilos de vida saludables, así como en la importancia de reconocer la alimentación como un hecho social de encuentro, en especial para los niños y sus familias. Por lo que los especialistas recomiendan: *“Que realmente sea un momento para disfrutar, porque pues la comida es un placer. No tiene que ser un motivo de sobrecarga emocional, económico... que sean cosas que sean como muy de la canasta, habitual de su plata y que sean fáciles de hacer, y que sean atractivas, que sea realmente placentero, tanto por el aspecto como por el entorno emocional que lo acompañe... cocinar implica afecto y mucho de la creatividad”.*

Discusión

Colombia es un país multiétnico, multicultural y biodiverso, constituido de grupos territoriales con características socioculturales y costumbres alimenticias propias. Una de las características que define la gastronomía en Colombia son los pisos climáticos, que a su vez permite la disponibilidad de diferentes alimentos según las regiones, por citar algunos ejemplos la papa en Boyacá, el plátano en el Urabá Antioqueño, el mango en el Caribe, entre otros (25).

Las creencias están directamente relacionadas con las prácticas de alimentación, del mismo modo en el proceso de socialización, las personas adquieren de una forma inconsciente las normas básicas para actuar en un medio social, puesto que se produce un aprendizaje social relativo a las reglas culinarias que forman parte de los conocimientos y prácticas transmitidas y adquiridas, y que se interiorizan de forma similar (26), (27). Este estudio evidenció que hay una transmisión del conocimiento y de la educación alimentaria en el hogar colombiano, en la preparación de los alimentos en la mayoría de los casos se hereda por tradición cultural.

La fe de los padres de familia los motiva a dar alimentos a sus hijos sugeridos por los mitos populares. A pesar de que no haya una base científica en el uso de ciertos

alimentos, se sugiere tener en consideración la inclusión en las recetas de algunos como guanábana, frutos rojos (arándano, agraz, por ejemplo), lenteja, espinaca y candil. Estos ingredientes no tienen contraindicación específica hacia los tratamientos, dan aporte nutricional por sus vitaminas, minerales, fibra o proteína y al estar en línea con la fe de las personas se pueden incluir en las recetas. Las recetas diseñadas con estos ingredientes no pueden ser consideradas como cura de la enfermedad. Ingredientes o productos que no sean aceptados como alimentos para humanos o cuyas condiciones no cumplan los criterios de inocuidad no deben ser utilizados para la preparación de recetas o para su consumo. Un estudio realizado para formular una bebida funcional a partir de mezclas de guanábana, leche y miel, demostró sus propiedades antioxidantes, contenido de ácido ascórbico superior al 50%, calificado como una bebida funcional para la mediación en temas relacionados con la salud (28).

Por otra parte, el arroz blanco constituye uno de los cereales principales en la alimentación de la totalidad del territorio nacional, los resultados obtenidos por Pinto y Valoyes (29) confirman que el arroz en todas sus formas de preparación comprende una de las comidas más frecuentes en la mesa de los colombianos y que se combina con otros alimentos ya sean proteínas o carbohidratos para su consumo en el día a día o en festividades. En este estudio, per-

sonas de diferentes regiones mencionaron recetas que tienen arroz como ingrediente, siendo el arroz con pollo destacado por ser de preferencia para los niños.

Se encontró que diferentes regiones comparten similitudes en la alimentación, costumbres y creencias. En Colombia, la sopa es base fundamental en muchos de los hogares, que incluye diversidad de carbohidratos como papa y yuca y alguna proteína, sin embargo, también se entiende que el recurso económico de algunas familias no permite la inclusión de esta última. Las preparaciones con pescado pueden ser factibles, pero solo en regiones de alta disponibilidad (29).

En las recetas se pueden incluir los platos aceptados y preferidos por los pacientes, siempre teniendo en cuenta que el tratamiento permita su consumo, pero aprovechando el gusto de los pacientes por estos sabores. Frente a esto se capturaron pensamientos como el siguiente.

