



Asegurar una adecuada alimentación del lactante y del niño pequeño, en especial en lo referente a la lactancia materna y alimentación complementaria, es fundamental para su crecimiento, desarrollo y buen estado de salud. Es durante esta época de la vida cuando se presentan los principales problemas de mala nutrición. La desnutrición tiene consecuencias de corto y de largo plazo. En el corto plazo, tiene lugar un aumento en la morbilidad y mortalidad infantil así como retraso en el desarrollo físico y mental. En el largo plazo, provoca deficiencias en la capacidad de aprendizaje y de trabajo, alteraciones en la función reproductiva y un incremento en el riesgo de padecer enfermedades crónico/degenerativas. Las causas inmediatas de estos problemas residen en una deficiente lactancia materna y en una inadecuada alimentación complementaria, aunada a la presencia de enfermedades infecciosas como son episodios de diarreas y enfermedades respiratorias repetitivas.¹ En este texto se expone brevemente la edad de inicio de los principales problemas de mala nutrición y la importancia que reviste la alimentación infantil en la génesis de éstos problemas. Posteriormente se presentan las recomendaciones actuales sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño y finalmente, se sugieren estrategias y acciones para promover una alimentación complementaria correcta.

Nutrición *y alimentación infantil*

¿Cuáles son causas de la mala nutrición?

¿Cuáles son las consecuencias de una mala nutrición?

¿Cómo se diagnostica la mala nutrición?

¿Cuáles son las recomendaciones para el tratamiento de los problemas de la mala nutrición?

Inicio de una mala nutrición

En México, los principales problemas de nutrición de los niños menores de 5 años son la desnutrición crónica (talla baja), la deficiencia de zinc y hierro, y la anemia.

¿Cuáles son los problemas de nutrición en los menores de cinco años en México?

La infancia temprana es la edad en que se presentan los problemas de nutrición, específicamente entre los 3 y 40 meses de vida. De aquí que exista pleno consenso internacional de que esta época de la vida ofrece una «ventana de oportunidad» para realizar intervenciones específicas para prevenir o controlar los problemas de nutrición infantil. Actualmente, muchos de los programas encargados de combatir la desnutrición en México focalizan sus acciones en este grupo de edad.¹

En México², los principales problemas de nutrición de los niños menores de 5 años son la desnutrición crónica (talla baja), la deficiencia de zinc y hierro, y la anemia. La talla baja tiene una prevalencia de 17.8% en el ámbito nacional. En regiones rurales del país esta cifra se incrementa a 32.2% de los niños. La prevalencia de bajo peso es mucho menor con: 7.6% en el ámbito nacional y 12.3% en zonas rurales. La deficiencia de hierro se presenta en 51.5% y de zinc 33% de los niños. En zonas rurales estas cifras se incrementan: 64.5% y 50.9% respectivamente. La anemia, también presenta su mayor prevalencia en este grupo de edad y su comportamiento es bastante homogéneo en todo el país, ya que afecta al 27.2% de los niños del país y al 29.5% de los niños que habitan en zonas rurales. No es de extrañar que las altas prevalencias de anemia ocurren a esta edad,

dados los altos requerimientos de hierro y la baja disponibilidad de este mineral en la alimentación complementaria proporcionada al lactante.

En un estudio reciente con datos de pesos y tallas de niños de 39 países en vías de desarrollo, se pudo constatar que el retraso en el crecimiento tanto lineal como de peso se presenta dentro de los primeros meses de la vida³. Este estudio señala que el retraso en el crecimiento lineal y la deficiencia de peso son fenómenos independientes. El primero, inicia al nacimiento y continúa hasta los 36 meses. La deficiencia de peso inicia a los 3 meses y continúa hasta los 15 meses de edad. Esto implica que niños de 15 meses de edad pueden tener un peso adecuado para su talla e incluso para su edad mientras que su crecimiento lineal sigue deteriorándose hasta los 36 meses aproximadamente. Sin embargo, mientras que la deficiencia de peso es reversible, el retraso en el crecimiento lineal después de los 36 meses de edad es irreversible. En cuanto a la anemia, su prevalencia empieza a declinar después de los 24 meses de edad, sin embargo, el daño producido al sistema nervioso central es, al igual que con el retraso en el crecimiento, irreversible, lo que se traduce en un pobre rendimiento escolar, alteraciones en la atención y en la integración sensorial.⁴

Generalmente se subestima la importancia que juega proporcionar una alimentación y nutrición correcta en esta época de la vida para la prevención de estos problemas. Las prácticas incorrectas de alimentación infantil son una de las principales causas de desnutrición que se presentan en los lactantes y niños de corta edad.

