

2020

INFORMACIÓN Y PRÁCTICAS SOBRE **LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA** DE MADRES DE NIÑOS DE 2 Y 3 AÑOS

Autor: Ana Magnoni | Tutor: Natalia Sordini



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
LIC. EN NUTRICIÓN



*“En tiempos de cambio,
quienes estén abiertos al aprendizaje
se adueñarán del futuro,
mientras que aquellos que creen saberlo todo
estarán bien equipados para un mundo que ya no existe”*

Eric Hoffer



Dedicatoria

A mi familia, que me acompaña
y me guía todos los días.



Agradecimientos

- En primer lugar, a mis papas, Susana y Máximo que con su amor incondicional me ayudaron a no perderme en este largo camino.
- A mis hermanos, Juan, Delfina y María que, a pesar de la distancia, son una compañía y ayuda constante.
- A Luca, verlo crecer hizo que me interesara tanto por estos temas, y por su amor y alegría.
- A Rosario, por ayudarme con el diseño de la tesis.
- A Matías, por escucharme y ayudarme en todo momento.
- A mis amigas, que, aunque cada una siga su camino, puedo contar con ellas.
- A mis amigos de la facultad, que fueron los que hicieron más liviana y divertida cada hora de cursada y examen.
- A mi tutora, Natalia Sordini por su escucha y comprensión.
- A Vivian Minnard, por el asesoramiento metodológico.
- Al jardín, a su personal, a los padres y a los niños quienes me abrieron las puertas de la institución y me brindaron información de forma desinteresada.



Resumen

La alimentación en los primeros años de vida constituye un factor clave en la salud futura del niño. En nuestro país, los índices de sobrepeso y obesidad crecen de manera agigantada. Es importante educar a padres y cuidadores para llevarla a cabo de manera saludable desde el inicio de la vida.

Objetivo: Identificar la información y prácticas sobre lactancia y alimentación complementaria que refieren las madres de niños de 2 y 3 años de un jardín maternal de una universidad de Mar del Plata en el año 2019.

Materiales y Métodos: Este estudio es de tipo descriptivo y transversal. La población sujeta a estudio comprende madres de niños de 2 y 3 años que asisten a un jardín maternal de una universidad de Mar del Plata. El instrumento de recolección de datos estuvo conformado por una encuesta prediseñada enviada a los padres donde se indagó sobre las prácticas de lactancia y alimentación complementaria. Los datos fueron analizados estadísticamente.

Resultados: Se observó una fuerte elección a la lactancia materna. El 65% de la población encuestada brindó lactancia materna exclusiva. Un 15% brindó lactancia materna junto con agua o bebidas a base de agua, otro 15% lactancia materna parcial y solo un 5% utilizó en su totalidad lactancia artificial.

Tres cuartos de la población comenzó con la alimentación complementaria a los 6 meses. El 2,5% a los 4 meses, el 17,5% brindó el primer alimento a los 5 meses, y el 2,5% restante a los 7 meses.

Conclusiones: El tipo de lactancia aportada fue casi en su totalidad lactancia materna, y de esta la gran mayoría fue lactancia materna exclusiva. Más de la mitad de las madres dejó de aportar lactancia materna antes de los 18 meses. La técnica de alimentación BLW (Baby Led Weaning) o Alimentación Complementaria Autorregulada es conocida por la mitad de las madres, y fue utilizada por algunas de ellas.

Palabras clave: Lactancia – Lactancia materna – Alimentación complementaria – BLW – Padres.



Abstract

Diet in the first years of life is a key factor in the future health of the child. In our country, the rates of overweight and obesity are growing dramatically. It is important to educate parents and caregivers to carry it out in a healthy way from the beginning of life.

Objective: To identify the information and practices on breastfeeding and complementary feeding reported by the mothers of children of 2 and 3 years of age in a kindergarten at a university in Mar del Plata in 2019.

Methodology: This study is descriptive and cross-sectional. The study population includes mothers of children of 2 and 3 years old who attend a kindergarten at a university in Mar del Plata. The data collection instrument was made up of a predesigned survey sent to parents where inquiries were made about breastfeeding and complementary feeding practices. The data was statistically analyzed.

Results: A strong choice of breastfeeding was observed. 65% of the surveyed population provided exclusive breastfeeding. 15% provided breastfeeding along with water or water-based beverages, another 15% partial breastfeeding, and only 5% fully used artificial breastfeeding.

Three quarters of the population started with complementary feeding at 6 months. 2.5% at 4 months, 17.5% provided the first food at 5 months, and the remaining 2.5% at 7 months.

Conclusions: The type of breastfeeding provided was almost entirely breastfeeding, and of this the vast majority was exclusive breastfeeding. More than half of the mothers stopped breastfeeding before 18 months. The BLW (Baby Led Weaning) or Complementary Self-Regulated Feeding technique is known to half of the mothers, and was used by some of them.

Key words: Lactation - Breastfeeding - Complementary feeding - BLW - Parents.



Índice

- [Introducción 9](#)
- [Capítulo 1 13](#)
- [Capítulo 2 28](#)
- [Diseño metodológico 42](#)
- [Análisis de datos 47](#)
- [Conclusiones 76](#)
- [Bibliografía 80](#)



Ana Magnoni

INTRO- DUC- *ción*



UNIVERSIDAD
FASTA

Introducción

La primera infancia comprende los dos primeros años de vida y se caracteriza por un crecimiento rápido, que se desacelera progresivamente desde el nacimiento. La alimentación en este periodo debe cubrir las elevadas necesidades energéticas y plásticas, aportar equilibradamente vitaminas y minerales, adecuarse a la capacidad digestiva limitada del niño y no sobrecargar en exceso con solutos los órganos excretores. Durante los primeros meses solo hay un alimento capaz de cumplir estas exigencias: la leche humana¹ (Hernández 2001)².

Morán, Naveiro, Blanco Fernández, Cabañeros, Rodríguez y Peral (2009) y Bartick y Reinhold (2010) citados por Niño, Silva y Atalah (2012)³, refieren que la lactancia hasta el sexto mes de vida favorece un adecuado crecimiento y desarrollo, impactando en causas evitables de morbimortalidad infantil, sin distinción de nivel socioeconómico o trabajo materno. Además, sugieren que la lactancia materna se asocia con una menor prevalencia de sobrepeso y de obesidad, y que esta asociación es más importante en aquellos niños con una lactancia más prolongada (Harder, Bergmann, Kallischning, Plagemann, 2005)⁴.