“A mi hijo le gusta comer alimentos preparados de manera especial, estas preparaciones fueron heredadas en mi familia, por ejemplo, el tamal que preparan los abuelos en ocasiones especiales y los envueltos de maíz”.

Durante la investigación se encontró rechazo por preparaciones tipo crema, sabores a “remedio”, texturas viscosas o que recordarán de alguna manera a la comida del

hospital, por lo que recetas de sopas podrían ser una opción para la alimentación, pero teniendo la precaución en su textura y presentación final.

Con todo lo anterior se evidenciaron múltiples orígenes y preferencias alimentarias por región, lo que destaca la importancia de considerar el patrimonio cultural gastronómico colombiano con sus múltiples alternativas para el desarrollo de preparaciones que contribuyan en la alimentación de los niños con cáncer.

En las preparaciones y elaboración de recetas el uso de lenguaje regional los hace más cercanos y familiares. Para esto se recomienda incluir los modismos no solamente regionales sino también los de Venezuela, porque entre los pacientes y sus familias se encuentran migrantes de ese país. Esto también apoya la integración multirregional, mientras en Colombia decimos papaya, banana y aguapanela en Venezuela se dice lechosa, cambur y papelón, respectivamente.

Hay evidencia que los aspectos sociales tales como la economía, cultura y las tradiciones han aportado la nutrición de los alimentos y las formas de preparación atractivas para que los niños tengan un crecimiento saludable (25), (26).

Sumado a lo anterior, la situación socioeconómica que experimente el paciente es determinante para sus conductas alimentarias

(30). En Colombia, los mitos y creencias que giran en torno al tratamiento del cáncer son innumerables, y sin duda juegan un papel fundamental en el pronóstico del paciente. Es así, como en Colombia no se han realizado suficientes estudios propios que permitan entender la situación local y así mismo ofrecer alternativas que contribuyan a mejorar la nutrición del paciente pediátrico durante y después del diagnóstico de cáncer.

Respecto a la educación, se ha demostrado que el nivel educativo tiene gran influencia sobre el patrón alimentario, el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y familias; no han sido únicamente los patrones alimentarios que cambian según la escolaridad, sino también, el horario de las comidas, los métodos de preparación y almacenamiento (31), (32). Estos factores, sumados a otros como el nivel de ingresos del grupo familiar, el entorno en el que se vive, las variaciones en la forma de alimentarse de un grupo social a otro, la educación que se recibe en cuanto a las formas saludables de nutrición, y la influencia de programas y planes gubernamentales en estos ámbitos, tienen algún tipo de influencia en la elección de los alimentos que se consumen en una comunidad (32), (33). Durante la etapa de tratamiento del cáncer los niños y familias suelen recibir orientación y educación alimentaria y nutricional, por lo que muchos de ellos y a razón de la enfermedad,

adquieren nuevos conocimientos y prácticas con relación a la alimentación. Empero, en la etapa ambulatoria o tras ser dados de alta suelen regresar a sus condiciones socioeconómicas que inciden directamente en el acceso de los alimentos en cantidad y calidad. Por lo cual, una guía fácil y sencilla con recetas económicas podría ser una herramienta útil que contribuya al mantenimiento y mejoría de la nutrición y salud de los niños.

Ahora bien, en el documento nacional de hábitos y prácticas alimentarias realizado por la Universidad Nacional de Colombia en el año 2012, a partir de un análisis por departamento se evidenció que la costumbre de la nutrición en los niños en Colombia varía según la geografía y las características socioeconómicas. En este estudio se encontró que se incluyen preparaciones como el insulso hecho de plátano y maíz dulce en el Tolima, quesos, envueltos en hojas en diversas regiones del país (queso de hoja), bollos de carne en Santander, amasijos en Cundinamarca, cocadas en el pacífico o arepas asadas sobre hojas (29), (34). Por ende, preparaciones económicas y que tengan en cuenta las costumbres colombianas, serían una alternativa apropiada para la alimentación de los niños en su etapa ambulatoria.