Los niños que no son alimentados al seno materno tienen una mayor incidencia de infecciones, crecen menos y tienen 6 veces más probabilidades de morir dentro del primer mes de vida, que aquellos que recibieron lactancia materna.⁵ A partir de los 6 meses de edad, cuando la leche materna ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricias del pequeño, es necesario introducir alimentos diferentes a la leche materna y es el momento en que el lactante entra en un período de alta vulnerabilidad.

Diversos factores propician la vulnerabilidad del lactante durante el período de alimentación complementaria. Entre ellos se encuentra que generalmente los alimentos que se ofrecen al lactante son de baja calidad nutricia y se proporcionan en poca cantidad; existe una limitada capacidad gástrica del lactante lo que restringe la cantidad de alimentos que el niño puede consumir en cada comida; y, las infecciones reducen el apetito e incrementan el riesgo de tener una ingesta inadecuada de alimentos además de elevar sus necesidades energéticas y proteicas. Es por ello, que la oportunidad, la adecuación y la inocuidad de los alimentos complementarios ofrecidos al lactante, cobran especial importancia en la

prevención de los problemas de nutrición que se presentan en esta época de la vida.

Desde hace 15 años, México ha mostrado una clara voluntad política para la instrumentación de diversas estrategias y acciones, destinadas a proteger, promover y apoyar la lactancia materna. Destacan entre ellas, la promulgación de legislación específica para eliminar la donación gratuita, por parte de los fabricantes de fórmulas infantiles a los hospitales para la alimentación de los recién nacidos. Asimismo, se impulsó y difundió en todo el país el Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, en el que se exponen políticas y guías explícitas para el manejo y alimentación del recién nacido (en el año 2000, 96% de los hospitales públicos del país se encontraban certificados como Hospitales Amigos del Niño y de la Madre)⁶.

A pesar de todas las acciones realizadas a favor de la lactancia materna en nuestro país, no ha ocurrido lo mismo en cuanto a la alimentación complementaria. Es necesario adoptar una estrategia pública que promueva y unifique las recomendaciones para mejorar las prácticas de alimentación infantil en México.



¿Cuáles son las recomendaciones para una correcta alimentación infantil?

Es oportuno precisar qué entendemos por alimentación complementaria. Se denomina formalmente alimentación complementaria, al período que se inicia cuando la leche materna ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutrimentales del bebé, por lo que se hace necesario proporcionarle otro tipo de alimentos, conjuntamente con la leche materna.

Inicio de la alimentación complementaria

Actualmente la Organización Mundial de la Salud recomienda que la lactancia materna exclusiva se practique durante los primeros 6 meses de vida y que se inicie la alimentación complementaria a partir de esta edad¹. Varios países han adoptado esta recomendación ya que existe evidencia de que proporcionar alimentos diferentes a la leche materna antes de esta edad, no proporciona ninguna ventaja para la salud del bebé y sí puede presentar desventajas ya que provoca que el lactante reciba menos leche materna por el desplazamiento de los alimentos proporcionados. También provoca una disminución en la duración de la lactancia materna, interfiere con la absorción de nutrientes importantes como es el caso del hierro y el zinc, y también reduce la eficacia de la lactancia en prevenir nuevos embarazos. Después de los 6 meses de edad, el remplazo de la leche materna por la alimentación complementaria es mucho menos importante que antes de esta etapa.

Una vez iniciada la introducción de alimentos distintos a la leche materna a partir de los 6 meses, se recomienda continuar con la lactancia materna a libre demanda hasta los dos años de edad. Entre los 12 y 24 meses de edad, el consumo promedio de leche materna en países en desarrollo es de alrededor de 550 g/d² obteniendo el infante alrededor del 35 al 40% de sus necesidades energéticas a partir de los lípidos contenidos en la leche materna y

por consecuencia obtener ácidos grasos esenciales, que difícilmente puede ser obtenidos a partir de alimentos complementarios.