La lactancia materna, a su vez, se ve condicionada por múltiples factores. Ivarsson (2008) citado por Sacristán Martín, Lozano Alonso, Gil Costa, Vega Alonso y Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (2011)⁵ menciona que hay numerosos factores que influyen tanto en el inicio como en el mantenimiento de la lactancia materna. Plantea que existen factores que influyen positivamente, como la edad, experiencia, educación, saberes sobre los beneficios de la lactancia materna y el ambiente favorable hospitalario, y, por otro lado, refiere también los factores desfavorables como el tabaquismo, la incorporación de la madre al trabajo, prácticas hospitalarias erróneas, ofrecimiento precoz de biberones, prematuridad y bajo peso al nacer.

Del mismo modo, la alimentación complementaria también cumple un rol fundamental en el desarrollo futuro del niño. Pardo López (2012)⁶ cita a la Academia Americana de recomendaciones pediátricas para alimentación complementaria (2000) que establece que en la medida en que la madre este bien alimentada, las necesidades nutricias de los niños sanos y nacidos a término generalmente son bien provistos por la leche materna durante los primeros seis meses de vida. Después de este periodo es poco probable que la leche

1 Cualquier otro tipo de alimentación supone una sobrecarga que exigirá por parte del lactante la movilización de su energía de reserva para compensarla y lo colocará en una situación de equilibrio inestable.

2 Manuel Hernández Rodríguez es Pediatra de origen español autor del libro Alimentación Infantil.

3 Rosa Niño M, Gioconda Silva E y Eduardo Atalah son Matronas y Médico recibidos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

4 Thomas Harder, Robert Bergmann, Gabriel Kallischning y Andreas Plagemann son Médicos Pediatras de Inglaterra.

5 A.M. Sacristán Martín, J.E. Lozano Alonso, M. Gil Costa, A.T. Vega Alonso, Red Centinela Sanitaria de Castilla y León componen la Gerencia de Atención Primaria de Palencia, España y Observatorio de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Consejería de Sanidad. Castilla y León. Valladolid. España.

6 Jeanette Pardo López es Licenciada en Nutrición, Maestra en Psicoterapia Psicoanalítica, de Distrito Federal, México.



Introducción

materna cubra todos los requerimientos del niño, en especial los relacionados con la energía, las proteínas, el hierro, el zinc⁷ y algunas vitaminas liposolubles como la A y D. Por esta razón, desde el año 2001, la OMS recomienda que, sin suspender la lactancia materna, es necesario iniciar la alimentación complementaria a partir de los seis meses de vida.

Tal como se plantea, hay otros autores que coinciden en esta cuestión y agregan que las deficiencias nutritivas se hacen cada vez mayores a medida que el niño crece:

“Fomon y Vázquez (2001) mencionan que la deficiencia de hierro y la anemia de causa nutrimental afectan principalmente a los niños después de los seis meses, porque las necesidades de hierro, ácido fólico y otros nutrimentos no se satisfacen con los aportes que los niños reciben en su dieta” (Flores, Martínez, Toussaint, Adell, Copto, 2006)⁸.

Además, como plantea Pardo López (2012) la importancia de iniciar la alimentación complementaria en el momento oportuno radica tanto en la necesidad de cubrir los requerimientos nutricios del niño, como en el hecho de aprovechar la oportunidad que ofrece este periodo para establecer las primeras bases de lo que más adelante serán los patrones de hábitos alimentarios del individuo. Junto con esto, destaca la importancia de estimular la habilidad de masticar, adquirir el gusto por diversos sabores, olores y texturas y consumir alimentos con elevada densidad de nutrimentos, particularmente hierro, a fin de evitar deficiencia y anemia ferropénica⁹.

Por otro lado, pueden llegar a producirse problemas en el momento de la incorporación de alimentos en la dieta del niño, como la neofobia alimentaria. Rodríguez, Patiño, Urquidez, Vidaña, Periago, Berruezo y González (2015)¹⁰ citan a Pliner y Hobden (1992) que indican a la neofobia alimentaria como la resistencia a comer y/o evitar probar nuevos alimentos. Además, los autores también citan a Falciglia, Couch, Gribble, Pabst y Frank (2000) que mencionan que, de acuerdo con el nivel de neofobia alimentaria, se han reportado tres tipos de consumidores; los neofílicos quienes aceptan alimentos que no les son familiares, los neofóbicos que rechazan los alimentos no familiares y una categoría promedio entre ambas.

Teniendo en cuenta la importancia de la lactancia materna y una buena alimentación complementaria para el desarrollo de los niños es propósito de la presente investigación profundizar en la información y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria de las madres.

7La escasez de hierro y zinc, durante los primeros dos años de la vida, es la deficiencia nutrimental más frecuente. Esto se debe a que se trata de una etapa de rápido crecimiento y desarrollo en la que las reservas neonatales de estos nutrimentos se agotan desde el sexto mes de vida, y cuando su ingestión, por medio de la dieta, frecuentemente es inadecuada.

8Dr. Samuel Flores Huerta, M. Gloria Martínez Andrade, Dra. Georgina Toussaint, Dra. Amapola Adell Gras y Dr. Alfonso Copto García son Nutricionistas de Distrito Federal, México.

9 La anemia ferropénica es la insuficiencia de glóbulos rojos saludables debido a la falta de hierro en el cuerpo.

10 Alejandra Rodríguez, Begoña Patiño, María Periago, Gaspar Ros Berruezo y Eduardo González, son Médicos Nutricionistas de Murcia, España. Rene Urquidez y María Elena Vidaña, son Médicos de Ciudad Juárez, México.



Por lo cual se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles es la información y prácticas sobre lactancia y alimentación complementaria que refieren las madres de niños de 2 y 3 años de un jardín maternal de una universidad de Mar del Plata, en el año 2019?

El objetivo general es:

Identificar la información y prácticas sobre lactancia y alimentación complementaria que refieren las madres de niños de 2 y 3 años de un jardín maternal de una universidad de Mar del Plata en el año 2019.