En definitiva, los aspectos socioeconómicos son un factor determinante en la alimentación y nutrición. La población

de estudio son personas con vulnerabilidad socioeconómica, por tanto, es necesario adaptar todo el proceso nutricional a su disponibilidad monetaria, de tal forma que con el mismo presupuesto puedan alimentarse adecuadamente y así aportar al mejoramiento de la calidad de vida de los niños. En los resultados cabe resaltar como en las diferentes regiones se puede obtener diversidad de alimentos, pero también se reconoce la limitación en el acceso a ciertos alimentos debido a su nivel económico, por lo que deben sugerirse alternativas de alimentación aterrizadas a sus condiciones.

En relación con las recomendaciones nutricionales, hábitos alimenticios, prácticas y saberes se habla de los estigmas sobre el cáncer y por esa razón presenta desafíos importantes para su prevención y tratamiento, lo cual debería ser manejado con cuidado, pues algunas personas atribuyen la causa y la mejoría del estado de salud a elementos indemostrables (creencias, mitos y fe), descuidando la parte nutricional, hábitos de vida. En las prácticas alimenticias, creencias, y preferencias en relación con la alimentación de los niños hay estudios que hablan sobre la ingesta y calidad de la dieta en niños los cuales reciben tratamiento para el cáncer. Se ha encontrado que el cambio en la ingesta de los alimentos durante el tratamiento es evidente, afectando la calidad de la dieta (35), (36).

Se ha evidenciado que los síntomas están directamente relacionados con la alimentación, ya que estos dificultan o impiden la alimentación, debido a los efectos adversos que generan los tratamientos del cáncer, tales como la anorexia, alteraciones en el gusto y el olfato, mucositis, disfagia, estomatitis, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, mala absorción, dolor, depresión y ansiedad (Figura 3).

Para cada uno de estos síntomas se deben elaborar platos específicos y tener hábitos diferenciados, siempre que se tengan en cuenta otros síntomas presentes. Así por ejemplo para el síntoma falta de apetito se puede ofrecer una dieta más fraccionada, mientras que, para la presencia de náuseas, se puede identificar si los pacientes no pueden consumir carnes y algunas verduras. Con la presencia de alteración o pérdida de sabor, este se puede resaltar con limón o hielo. Ante la diarrea las dietas astringentes son útiles, así como para el estreñimiento la dieta debe ser rica en fibra. Con la presencia de la mucositis se deben restringir los alimentos ácidos, debido a que incrementan las lesiones; evitar alimentos abrasivos, picantes y preferir texturas que sean suaves. Y para la sequedad oral o xerostomía se precisa aumentar la dieta líquida, así como mantener óptimas condiciones de higiene oral. Por todas estas dificultades los especialistas reiteran que los pacientes deberían contar con un recetario muy diverso.

Diferentes estudios han demostrado la afectación en la alimentación de las personas con cáncer. Los principales efectos secundarios inducidos por el tratamiento son fatiga, náuseas, sequedad de boca, hipersensibilidad a los olores y trastornos del tránsito del tracto gastrointestinal. Un estudio en Francia demostró que estas molestias pueden afectar la alimentación en el 83% de los pacientes, induciendo pérdida de apetito y aversión a determinados alimentos. De otro lado, el sabor, olor y finalmente la apariencia de los alimentos pueden estimular el apetito. Para ello se debe procurar una intervención integral con asesoramiento nutricional personalizado que debe incluir el papel de la familia, las tradiciones y los hábitos alimentarios de la persona (37).

Los aspectos sensoriales de los alimentos son fundamentales en la relación de las personas con su adecuada alimentación. Infortunadamente las personas con cáncer experimentan alteraciones en la percepción sensorial según la ubicación del tumor o por el tratamiento. En nuestro estudio se destacaron estos aspectos por parte de los diferentes grupos de enfoque, en especial por parte de los niños, acudientes y especialistas. Coa y Cols (38) encontraron que en pacientes ambulatorios el aumento de la sensibilidad fue más común que la disminución de la sensibilidad al gusto y que tenían mayor sensibilidad a ciertos olores como soluciones de limpieza, perfumes y cocción de los alimentos, además de que informan

una amplia gama de preferencias y aversiones por alimentos. Esto concuerda con los resultados del estudio, por lo que se concluye que es importante que el desarrollo de recetas para esta población tenga como ordenador los síntomas y especial atención en técnicas culinarias que permitan abordar los problemas de percepción sensorial.