Tipo y cantidad de alimentos

Los requerimientos energéticos de niños sanos alimentados al seno materno es de aproximadamente 615 kcal/d de los 6 a los 8 meses; de 686 kcal/d de los 9 a 11 meses y de 894 kcal/d de los 12 a los 23 meses de edad. La ingesta energética promedio de leche materna para las edades de 6 a 8 meses, 9 a 11 meses y de 12 a 24 meses es, respectivamente, de 413 kcal/d, 379 kcal/d y 346 kcal/d.¹.

Requerimientos energéticos de niños sanos alimentados al seno materno

Meses	kcal/d
6 a 8	615
9 a 11	686
12 a 23	894

Ingesta energética promedio de leche materna

Meses	kcal/d
6 a 8	413
9 a 11	379
12 a 23	346

Las necesidades energéticas de la alimentación complementaria, se calculan restando la ingesta energética promedio de la leche materna, de los requerimientos energéticos para una edad determinada. Así la cantidad de alimentos complementarios que cubrirían las necesidades energéticas de los lactantes serían de 137 a 187 g/d de los 6 a 8 meses; 206 a 281 g/d de los 9 a 11 meses y 378 a 515 g/d de los 12 a 23 meses, dependiendo de la densidad energética de los alimentos proporcionados².

En términos generales, la cantidad proteica de la dieta es adecuada si el contenido energético es el adecuado. Excepciones a esta regla se encuentran en lactantes a los que se les proporcionan alimentos bajos en proteínas. La densidad proteica (gramos de proteínas por 100 kcal de alimento) recomendada para la alimentación complementaria en lactantes de entre 6 y 24 meses de edad es de 0.7g/100 kcal.³

La cantidad y digestibilidad de las proteínas deberán tomarse en cuenta al evaluar lo adecuado de la alimentación complementaria. Las proteínas de mayor valor biológico y mejor digestibilidad se encuentran en la leche materna, seguida por proteínas de origen animal (carne, leche, huevos). Una combinación adecuada de otros alimentos también puede proporcionar proteínas de alta calidad, como la combinación de arroz o maíz con frijoles.

Después de los 6 meses, las reservas de hierro y zinc principalmente, se agotan y es necesario consumir alimentos ricos en estos minerales a través de la alimentación complementaria. Así, de los 9 a 11 meses de edad, el hierro proveniente de la alimentación complementaria deberá cubrir el 97% del requerimiento de este mineral; 86% de zinc; 81% de fósforo; 76% de magnesio; 73% de

sodio y 72% de calcio.⁴ Es por esto que la densidad de estos nutrimentos, contenidos en los alimentos complementarios deberá ser alta para cubrir estos requerimientos. Al calcular las densidades contenidas de estos nutrimentos en los alimentos que típicamente se proporcionan a los lactantes en países en desarrollo y compararlos con los requerimientos diarios, se encontró que los alimentos proporcionados no alcanzaban a cubrir los requerimientos para hierro, zinc y vitamina B6 y de allí su denominación como «nutrimentos problema»⁵. De aquí la importancia de realizar una buena selección y combinación de alimentos complementarios.

La biodisponibilidad del hierro, es decir, la cantidad de hierro que es realmente absorbido por el organismo y disponible para su utilización, es muy importante. El hierro que mejor biodisponibilidad tiene para el ser humano es el que se encuentra en la leche materna, con una tasa de absorción del 70% cuando la lactancia es exclusiva. El hierro que se encuentra en alimentos de origen animal se absorbe mejor (hasta el 22%) que aquel que proviene de alimentos vegetales (del 1 al 6%). El hierro de origen vegetal, se absorbe mejor en presencia de carne, pescado y ácido ascórbico y se absorbe menos con la presencia de yema de huevo, leche, te o café.



Algunos alimentos de origen animal contienen mayor densidad de hierro y contienen un hierro más biodisponible que otros; este es el caso de la carne roja y el hígado. Mientras que el hierro de la leche y sus derivados es menos biodisponible. La yema de huevo es rica en hierro pero con baja biodisponibilidad. Algunas verduras contienen cantidades razonables de hierro pero presentan también baja biodisponibilidad. Dentro de estos se encuentran los frijoles, lentejas, la soya, y vegetales de hojas grandes.