Los objetivos específicos son:

Examinar fuentes que aportaron información sobre lactancia materna y alimentación complementaria.

Indagar sobre el tipo y duración de la lactancia que tiene o tuvo el niño.

Determinar primeros alimentos y líquidos que son provistos al niño al iniciar la alimentación complementaria y a qué edad.

Sondear las experiencias maternas ante la introducción de alimentos en los niños

Analizar el grado de información y la experiencia en la técnica de alimentación complementaria BLW.

Identificar el entorno social y familiar de la madre como facilitador o no de la lactancia materna.



Ana Magnoni

CAPÍ-
TULO *una*
- Lactancia -



UNIVERSIDAD
FASTA

Capítulo 1

La Real Academia Española (2014), presenta tres acepciones para el vocablo lactancia, “Acción de amamantar o de mamar”, “Primer período de la vida de los mamíferos, en el cual se alimentan solo de leche” y “Sistema de alimentación exclusivamente de leche”.

El libro *La Mujer en la Medicina Argentina en el siglo XIX*, de Frutos E. Ortiz (1990)¹¹ plantea que durante ese siglo el recién nacido que perdía a su madre, o el hijo de una mujer que no podía amamantarlo, estaba casi siempre condenado a muerte y agrega que la lactancia natural al seno no puede ser reemplazada de ninguna manera. Por esta razón surgieron las nodrizas, que en nuestro país comienzan a tener documentación histórica después de la época del Virrey Vertiz, quien fundó en 1799 la casa de Niños Expósitos. Esta institución tenía varias disposiciones; en la primera de ellas mencionaba que los niños “han de subsistir en poder de las respectivas amas que se hacen cargo de criarlos un año de leche entera y otro precisamente de despecho”. Además, Villanueva (1885)¹² citado por Ortiz (1990) plantea que una nodriza es un gran recurso, es muy a menudo la vida de un niño.

Asimismo, Ortiz (1990) cuenta que a finales del siglo XIX los médicos ya tenían real conciencia de la utilidad de la lactancia “mercenaria”, indicando la necesidad de usarla solo en casos donde la madre tuviera imposibilidad absoluta de amamantar, haciendo hincapié en las posibilidades de contagio por parte del niño hacia la nodriza o viceversa (ya que así como en la actualidad el cáncer y las enfermedades cardiovasculares son las primeras causas de muerte, a fines del siglo XIX lo eran las infecciones, principalmente la sífilis y la tuberculosis) y por otro lado, tenían en cuenta las implicancias morales de la madre nodriza que por necesidad debía restringir el sustento de su propio hijo para alimentar al ajeno.

De esta manera, Ortiz (1990) plantea que surgen los bancos de leche materna o también llamados bancos de leche humana, lugares donde las mujeres se sacaban leche para luego ser brindada a aquellos niños abandonados o que sus madres no le podían dar del pecho por diversas razones¹³.

A continuación, se observa una imagen, extraída de la revista del diario La Nación, de

11 Frutos Enrique Ortiz es Médico Cirujano egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata en 1952. Fue profesor de Cirugía, Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital San Martín, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas y distinguido con varios títulos de alto honor como: Ciudadano Ilustre de la ciudad de Brandsen, Ciudadano Ilustre de La Plata, Maestro de la Clínica Quirúrgica Platense, Maestro de la Medicina, Miembro Honorario y Vitalicio de la Sociedad Argentina de Cirugía. Fue presidente de Congresos Mundiales y participó en numerosos Congresos Internacionales.

12 Julio Fernández Villanueva cursó sus estudios en el Colegio Nacional Buenos Aires, y en 1878 ingresó a la Facultad de Medicina. En 1884 se desempeñó como practicante interno de la Casa de Expósitos y a fines de 1885 aprobó su Tesis sobre Lactancia y Destete.

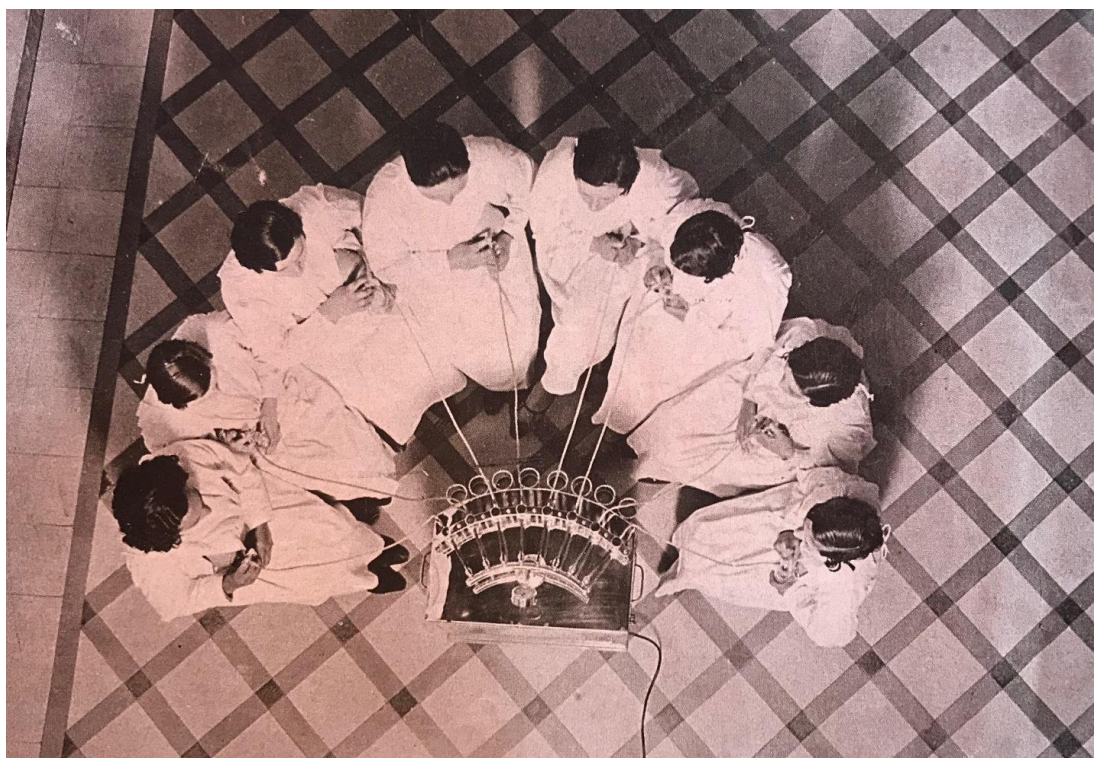
13 Un Banco de Leche Materna es un servicio especializado, actualmente es el responsable por la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Realiza actividades de recolección del excedente de leche de la madre que amamanta, la procesa, controla su calidad, la clasifica, conserva y distribuye. De esta manera ayudan a salvar la vida de muchos bebés prematuros que no pueden ser amamantados por su propia madre.