La quimioterapia influye de manera transitoria en las preferencias alimentarias y la función quimio-sensorial, aspecto que se debe informar a los pacientes antes del tratamiento y se debe monitorear durante el tratamiento debido a las consecuencias para la ingesta nutricional y la calidad de vida (39). En nuestro estudio se encontró que los niños que recibieron quimioterapia o radioterapia podían presentar alteraciones quimio-sensoriales transitorias, además, los especialistas mencionaron que estas alteraciones podrían mantenerse en la etapa postratamiento o ambulatoria, por lo que se requieren alternativas que orienten sobre los tipos de alimentos y sus preparaciones a los niños y sus familias cuando retornen al hogar.

De otro lado, se ha reportado un aumento en la sensibilidad al sabor dulce y la preferencia por platos suaves y no fritos ni endulzados (40). Esto concuerda con nuestros hallazgos frente a los alimentos no permitidos o malos hábitos alimentarios para los niños con cáncer, por lo que se considera una información útil para el desarrollo de

recetas que permitan mantener y aumentar el consumo de alimentos y con ello reducir el riesgo de desnutrición.

En cuanto a la preparación y el consumo de verduras y frutas se puede evidenciar en los resultados que en diferentes regiones es poco frecuente el consumo de ensaladas o preparaciones principales basadas en verduras y hortalizas, ya sea porque las desconocen o porque no saben cómo prepararlas (29). Durante la investigación en todos los grupos de enfoque se encontró que los niños tienden a rechazar las verduras, la figura 2 señala que solo 5 de cada 10 pacientes consume verduras todos los días. El rechazo a las verduras junto con la limitación frente a su consumo crudas -por una posible contaminación y afectación de la vulnerabilidad en los niños con cáncer que suelen estar inmunosuprimidos incide directamente en la baja ingesta de verduras y con ello de las vitaminas, minerales, fibra y antioxidantes que aportan. Este hecho implica un reto en el desarrollo de opciones de verduras lavadas y desinfectadas o cocinadas para que se cumpla con las recomendaciones de una alimentación saludable.

Por otro lado, en Colombia se ha evidenciado la utilización de bebidas en polvo, jugos artificiales y embutidos o carnes frías que se consumen en general en todo el país debido al fácil acceso y a la economía colombiana. Lo que, por supuesto, promueve el consumo más habitual de estas preparaciones,

afectando el crecimiento y desarrollo debido a la insuficiencia de nutrientes en estos alimentos (25), (29). Dentro de la población estudiada se encontraron gustos por los productos de paquete, comidas rápidas y gaseosas. No obstante, los cuidadores de los niños indicaron que las prácticas alimenticias son modificadas dadas creencias en algunos alimentos, a razón de que estos les pueden generar algún daño o por el contrario mejorar la nutrición del niño. Por ejemplo, en el caso del consumo de bebidas azucaradas, se ha reportado una asociación con el riesgo de padecer cáncer (7), (41).

Particularmente en nuestro estudio los cuidadores prefieren limitar el consumo de bebidas azucaradas y comidas rápidas para dar contrapeso al cáncer (Figura 1). Debe tenerse en cuenta que dentro de las comidas rápidas puede haber variabilidad en su composición nutricional, hay comidas rápidas en las que una adecuada selección de ingredientes y métodos de cocción pueden ofrecer alternativas saludables en casa, por ello podrían plantearse preparaciones fáciles de elaborar y que sean una opción para la creatividad e innovación en casa o para ocasiones especiales de celebración con los niños.