Una dieta rica en hierro biodisponible (por arriba del 19% de absorción) usualmente es una dieta variada con cantidades razonables de carne, pescado y pollo (arriba de 90g) y alimentos ricos en ácido ascórbico (25mg a 75 mg). La densidad de hierro contenida en la alimentación complementaria generalmente no es la suficiente para cubrir las necesidades de este mineral⁷. Es por ello que se recomienda proporcionar al lactante alimentos infantiles comerciales fortificados con hierro para cubrir los requerimientos de este mineral. Ante la alta prevalencia de deficiencia de hierro y anemia en la población mexicana, la Secretaría de Salud ha instrumentado programas de salud pública para proporcionar a la población rural e indígena mexicana, suplementos con hierro y otras vitaminas y minerales⁶, así como suplementos alimenticios enriquecidos con hierro⁷.

El papel que juega el zinc en la prevención de la morbilidad y mortalidad causada por las enfermedades infecciosas se ha documentado recientemente. En países en vías de desarrollo, la densidad promedio de zinc (0.8 mg/100 kcal) de los alimentos consumidos por niños menores de 1 año es más bajo que el recomendado (0.8 mg/100 kcal para niños de entre 6 y 8 meses y 0.5 mg/ 100 kcal para niños de entre 9 y 11 meses de edad). Al igual que con el hierro, los niños de 6 a 8 meses de edad tienen dificultad de cubrir los requerimientos de este mineral a través de la alimentación complementaria.

La densidad y biodisponibilidad de zinc es alta en alimentos de origen animal, especial-

mente en la carne y vísceras (principalmente el hígado) y la yema de huevo. Los vegetales, generalmente son pobres en su contenido de zinc y tienen baja biodisponibilidad, especialmente los granos y legumbres con alto contenido de fitatos. A diferencia del hierro, la presencia de ácido ascórbico no aumenta su absorción.

La frecuencia con la que se debe proporcionar la alimentación complementaria varía de acuerdo a la densidad energética de los alimentos, la cantidad de leche materna ingerida, y el tamaño del lactante. Los lactantes de tamaño mediano con edades de entre 6 y 8 meses con una ingesta promedio de leche materna, y una densidad energética de alimentos de 0.8 kcal/g necesitan de dos a tres comidas al día y de tres a cuatro comidas al día para las edades de 9 a 24 meses. Adicionalmente, se podrán ofrecer colaciones una o dos veces al día.⁸ Se entiende por colación, a los alimentos fáciles de preparar, consumidos entre comidas, estos pueden ser una fruta o un pan con mantequilla. Los lactantes que no son alimentados al seno materno o que su ingesta de leche materna sea esporádica, deberán ser alimentados 5 veces al día con alimentación complementaria desde el inicio de la introducción de alimentos diferentes a la leche.

Al principio los alimentos deberán ser suaves, es decir en forma de purés, sin estar diluidos (no es conveniente mezclar los alimentos). Los alimentos nuevos deben de introducirse uno a la vez y con intervalos de 3 a 7 días, para que de esta manera puedan observarse reacciones adversas como resultado de su ingestión. Es muy importante resaltar que la frecuencia de la alimentación al seno materno no debe ser modificada por la introducción de la alimentación complementaria. Las sopas y alimentos con muchos líquidos no proporcionan al lactante las calorías suficientes. En esta etapa, los alimentos denominados transicionales (alimentos proporcionados antes de la integración a la alimentación familiar) deberán ser preparados específicamente para los lactantes. Después de los 8 meses de edad, se le puede proporcionar al lactante los mismos

alimentos utilizados por el resto de la familia, siempre y cuando se hagan puré, se rebanen o se corten en pequeños trozos.

No se recomienda la ingestión de te y café pues contienen sustancias que interfieren con la absorción del hierro. Las bebidas azucaradas, también deberán evitarse pues únicamente proporcionan energía y por tanto pueden hacer que el niño pierda el apetito y no consuma otro tipo de alimentos más nutritivos. Asimismo, el exceso en el consumo de jugos, también provocan que el niño no consuma otro tipo de alimentos y además provoca disminución de la consistencia de las heces fecales. La Academia Americana de Pediatría recomienda no consumir más de 240 ml de jugo al día⁹.

La forma de proporcionar a los lactantes la alimentación complementaria debe ser a través de cucharas y tasas. Actualmente, no se recomienda la utilización de biberones pues es una fuente de contaminación y reduce el tiempo de mamar, lo que interfiere con la alimentación al pecho a libre demanda y puede alterar la dinámica de alimentación¹⁰

¿Cuáles son las recomendaciones de higiene en alimentos?