Capítulo 1

un Lactario inaugurado en 1920 en el Hospital de Clínicas José de San Martín en el barrio Recoleta, donde funcionaba un equipo poliestractor de leche materna.

Imagen 1. Lactario inaugurado en 1920 en el Hospital de Clínicas José de San Martín:



Fuente: Alexander, (2015)¹⁴.

La OMS y UNICEF (2003) definen varios tipos de lactancia.

Tabla 1. Tipos de lactancia:

Materna completa	El lactante es alimentado exclusiva o predominantemente al pecho.
Materna exclusiva	El lactante no recibe ningún otro alimento o bebida, incluyendo agua, excepto medicinas y vitaminas o gotas minerales.
Materna predominante	El niño es amamantado, pero también recibe pequeñas cantidades de agua o bebidas a base de agua como el té.
Materna parcial	El niño es amamantado algunas veces y otras recibe alimentos artificiales, ya sea leche o cereales u otro tipo de alimentos.

Fuente: OMS y UNICEF (2003).

La composición de la leche materna varía según la edad del niño. En primera instancia es secretado el calostro. Lorenzo, Guidoni, Díaz, Marenzi, Lestingi, Lesivita, Isely, Bozal y Bondarsczuk en el libro *Nutrición del Niño Sano* (2007)¹⁵ describen al calostro como un fluido

¹⁴ Abel Alexander es historiador de la fotografía.

¹⁵ Jessica Lorenzo, María Elisa Guidoni, Marisol Díaz, María Soledad Marenzi, María Eugenia Lestingi, Julieta Lasivita, María Belén Isely, Agustina Bozal y Bárbara Bondarsczuk son Licenciadas en Nutrición, graduadas de la Universidad de Buenos Aires. En este libro, ordenaron la información sobre nutrición

Capítulo 1

viscoso rico en proteínas y minerales que aporta aproximadamente 67 Kcal cada 100 ml y contiene una relación suero caseína de 80:20.

La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) (2001)¹⁶ agrega que el calostro es liberado los primeros 2 a 3 días después del parto, y que cuenta con una mayor proporción de proteínas, que va disminuyendo a medida que se produce un aumento progresivo de las grasas y de la lactosa hasta alcanzar la proporción de la leche madura.

El calostro es producido en pequeña cantidad, aproximadamente 40–50 ml en el primer día, pero esta cantidad es la que el recién nacido necesita (OMS, 2010)¹⁷. En cuanto a su composición, el calostro es rico en glóbulos blancos y anticuerpos (especialmente IgA). Al igual que los autores anteriores, la OMS también plantea que contiene un mayor porcentaje de proteínas, minerales y vitaminas liposolubles (A, E y K) y una menor proporción de grasas e hidratos de carbono en comparación con la leche madura. Del mismo modo, el calostro proporciona una importante protección inmunológica al lactante cuando éste se expone por primera vez a los microorganismos del ambiente, y el factor epidérmico de crecimiento ayuda a preparar la mucosa intestinal para recibir los nutrientes aportados por la leche. En este momento es importante que los lactantes reciban calostro y no otros alimentos.

Por otro lado, la OMS refiere que la leche comienza a ser producida en grandes cantidades entre los días 2 y 4 después del parto, produciéndose lo que se llama la “subida” de la leche¹⁸. En el tercer día, un lactante toma normalmente 300–400 ml en 4 horas y en el día quinto 500–800 ml. Del día 7 al 14 la leche es llamada de transición y se va adaptando para que luego de las primeras 2 semanas pase a ser leche madura.

Lorenzo, et al (2007) plantean que la leche materna tiene muchas propiedades nutricionales e inmunológicas. En primer lugar, con respecto al contenido de hidratos de carbono, sostienen que estos aportan aproximadamente un 40% de la energía, y que el principal hidrato de carbono constituyente de la leche materna es la lactosa, con múltiples beneficios. Ellos son: contribuye a mantener la acidez del medio intestinal, aumentando la absorción de calcio, se metaboliza a galactosa, que se convierte en galactolípidos como cerebrosídeos, que son necesarios para el desarrollo del Sistema Nervioso Central (SNC) y ayuda al crecimiento de *Lactobacillus bifidus*, presente en la flora fecal del lactante amamantado.

En segundo lugar, la leche materna aporta proteínas. La OMS (2010) sostiene que contiene un equilibrio de aminoácidos que la hacen sumamente adecuada para el lactante.

en la niñez, seleccionando material con evidencia científica.

16 La Sociedad Argentina de Pediatría se fundó en 1911. Es una de las Instituciones Científicas con mayor antigüedad en el país y agrupa a los médicos pediatras.

17 La Organización Mundial de la Salud es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

18 La “subida” o también llamada “bajada” de la leche es un aumento brusco en la producción de leche, que continúa aumentando hasta alcanzar un volumen de 600-700 ml/día entre los 15 y 30 días postparto.



Capítulo 1

Su concentración es de 0,9 gr cada 100 ml.

Lorenzo, et al (2007) agregan que la relación suero-caseína es de 55:45, con un alto porcentaje de b caseína, lo que hace que el cuajo sea más fácil de digerir por el lactante. Las proteínas que conforman el suero son: lactoalbumina, lactoferrina, lisozimas, albuminas e inmunoglobulinas¹⁹.