Ahora bien, la alimentación no inicia desde el momento en que se tiene el alimento en la boca, sino desde el momento mismo en que se pone el plato frente al comensal, dado a que el cerebro siempre necesita una

aprobación visual y olfativa de la comida. Esto es fundamental para definir gustos, determinar la cantidad de la ingesta y contribuye al apetito. Por tanto, debe ser agradable la presentación de un plato, colorida y en lo posible no monótona, en cuanto a ingredientes se refiere, sobre todo para la población pediátrica (24).

Finalmente, se sugiere tener paciencia y perseverancia en el proceso de alimentación de los niños durante y después de su tratamiento. Intervenciones que incluyen la exposición repetida al sabor de alimentos desconocidos o rechazados podrían resultar en estrategias efectivas para promover el gusto de los niños por alimentos previamente rechazados (42). Asimismo, el contacto directo con los alimentos, por ejemplo, a través de la preparación de recetas, podría favorecer las preferencias alimentarias de los niños. Una investigación encontró que el uso de alimentos reales como estímulo produce preferencias gustativas más confiables en niños de 3 a 5 años (43). Por ello, considerando que los niños están en un proceso de recuperación y reconciliación con alimentos que llegaron a rechazar durante su tratamiento, se hace necesario tener un proceso paulatino, paciente y que involucre el contacto directo con los alimentos y su preparación mediante recetas para que se reencuentre y reconcilie con diferentes alimentos y su sabor. Esto implica que debe tenerse especial atención en el diseño de recetas que permitan el uso y reconocimiento

positivo de las frutas y verduras, además de considerar las guías alimentarias que permitan educar sobre el beneficio y consumo diario. Asimismo, debe evitarse el diseño de recetas que tengan textura o apariencia similar a cremas o coladas.

En este aspecto, es importante instruir sobre la selección adecuada de alimentos, la orientación a través del plato saludable de la familia colombiana como ícono de las guías alimentarias y los parámetros que den opciones para la preparación de comidas rápidas de forma saludable y casera.

Con todo esto, para la definición de ingredientes y preparaciones de las recetas se debe tener en cuenta la organización por síntomas, tiempos de comida, además de ofrecer alimentos diversos que consideren la cultura gastronómica colombiana y con diferentes texturas, incluyendo opciones de bebidas.

Ahora bien, es importante que se realice un diseño y desarrollo de propuestas gastronómicas que consideren los múltiples hallazgos reportados en este estudio tales como los conocimientos, actitudes, prácticas, creencias y saberes para dar soluciones que sean efectivas y con mayor oportunidad de utilidad e impacto para las personas, familias y comunidades que transcurren por problemáticas con la alimentación a razón de un cáncer o su tratamiento. En respuesta a ello, producto de esta investigación se ha

diseñado un recetario, que contempló aspectos para el diseño de alimentos o recetas para los niños con cáncer con relación a los hallazgos de las actitudes y prácticas, disponibilidad, acceso y la región, teniendo en cuenta además hallazgos frente a la enfermedad y tratamiento (44).

Conclusiones

Producto de los cambios estructurales y funcionales de aquellos órganos y sistemas involucrados en el proceso de alimentación, condiciones que son temporales relacionadas con la patología oncológica y sus tratamientos específicos, se hace necesario el desarrollar propuestas de alimentación que permitan modular el impacto nutricional negativo además de favorecer el control de estas condiciones que deterioran la calidad de vida de este grupo poblacional.