La mayor incidencia de enfermedades diarreicas se presenta de los 6 a los 12 meses de edad, es decir, a medida en que la ingesta de alimentos complementarios aumenta. La contaminación ya sea de los alimentos o de los utensilios utilizados para proporcionarlos son las principales causas de las enfermedades diarreicas y por tanto pueden ser prevenidas a través de la higiene.



Algunas recomendaciones en el manejo de los alimentos son: lavar las manos con agua y jabón antes de su preparación, usar siempre alimentos frescos, lavar los alimentos crudos cuidado-

samente, utilizar utensilios limpios, evitar el uso de botellas y biberones, guardar alimentos precoderos y los preparados en el refrigerador, recalentar los alimentos correctamente, consumir los alimentos después de 2 horas posteriores a su preparación si estos no se guardan en el refrigerados, proteger los alimentos y los utensilios contra la fauna nociva (cucarachas, ratas, moscas) y del polvo.

Otras recomendaciones

Lograr una correcta alimentación complementaria no depende únicamente de los alimentos que se proporcionan al bebé sino también del cómo, cuándo, dónde y por quién es alimentado el niño.

Es importante ayudar y estimular al niño a comer. Esto requiere paciencia ya que los niños comen lentamente y generalmente se distraen. Se debe propiciar que el niño coma solo, incluso con sus manos, pero cerciorándose de que consuma suficientes alimentos.

La Organización Mundial de la Salud recomienda practicar la alimentación con sensibilidad e interés hacia el bebé. Algunas recomendaciones prácticas son:

- 1) Alimentar al niño directamente teniendo mucho cuidado de observar signos de hambre y saciedad;
- 2) Alimentar al niño lenta y pacientemente estimulándolo a comer, pero no forzarlo;
- 3) Si el niño no quiere comer varios alimentos, experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y métodos de estimulación;
- 4) Minimizar las distracciones durante la comida, especialmente si el niño pierde la atención con facilidad;
- 5) Hablarle al niño mientras se le alimenta y hacer contacto visual con él.¹

Bibliografía

- ¹ *The Care Initiative: Assessment, Analysis, and Action to Improve Care for Nutrition.* UNICEF, New York. 1997
- ² Rivera-Dommarco J. *Estrategias y acciones para corregir deficiencias nutricias* Bol Hosp. Infant Mex 2000 57 (11): 641-649
- ³ *Encuesta Nacional de Nutrición 1999.* Inst. Nac. Salud Pública de México
- ⁴ Shrimpton R, et al. *Worldwide timing of growth faltering: implications for nutrition interventions.* Pediatrics 2001;107:1-17
- ⁵ Grantham-McGregor S, Ani C. *A review of studies on the effect of iron deficiency on cognitive development in children.* Journal of Nutrition 2001;S827-S830
- ⁶ *WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Child Mortality due to infectious diseases in developing countries: a pooled analysis.* Lancet 2000, 355:451-55
- ⁷ *Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia: Evaluación 1990-2000* Comisión Nacional de Acción a Favor de la Infancia
- ⁸ *WHO Report of the Expert Consultation on the optimal duration of breastfeeding.* Geneva: World Health Organization, 2002
- ⁹ *WHO/UNICEF Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge.* Geneva: World Health Organization, 1998
- ¹⁰ 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 2003, 24(1):5-28
- ¹¹ *WHO Complementary feeding: Family foods for breastfed Children.* Geneva: World Health Organization 2000
- ¹² Dewey KG, Beaton G, Fjeld C, et al. *Protein requirements of infants and children.* Eur J Clin Nutr 1996; 50 Suppl 1:S119-47
- ¹³ Dewey KG *Nutrition, growth and complementary feeding of the breastfed infant.* Ped Clin N Amer 2001;48:87-104
- ¹⁴ Lutter CK, Rivera JA. *Nutritional status of infants and young children and characteristics of their diets.* 2003 J. Nutr. 133:2941S-2949S
- ¹⁵ *Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida y Programa de Acción: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas.* Secretaría de Salud. 2001