En tercer lugar, la leche materna presenta lípidos. La SAP (2001) refiere que su concentración aumenta de 3,9 gr en el calostro a 5,25 gr en la leche madura, aportando el 40-50% de energía. El 98% de las grasas se encuentran en forma de triglicéridos, siendo la composición en ácidos grasos de: 22% palmítico, 7% esteárico, 36% oleico, 9% linoleico, 1-5% ácidos grasos de cadena corta. Además, el contenido de grasas varía entre individuos, en cada mamada (más alto en la última parte de la mamada) y en los diferentes momentos del día (mayor contenido a la mañana que a la noche).

La cantidad de hierro aportada por la lactancia materna es baja. Sin embargo, Lorenzo, et al (2007) plantean que el bajo contenido de hierro se compensa con su alto porcentaje de absorción del 50%. La concentración de hierro de la leche materna se encuentra ligada principalmente a la fracción lipídica, luego a distintos compuestos de bajo peso molecular y, por último, a la lactoferrina. Por su elevado porcentaje ligado a la fracción lipídica la concentración de hierro varía (al igual que la de los lípidos) durante la lactada, menor al principio y mayor al final²⁰.

Otra posible forma de lactancia son las fórmulas infantiles. García Ornieva (2007)²¹ plantea que siempre se debe priorizar la lactancia materna²², pero en aquellas situaciones en las que ésta no es posible, deben utilizarse las fórmulas adaptadas cuya composición está regulada según directrices de diversos organismos internacionales. Las fórmulas deben cumplir ciertos criterios de seguridad, sin adicionar suplementos cuyo beneficio no esté avalado con total seguridad. De este modo, explica que las fórmulas adaptadas son diseñadas para alimentar al lactante con biberón y que sustituyen total o parcialmente la leche materna, se fabrican a partir de la leche de vaca y están concebidas para las condiciones y edad de cada lactante.

La autora menciona los principales tipos de fórmulas de acuerdo a la edad de los lactantes.

19 La Inmunoglobulina A es dominante entre las inmunoglobulinas de la leche materna y protege las superficies mucosas de las vías respiratorias y del tracto gastrointestinal de la invasión de patógenos.
20 La suplementación con hierro para los niños con lactancia exclusiva está recomendada a partir de los seis meses.

21 María García Ornieva Artazcoz es Doctora en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid, especialista en Pediatría y Magíster en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid.

22 La leche materna es el mejor alimento para el lactante en los primeros seis meses de vida. Las fórmulas adaptadas intentan remedar la leche materna, aunque la biodisponibilidad de los nutrientes es muy diferente entre ambas.

Capítulo 1

Tabla 2. Tipos de fórmulas infantiles:

Tabla 2. Tipos de fórmulas infantiles:

De inicio o tipo 1	Satisfacen las necesidades del lactante hasta los seis meses.
De continuación o tipo 2	Forman parte de un régimen de alimentación mixto y se utiliza después de los 6 meses de edad.

Fuente: García Ornieva (2007).

García Ornieva (2007) refiere que la composición química de las fórmulas imita a la de la leche materna. En primer lugar, tiene una densidad energética de 60 a 75 kcal/100 ml. En segundo lugar, su contenido proteico varía de acuerdo a las fórmulas, las de continuación tienen una mayor cantidad que las de inicio (para no sobrecargar al riñón). Sin embargo, el aporte proteico de las fórmulas no es tan parecido al de la leche materna, ya que aportan principalmente beta lactoglobulina, una proteína, presente en la leche de vaca, sin capacidad inmunológica y con mayor poder alergénico.

En tercer lugar, según García Ornieva (2007), el principal hidrato de carbono que contienen es la lactosa, luego la dextrinomaltoza y/o glucosa.

En cuarto lugar, aportan grasas. Sainz y Salto (2016)²³ sostienen que las fórmulas de inicio contienen desde 3,3 a 4 gr/100 ml, lo que representa entre el 40-50% del total energético digerido por el lactante, en cambio, las de continuación aportan menos cantidad, ya que a partir de los seis meses la ganancia de peso es menor, y en cambio, aumenta el aporte de proteínas.

En quinto lugar, el contenido de minerales es similar al de la leche materna. Sin embargo, muchos de ellos tienen una biodisponibilidad menor. Algunos de ellos son; el calcio que se absorbe en menor cantidad que el de la leche humana, por lo tanto, su aporte debe ser siempre superior a los 60 mg cada 100 kcal y el hierro que tiene una biodisponibilidad del 30%²⁴.

Se encuentra también la lactancia con leche de vaca. Brown (2014)²⁵ sostiene que la leche de vaca es la menos recomendada, y cita a la American Academy of Pediatrics (2009) y

23 Carmen Lara Sainz Jiménez y Ana Salto Hurtado son graduadas de la Facultad de Farmacia, Universidad Complutense, Trabajo Fin de Grado: Fórmulas de Inicio y Fórmulas de Continuación para Lactantes.

24 Se recomienda suplementar hierro cuando el lactante sea alimentado con fórmulas infantiles: debe contener como mínimo 1 mg cada 100 kcal. que se aporta en forma de sales ferrosas y se agrega ácido ascórbico para aumentar su absorción.

25 Judith E. Brown es Profesora Emérita de Nutrición de la Facultad de Salud Pública y el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Minnesota. Posee un Doctorado en Nutrición en la Florida State University y una Maestría en Salud Pública-Nutrición en la Universidad de Michigan. Autora de más de cien publicaciones científicas, es investigadora líder en nutrición materna. Recibió el Premio March of Dimes Agnes Higgins en Nutrición Materna y fue presidente del grupo Women's and Reproductive Nutrition Practice de la American Dietetic Association. Es autora de dos importantes textos universitarios sobre nutrición: Nutrition Now y Nutrition Through the Lifecycle.

Capítulo 1

a la Academy of Nutrition and Dietetics Pediatric Practice Group (2008) que recomiendan no utilizar leche entera de vaca, ni leche descremada, ni leches reducidas en grasa durante la lactancia, ya que la anemia por deficiencia de hierro se asocia directamente con la introducción temprana de leche entera de vaca.

De este modo, Brown (2014) concluye en que se debe priorizar la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, sin embargo, si por alguna u otra causa esto no es posible se recurrirá a la fórmula infantil adecuada²⁶. Se debe evitar el aporte de leche de vaca ya que, como se mencionó, no cubre las necesidades del niño, pudiendo provocar daños intestinales y retrasos en el crecimiento y desarrollo.