En el proceso de atención y cuidado de la salud de niños con diagnóstico de cáncer es necesario generar un vínculo entre los profesionales de la salud, la familia y el paciente que permitan aclarar algunos conceptos culturales, mitológicos, económicos, de creencias familiares y regionales relacionados con la nutrición y alimentación del paciente que faciliten el mejoramiento de su salud, considerando también alternativas culinarias y gastronómicas que permitan satisfacer sus necesidades nutricionales de acuerdo con el ciclo vital. No obstante,

se deben ofrecer opciones de alimentación que sean acordes con los síntomas, tanto de la enfermedad misma, como del tratamiento, por ejemplo, disfagia, xerostomía y náuseas, entre otros, todo esto contribuiría a mejorar la salud y por ende la calidad de vida de los pacientes. Entonces es necesaria una intervención que permita que el proceso de nutrición se desarrolle cumpliendo los objetivos terapéuticos con los mismos recursos económicos y nutricionales con los que suelen contar los familiares del paciente. Así mismo, es útil contar con herramientas tales como un recetario apropiado que facilite a los padres y cuidadores la alimentación de sus hijos durante el tratamiento y luego durante el período ambulatorio en casa.

Agradecimientos

Los autores de este artículo agradecen principalmente a los niños y acudientes que participaron en este estudio, así mismo al personal de los albergues. A los médicos y enfermeras especialistas de las Unidades Funcionales del INC que participaron en los grupos de enfoque. A la Universidad ECCI por financiar este proyecto bajo la convocatoria VIN047 de 2019.

Conflicto de intereses y financiación

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno.

Este trabajo fue financiado por la Universidad ECCI en colaboración con el Instituto Nacional de Cancerología.

Consideraciones éticas

Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética Institucional de la Universidad ECCI en la sesión del 11 de junio 2019 con el acta número 001-2019.

Referencias

1. OMS. Cáncer [Internet]. OMS. 2022 [citado el 27 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LAG, Moreno F, Dolya A, Bray F, et al. International incidence of childhood cancer, 2001–10: a population-based registry study. *Lancet Oncol* [Internet]. 2017;18(6):719–31. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1470-2045\(17\)30186-9](http://dx.doi.org/10.1016/s1470-2045(17)30186-9)
3. World Health Organization. CureAll framework: WHO global initiative for childhood cancer: increasing access, advancing quality, saving lives. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2021.
4. Lam CG, Howard SC, Bouffet E, Pritchard-Jones K. Science and health for all children with cancer. *Science*. 2019;363(6432):1182–6.
5. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal [Internet]. Boletín epidemiológico semanal. 2021 [citado el 27 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2021_Boletin_epidemiologico_semana_5.pdf
6. Instituto Nacional de Cancerología. Infografía cáncer en cifras INC 2020 [Internet]. Instituto Nacional de Cancerología. 2021 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/medios-comunicacion-1/infografias/infografias-cancer-cifras-inc-2020>