FUNDACIÓN FRANCO-MEXICANA PARA LA MEDICINA IAP
Institución de Asistencia, sin fines de lucro. Marca Registrada.
Miembro de la Junta de Asistencia Privada. Oficio «PJAP/296/2004», escritura pública No. 159.771, 25 de Agosto de 2004.
RFC: FFM040825DTA. Autorización emisión recibos deducible de ISR (SAT, SHCP 24 febrero 2006, diciembre 2006. # 325-SAT-09-IV-E-76194 expediente 10066). Boletín «Enlaces Médicos» Francia-México. Registro ISSN 1870-445X. Marca registrada. 8,000 ejemplares y 24,000 lectores. Asociado con el INSP y su revista PME (Práctica Médica Efectiva).
Presidentes Honorarios. Alain Le GOURRIEREC y Dr. José Ángel CORDOVA VILLALOBOS **Secretario de Salud.** Vicepresidentes Hon. Don. Henri BREMOND, Lic. Miguel Ángel YUNES DG ISSSTE, Dr. Didier JAYLE. **Pte. Misión Interministerial de Lucha contra las Toxicomanias (MILT FR)**, Dr. Jesús KUMATE Pte. **Fundación IMSS**, Pr. Claude BENHAMOUR **Dir. Universidad Virtual Médica Francófona (UMVF FR)**, Dn. Agustín Legorreta, **Presidente Federación Alianzas Francesas de México**, Dr. Mauricio HERNÁNDEZ **Subsecretario de Prevención**, Dr. Julio SOTELO **Coordinador Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**, Dr. Fernando GABILONDO **DG Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición SZ**, Dr. Fauste ATHIE **DG Instituto Nacional de Cardiología ICH**, Dr. Mario HENRY **DG Instituto Nacional de Salud Pública**, Dr. Francisco HIGUERA **DG Hospital General de México**, Dr. Roberto SIMÓN. **DG Hospitales Ángeles**, Dr. Sergio RODRÍGUEZ **C Pte. Asociación Médica Franco-Mexicana.**

► Cultinotas Web

Los siguientes sitios en Internet contienen información importante.

www.mangerbouger.fr Presenta las bases saludables: Comer y Moverse. Para todo público, dependiendo de su edad y para profesionales de la salud, educación, social, organizaciones sociales y prensa.

www.sante.gouv.fr. Es el sitio de la Secretaría de Salud de Francia, en donde se puede buscar cualquier tema y aparecen textos en PDF que se pueden descargar. Y es un canal de entrada a todo el sistema francés de salud.

www.inpes.sante.fr, Es el sitio del Instituto Nacional de Prevención y Educación para la Salud de Francia. En donde se pueden consultar los programas para los diferentes, destacando los que refuerzan la vida saludable.

www.anaes.fr Es el sitio de Alto Comisionado en Salud de Francia. Que busca desarrollar nuevas modalidades de cooperación, y evalúa los programas de salud.

www.sfpediatricie.com Sociedad Francesa de Pediatría. Una de las organizaciones mas activas e importantes en la promoción de programas de prevención y tratamiento infantil, en donde la nutrición saludable es prioritaria.

www.epode.fr. Es un sitio en donde se promueven prácticas saludables de nutrición.

► Medinotas

Consultar una propuesta interesante francesa, en el libro: Barriguete y García Viveros (Ed). «Es Una Dieta o un Trastorno de la Alimentación». México. FCE. 2007. El capítulo: «Francia. Programa Nacional. Nutrición Salud: Evaluar y dar Seguimiento a La Corpulencia de los Niños¹». Christelle Duchène (INPES) y el Dr. Hélène Thibault (DGS), con la colaboración especial de la Sra. Rolland-Cachera, los Profesores: Ricour, Turck, Tounian y los Doctores: Topuz, Morane y Romano. Ministerio de la Salud y la Solidaridad de Francia. Instituto Nacional de Prevención y Educación para la Salud de Francia.

informes@ffmm-iap.net

¹ 2006.

Traducción Fundación Franco-Mexicana para la Medicina IAP. Hélène Blocquaux, J. Armando Barriguete M. y Enrique Río V.

Correspondencia: Fundación Franco-Mexicana para la Medicina IAP.

Sede Embajada de Francia. Lafontaine 32, Polanco. Del. Miguel Hidalgo 11560 D.F. México. 2° piso, oficina 221.Tel.: 5690-6320

Directorio. *Presidente Honorario.* Alain Le Gourrierc. *Vicepresidente Honorario:* Henry Bremond, Jesús Kumate, Fernando Gabilondo, Mauricio Hernández, Francisco Higuera. *Presidente.* Armando Barriguete M. *Secretario.* Pablo Casaubon, *Tesorero.* Guillermo Robles. *Director* Enrique Ríos.

www.FFMM-IAP.net Informes: informes@ffmm-iap.net

ENLACES MÉDICOS[®]

•Francia - México•