Morán, Rodríguez, Naveiro, Peral, Blanco y Cabañeros (2009)²⁷ citan a Leventhal, Shapiro, Aten, Berg, Egarter (1986) y a Oddy (2002) que sostienen que la lactancia materna parece conferir protección inmunológica frente a las infecciones y los procesos alérgicos, y puede reducir la incidencia de enfermedades infecciosas en la infancia. Además, estos autores asocian la lactancia materna con tasas más bajas de hospitalización. Se adjunta a continuación un cuadro que muestra estos datos, de acuerdo a la cantidad de visitas hechas al médico según el tipo de lactancia brindada al lactante.

Cuadro 1. Media de consultas realizadas al pediatra de atención primaria durante el primer año de vida según tipo de lactancia en cada periodo:

<i>Media de consultas realizadas al pediatra de atención primaria durante el primer año de vida según el tipo de lactancia en cada periodo</i>			
<i>Tipo de lactancia</i>	<i>Al nacer</i>	<i>A los 3 meses</i>	<i>A los 6 meses</i>
LME	5,6 (4,9)	5,0 (4,3)	4,5 (3,4)
LMM	5,9 (4,6)	6,3 (5,9)	5,3 (4,6)
LA	6,4 (4,6)	6,3 (4,3)	6,5 (5,1)
G.S:	ns	ns	p < 0,007

(Desviación estándar). LME: lactancia materna exclusiva. LMM: lactancia materna mixta. LA: lactancia artificial. G.S.: grado de significación; ns: no significativo.

Fuente: Morán et al (2009).

La inmunidad que otorga la lactancia materna es un tema presente desde hace muchos años. Mary E. Lewis en su libro *The Bioarchaeology of Children: Perspectives from Biological*

26 El elevado costo de las fórmulas infantiles puede ocasionar que las familias elijan la leche de vaca para recién nacidos que no son alimentados al seno materno.

27 Morán Rodríguez y Rodríguez Fernández, Pediatras Centro de Salud de San Andrés del Rabanedo, Naveiro Rilo y Peral Casado, Especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, y Blanco Fernández y Cabañeros Arias, Enfermeras Centro de Salud de San Andrés del Rabanedo.

Capítulo 1

and Forensic Anthropology (2007)²⁸ habla acerca de que las tasas de mortalidad infantil se subdividen tradicionalmente en las que mueren antes del nacimiento aquellos que mueren al nacer o dentro de los primeros 27 días de vida extrauterina (mortalidad neonatal) y aquellos que mueren entre 28 días y 1 año de edad (mortalidad post-neonatal). Clínicamente, se considera que la mortalidad neonatal refleja el estado endógeno del bebé como resultado de influencias genéticas y maternas, y la mortalidad post-neonatal refleja la influencia del entorno externo del niño o factores exógenos, por ejemplo, enfermedades infecciosas, mala nutrición e intoxicaciones. De este modo, la autora cita a Knodel y Kinter (1977) que demostraron que en áreas en donde el amamantamiento era una práctica común, la mortalidad permanece baja hasta el destete. En cambio, cuando la lactancia es poco frecuente la mortalidad es alta en los primeros meses de vida, tal vez por la exposición a los objetos de alimentación infectados, patógenos en la comida y la pérdida de las cualidades protectoras de la leche materna.

También esto lo abarca Robynne Chutkan (2015)²⁹ en su libro *La Solución Microbioma*, donde describe a la lactancia materna como parte crucial de nuestro desarrollo como seres humanos y como anfitriones de microbios, y que cuando se reemplaza la lactancia materna por el biberón se observan grandes diferencias. Los niños criados a biberón y que no han tomado leche materna tienen una tasa de supervivencia inferior a un 20 por ciento a la de los niños criados a pecho, y tal como se explicará más adelante, la diferencia es todavía mayor en los países con malas condiciones sanitarias. Además, esta autora destaca que los niños criados a biberón también tienen tasas superiores de alergias, asma y enfermedades autoinmunes.

A continuación, se presenta una tabla extraída de una ponencia de Florencia Spirito³⁰ realizada en el II Congreso de la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas (AADYND), en el cual se muestran los resultados de un trabajo publicado en la revista *Pediatrics* en 2012, donde se observa el porcentaje de disminución de riesgo de presentar patologías, según tipo de Lactancia Materna.

28 Mary E. Lewis es Doctora en Bioarqueología, es pionera en el estudio de la infancia en el pasado a través de la osteología. Empezó a publicar sobre enfermedades de la infancia a partir de restos arqueológicos desde finales del siglo pasado y en el 2007 publicó la monografía: "The Bioarchaeology of Children. Perspectives from Biological and Forensic Anthropology"

29 Robynne Chutkan es Médica Gastroenteróloga de Estados Unidos. Estudió en la Universidad de Yale, tiene un máster en la Universidad de Columbia y es autora de los libros *La Solución Microbioma* y *La Buena Digestión*.

30 Florencia Spirito es Licenciada en Nutrición graduada en la UBA.



Capítulo 1

Tabla 3. Porcentaje de disminución de riesgo de presentar patologías, según tipo de Lactancia Materna:

Patología	Porcentaje de disminución de riesgo	Tipo de lactancia materna
Gastroenteritis	64	Cualquiera
Infecciones resp. altas	63	LME > 6 meses
Infecciones resp. bajas	72	LME ≥ 4 meses
Bronquiolitis por VRS	77	LME ≥ 6 meses
Otitis media aguda	74	> 4 meses
Otitis media aguda recurrente	23	Cualquiera
Dermatitis atópica	50	LME > 3 o 6 meses
Asma	77	LME > 6 meses
	27	> 3 meses sin historia familiar
	42	> 3 meses con historia familiar
	26	≥ a 3 meses sin historia familiar de atopia
	40	≥ a 3 meses con historia familiar de atopia
Obesidad	24	Cualquiera
DM tipo 1	30	> 3 meses
DM tipo 2	40	Cualquiera
Leucemia	15-20	> 6 meses

Fuente: AAP Policy Statement. Breastfeeding and the Use of Human milk. Pediatrics 2012. LME: Lactancia Materna Exclusiva.