7. Bravo LE, Muñoz N. Epidemiology of cancer in Colombia. *cm* [Internet]. 2018;49(1):9–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25100/cm.v49i1.3877>
8. Puentes B, Lorena A. Guía de manejo nutricional para los pacientes pediátricos oncológicos hospitalizados en el Hospital Universitario San Ignacio – HUSI. Pontificia Universidad Javeriana; 2019.
9. Narula G, Prasad M, Jatia S, Subramanian PG, Patkar N, Tembhare P, et al. Clinicoepidemiological profiles, clinical practices, and the impact of holistic care interventions on outcomes of pediatric hematolymphoid malignancies - A 7-year audit of the pediatric hematolymphoid disease management group at Tata Memorial Hospital. *Indian J Cancer* [Internet]. 2017 [citado el 28 de septiembre de 2022];54(4):609–15. Disponible en: <https://www.indianjancer.com/article.asp?issn=0019-509X;year=2017;volume=54;issue=4;epage=609;epage=615;aualast=Narula>
10. Ringwald-Smith K, Hobar A, Flowers C, Badgett K, Williams-Hooker R, Roach RR, et al. Comparison of resting energy expenditure assessment in pediatric oncology patients. *Nutr Clin Pract* [Internet]. 2018;33(2):224–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ncp.10002>
11. Ladas EJ. Integrative medicine in childhood cancer. *J Altern Complement Med* [Internet]. 2018;24(9–10):910–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2018.0224>
12. Damasco-Ávila E, Velasco-Hidalgo L, Zapata-Tarrés M, Cárdenas-Cardos R, Rivera-Luna R. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2019;76(3):113–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/BMHIM.19000072>
13. Hernando Requejo O, Rubio Rodríguez MC. Nutrition and cancer. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015;32 Suppl 1:67–72. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309243316013.pdf>
14. Bishop S, Reed WM. The provision of enteral nutritional support during definitive chemoradiotherapy in head and neck cancer patients. *J Med Radiat Sci* [Internet]. 2015;62(4):267–76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jmrs.132>
15. Zimmermann K, Ammann RA, Kuehni CE, De Geest S, Cignacco E. Malnutrition in pediatric patients with cancer at diagnosis and throughout therapy: A multicenter cohort study: Malnutrition in Pediatric Oncology Patients. *Pediatr Blood Cancer* [Internet]. 2013;60(4):642–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/pbc.24409>
16. Info A, Bravo LE, Collazos; García; Stella L, Correa; et al. Trends of cancer incidence and mortality in Cali, Colombia. 50 years' experience [Internet]. *Org.co*. [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v43n4/v43n4a02.pdf>
17. Buamden S. Relación entre la disponibilidad alimentaria y la mortalidad por cáncer colorrectal en América. *Salud Colect* [Internet]. 2018;14(3):579–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2018.1556>
18. Pfizer.es. [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.pfizer.es/docs/pdf/salud/oncoactiva/PFI_ONC_oncoactiva_27.pdf
19. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Guidelines for assessing nutrition-related knowledge, attitudes and practices: KAP manual. Rome, Italy: Food & Agriculture Organization of the United Nations (FAO); 2014.
20. Pinto Rodríguez A, Zabala Puentes HL. Propuesta turística cultural: recetario gastronómico del municipio de Campoalegre Huila [Internet]. [Bogotá Colombia]: Universitaria Agustiniiana; 2017 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uniagustiniana.edu.co/bitstream/handle/123456789/575/PintoRodriguez-Alejandro-1-2018.pdf?sequence=1>
21. Ríos Ramírez LM, Alemán Díaz JS. Las bebidas tradicionales del altiplano cundiboyacense y su vinculación con el turismo [Internet]. [Bogotá - Colombia]: Universidad Externado de Colombia; 2019 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/001/1503/1/BAA-spa-2019-Las_bebidas_tradicionales_del_altiplano_cundiboyacense_y_su_vinculacion_con_el_turismo
22. Smith N. Caspiroleta- Ponche -Candil [Internet]. *Mycolombiancocina.com*. [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.mycolumbiancocina.com/recipes/drinks/434-caspiroleta>

23. Varo Santos M de LÁ. Compuestos bioactivos y actividad antioxidante de frutos rojos y bebidas elaboradas a partir de ellos [Internet]. [Córdoba - España]: Universidad de Córdoba; 2018 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/17657/2019000001868.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Peña GM. Capítulo IX Soporte Nutricional en el Paciente Oncológico. En: Dieta y cáncer [Internet]. [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_09.pdf
25. ICBF. Plato saludable de la familia colombiana [Internet]. 2015 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/manual_facilitadores_gaba.pdf
26. Silva Sarmiento GE. Desnutrición en Colombia - Desde lo social, lo económico y lo político. Programa de educación continua en pediatría - Sociedad Colombiana de Pediatría. 6–19.
27. Realpe Silva FG. Influencia de conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los cuidadores en el hogar, en el estado nutricional de los niños y niñas en edad preescolar que asisten al Centro de Desarrollo Infantil Arquita de Noé en el período julio – noviembre 2013 [Internet]. [Quito - Ecuador]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2014 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7520/8>.
28. Olagunju A, Sandewa O. Comparative physicochemical properties and antioxidant activity of dietary soursop milkshake. *Beverages* [Internet]. 2018;4(2):38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/beverages4020038>
29. Ardila Pinto F, Valoyes E, Melo M. Documento nacional hábitos y prácticas alimentarias [Internet]. 2013 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-336866_archivo_pdf_UNAL_habitos_alimentarios.pdf
30. Robles-Agudo F, Sanz-Segovia F, López-Arrieta JM, Beltrán de la Ascensión M. Alimentación y cáncer. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2005 [citado el 28 de septiembre de 2022];40(3):184–94. Disponible en: <https://medes.com/publication/17124>
31. Wilhelm Sosa KN. Factores que impiden la recuperación nutricional en niños de 6 a 59 meses de edad con desnutrición aguda moderada sin complicaciones en tratamiento con Alimentos Terapéuticos Listos para el Consumo (ATLC) [Internet]. [Guatemala - Guatemala]: Universidad Rafael Landívar; 2014 [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Wilhelm-Katherine.pdf>
32. Álvarez-Castaño LS. Los determinantes sociales y económicos de la salud. *Asuntos teóricos y metodológicos implicados en el análisis. Gerenc Políticas Salud* [Internet]. 2014;13(27). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.rgyys13-27.dses>
33. ICBF. Recuperación Nutricional con Enfoque Comunitario [Internet]. Portal ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/portafolio-de-servicios-icbf/recuperacion-nutricional-con-enfoque-comunitario>
34. Nutrición y crecimiento [Internet]. Unicef.org. [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/nutricion-y-crecimiento>
35. Goddard E, Cohen J, Bramley L, Wakefield CE, Beck EJ. Dietary intake and diet quality in children receiving treatment for cancer. *Nutr Rev* [Internet]. 2019;77(5):267–77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/nutrit/nuy069>
36. Patel A, Pathak Y, Patel J, Sutariya V. Role of nutritional factors in pathogenesis of cancer. *Food Qual Saf* [Internet]. 2018;2(1):27–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/fqsafe/fyx033>
37. Guerdoux-Ninot E, Kilgour RD, Janiszewski C, Jarlier M, Meuric J, Poirée B, et al. Meal context and food preferences in cancer patients: results from a French self-report survey. *Springerplus* [Internet]. 2016;5(1):810. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s40064-016-2538-1>
38. Coa KI, Epstein JB, Ettinger D, Jatoi A, McManus K, Platek ME, et al. The impact of cancer treatment on the diets and food preferences of patients receiving outpatient treatment. *Nutr Cancer* [Internet]. 2015;67(2):339–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/01635581.2015.990577>

39. de Vries YC, Winkels RM, van den Berg MMGA, de Graaf C, Kelfkens CS, de Kruif JTCM, et al. Altered food preferences and chemosensory perception during chemotherapy in breast cancer patients: A longitudinal comparison with healthy controls. *Food Qual Prefer* [Internet]. 2018; 63:135–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodqual.2017.09.003>
40. Kim Y-H, Kim GM, Son S, Song M, Park S, Chung HC, et al. Changes in taste and food preferences in breast cancer patients receiving chemotherapy: a pilot study. *Support Care Cancer* [Internet]. 2020;28(3):1265–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-04924-9>
41. Chazelas E, Srouf B, Desmetz E, Kesse-Guyot E, Julia C, Deschamps V, et al. Sugary drink consumption and risk of cancer: results from NutriNet-Santé prospective cohort. *BMJ* [Internet]. 2019;366: l2408. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l2408>
42. Wardle J, Herrera M-L, Cooke L, Gibson EL. Modifying children's food preferences: the effects of exposure and reward on acceptance of an unfamiliar vegetable. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2003;57(2):341–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601541>
43. Guthrie CA, Rapoport L, Wardle J. Young children's food preferences: a comparison of three modalities of food stimuli. *Appetite* [Internet]. 2000;35(1):73–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1006/appe.2000.0329>
44. Pérez Walteros NA, Uriza Pinzón JP, Ivorra Peñafort JM, Franco JC, Parra Ocampo JF, Rodríguez Delgadillo V, et al. Saboreando la vida [Internet]. Universidad ECCI; 2021 [citado el 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.cancer.gov.co/recursos_user/files/libros/archivos/RECETARIO_Saboreando_la_vida.pdf