Junto con esto, Moran et al (2009) plantean que la lactancia debe administrarse de manera exclusiva al bebe hasta los seis meses de edad, y que luego se comenzará con la alimentación complementaria, siguiendo con la lactancia hasta los dos años de vida del niño.

Asimismo, Niño, Silva y Atalah (2012) mencionan la importancia de mantener la lactancia exclusiva hasta los seis meses y explican sus beneficios, sosteniendo que una lactancia exclusiva hasta el sexto mes de vida, favorece un adecuado crecimiento y desarrollo, impactando en causas evitables de morbilidad infantil, sin distinción de nivel socioeconómico o trabajo materno.

Por otro lado, Lázaro y Martín (2010)³¹ plantean la existencia de diferentes periodos con respecto a la alimentación del niño. En primer lugar, mencionan el periodo de lactancia que comprende los 6 primeros meses de vida, durante los cuales su alimento debe ser de forma exclusiva la leche materna (según la OMS), y en su defecto, las fórmulas para lactantes. Luego el periodo transicional que integra el segundo semestre de vida, hasta cumplir un año, en este

31 Aurora Lázaro Almarza es Neumóloga y Pediatra y Benjamín Martín Martínez es Pediatra, ambos de España.



Capítulo 1

se inicia la Diversificación Alimentaria (DA) que incluye el inicio progresivo de la alimentación complementaria, introduciendo alimentos distintos a la leche materna o fórmula, y, por último; el periodo de adulto modificado que abarca la edad preescolar y escolar hasta los 7-8 años de edad, en el cual el niño va adoptando una alimentación progresivamente más parecida a la de los adultos, y gradualmente a una dieta que proporcione un 30% de la energía total en forma de grasa, en lugar del 50% de grasa proveniente de la leche de la madre o fórmulas.

De esta manera, reafirmando que la lactancia debe sostenerse desde el nacimiento del niño hasta los dos años de edad, se introduce el término lactancia materna prolongada; Riaño Galán³² la define en el libro *Lactancia Materna: Guía para profesionales* (2004), como aquella que va más allá de las recomendaciones. Es decir, la OMS y UNICEF recomiendan la lactancia materna hasta los dos años, por lo tanto, la lactancia materna prolongada es la que dura más de dos años. La misma, trae múltiples beneficios tanto para el niño, como para la madre. Los beneficios para el niño van a depender del desarrollo del país.

Por un lado, la autora sostiene que: En países en desarrollo, la ventaja más importante de la lactancia materna prolongada está relacionada con la morbilidad y mortalidad de enfermedades infecciosas, especialmente las gastrointestinales. Además, la lactancia materna prolongada resulta positiva para el crecimiento lineal, sobre todo en lugares con mal medio sanitario e inadecuado suministro de agua. Se ha demostrado que, a mayor duración de la lactancia, mayor ganancia en longitud y en peso, en los niños de estos países. (Riaño Galán, 2004)³³. En cambio, en países desarrollados: La lactancia materna prolongada contribuye reducir la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta y otras relacionadas con la obesidad. Así, se ha demostrado una prevalencia de obesidad a los 5-6 años de edad de 4,5% en los no amamantados, de 3,8% en los amamantados durante dos meses, 2,3% en los de 3 a 5 meses, de 1,7% en los amamantados entre 6 y 12 meses, frente a un 0,8% en aquellos con lactancias más allá del año de edad. (Riaño Galán, 2004).

De esta manera, se puede observar que las enfermedades prevalentes en países en desarrollo y en los desarrollados son distintas, sin embargo, en ambos la lactancia materna es beneficiosa y segura para el lactante.

La SAP (2001) refiere que la lactancia materna prolongada también tiene efectos beneficiosos sobre la salud materna. Es por esto que es importante la implementación de políticas que protejan a la madre, la suplementación y cuidado de su dieta, pueden optimizar

32 Isolina Riaño Galán es Pediatra en Asturias, España.

33 En países desarrollados: La lactancia materna prolongada contribuye reducir la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta y otras relacionadas con la obesidad. Así, se ha demostrado una prevalencia de obesidad a los 5-6 años de edad de 4,5% en los no amamantados, de 3,8% en los amamantados durante dos meses, 2,3% en los de 3 a 5 meses, de 1,7% en los amamantados entre 6 y 12 meses, frente a un 0,8% en aquellos con lactancias más allá del año de edad. (Riaño Galán, 2004).

Capítulo 1

las propiedades nutricionales de la leche y beneficiar a la madre y el niño.

Sacristán Martín, Lozano Alonso, Gil Costa, Vega Alonso y la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (2011) citan a Oddy (2002) y a Harder, Bergmann, Kallischning, Plageman (2005) que mencionan también los beneficios de la lactancia materna sin distinción del estado de desarrollo del país. De este modo, plantean que mejora la inmunidad de la función intestinal, el bienestar psicológico y el establecimiento del apego. Además, afirman que a largo plazo está demostrada su influencia en la obesidad y en el riesgo de presentar enfermedad cardiovascular en el adulto.

La lactancia, a su vez, se encuentra determinada por múltiples factores. La madre está fuertemente influenciada por el entorno al momento de alimentar al niño. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2011)³⁴ citado por Becerra Bulla, Rocha Calderón, Fonseca Silva, y Bermudéz Gordillo (2015)³⁵ plantea que el entorno social y familiar de la madre es trascendental para el éxito de la lactancia materna. Los autores agregan que se debe a la influencia cultural y a que representa una fuente de apoyo potencial para la toma de decisiones con respecto a la forma de alimentación que ella considerará como adecuada para su hijo.

Existen numerosos factores que influyen tanto en el inicio como en el mantenimiento de la lactancia materna. Entre los factores positivos, se encuentran la edad, la experiencia previa en lactancia, el nivel de educación, haber tomado una decisión sólida previamente al parto, la educación materna sobre los beneficios de la lactancia materna y el ambiente favorable hospitalario y posteriormente en el entorno materno. Entre los factores desfavorables se encuentran el tabaquismo, la incorporación de la madre al trabajo, las prácticas hospitalarias erróneas, el ofrecimiento precoz de biberones, el parto mediante cesárea, la enfermedad materna o neonatal, la prematuridad y el bajo peso al nacer (Sacristán Martín, Lozano Alonso, Gil Costa, Vega Alonso y Red Centinela Sanitaria de Castilla y León, 2011)³⁶.

Otros autores encuentran también que existen factores socioeconómicos que intervienen en la lactancia materna. Calvo Quiróz (2009)³⁷ menciona en primer lugar, el nivel socioeconómico como uno de los principales condicionantes, entre ellos, la estructura familiar, los ingresos de la mujer trabajadora³⁸, las condiciones laborales y la influencia que ejerce el

34 El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar es una entidad que vela por la prevención y la protección de la primera infancia, la niñez y la juventud y el bienestar de las familias en Colombia.

35 Fabiola Becerra Bulla, Libertad Rocha Calderón, Dayana Milena Fonseca Silva, y Laura Andrea Bermudéz Gordillo; son Nutricionistas graduados de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D. C., Colombia.

36 A.M, Sacristán Martín es Médico de Atención Primaria de Palencia, España. J.E. Lozano Alonso, M. Gil Costa, A.T. Vega Alonso y Red Centinela Sanitaria de Castilla y León integran el Observatorio de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Castilla y León, Valladolid, España.

37 Cindy Calvo Quiróz es Enfermera, estudiante de la VII Generación de la Maestría en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.

38 Hoy en día son miles de mujeres las que se incorporan a la actividad económica fuera de su hogar, y éstas no cuentan con facilidades en sus trabajos para amamantar a sus hijos por diversas razones.



Capítulo 1

medio en el que se desenvuelve regularmente³⁹.

En segundo lugar, Calvo Quiróz (2009) refiere a los factores culturales, en este sentido la estética toma un rol fundamental debido a la explotación del cuerpo femenino como objeto sexual, por parte de los medios de comunicación, y como consecuencia muchas mujeres no brindan lactancia materna a sus hijos porque creen que esto les deteriorará la apariencia de las mamas. Además, también existe la vergüenza de amamantar en público y la imagen del biberón como un símbolo de elegancia y mayor status social.

En tercer lugar, los factores asociados al sistema de salud. Ilabaca y Atalah (2002) citados por Calvo Quiroz (2009) sostienen que la decisión de amamantar está fuertemente influenciada por la información acerca de la alimentación infantil que reciben las madres y por el apoyo físico y social proporcionado durante el embarazo, parto y puerperio. Además, la autora sostiene que en algunos casos son los médicos y el personal de salud los que recomiendan a las madres complementar los regímenes de lactancia materna por diversas situaciones⁴⁰.

De esta manera Calvo Quiroz (2009) plantea que varios autores coinciden en que el descenso de la frecuencia y duración de la lactancia al seno materno está dado por dos causas principales. Una de ellas es la introducción de la mujer al mercado de trabajo remunerado, lo que impide mantenerse cerca de sus hijos para amamantarlos. La segunda causa se refiere a la promoción de la lactancia artificial (apoyada por los medios masivos de comunicación), basada en la utilización del biberón y las leches industrializadas.

En la actualidad, se está fomentando fuertemente la lactancia materna. Existen diversas organizaciones internacionales, entre ellas la Liga de la Leche⁴¹, que también tiene su sede en Argentina. La Liga de la leche es una organización sin fines de lucro formada por voluntarias que trabajan ad honorem con el objetivo de promover y proteger la lactancia materna, a través del apoyo de madre a madre, buscando recuperar la cultura del amamantamiento. Su misión es ayudar a las madres de todo el mundo a amamantar mediante el apoyo, la información y la formación, y promover un mejor entendimiento de la lactancia como elemento importante en el sano desarrollo del niño y la madre.

A su vez, la práctica de la lactancia materna contribuye a erradicar a nivel mundial problemas asociados a la pobreza y a las grandes diferencias sociales. La OMS (2018) plantea 8 Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM)⁴². El aporte de la lactancia materna es

39 Una mejor condición económica también está relacionada con un mayor riesgo de no proveer lactancia al seno materno, debido a que cuentan con los recursos económicos necesarios para adquirir fórmulas.

40 El sistema de salud cumple un rol fundamental ya que es en donde se va a educar y concientizar a la madre sobre la importancia de brindar lactancia materna y además es el que va a operacionalizar las políticas y normas creadas para el fomento de la lactancia materna.

41 La Liga de la Leche fue fundada en 1956 en los Estados Unidos, y en la actualidad se extiende por más de 85 países.

42 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas son ocho propósitos de desarrollo internacional que los 192 miembros de las Naciones Unidas y una serie de organizaciones internacionales



Capítulo 1

de suma importancia en el objetivo 1, que plantea erradicar la pobreza extrema y el hambre y en el 4 que busca reducir la mortalidad de los menores de 5 años. Esto se basa, como se explicó anteriormente, a que la lactancia materna constituye una fuente segura, completa y económica de alimentación para los niños recién nacidos hasta los seis meses, y luego de los seis meses hasta los dos años complementa y asegura, junto con una alimentación variada y adecuada, el correcto crecimiento y desarrollo del niño.

Sin embargo, en Argentina, hay estudios que evidencian la baja prevalencia de la lactancia materna. La I Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) (2010)⁴³, concluye en primera instancia que los niños argentinos tienen una adecuada alimentación temprana ya que el 95% de ellos inician la lactancia materna al nacer, (dato que se confirma en todas las regiones del país y en los diferentes niveles socioeconómicos). No obstante, la proporción de niños que continúan recibiendo lactancia materna desciende progresivamente desde los 6 meses de vida, llegando a sólo 28% alrededor de los 2 años. La mayoría de los motivos referidos por las madres para el abandono de la lactancia materna no responden a situaciones contraindicadas con la lactancia o a problemas médicos del niño o la madre, sino a otras causas. Por otro lado, al temprano abandono de la lactancia se suma un inicio temprano de la alimentación complementaria, observándose que el 70% de los niños incorpora algún alimento antes de los 6 meses de vida.

Estos resultados se repiten en La II Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) (2019) que concluye que; el 96,9% de los niños iniciaron la lactancia materna al nacer, más de la mitad de los niños (56,5%) fue puesto al pecho por primera vez en la primera hora de nacidos. Entre aquellos que no iniciaron la lactancia materna, los principales motivos reportados por las madres fueron “nunca pudo prenderse al pecho” (47,5%), “nunca tuve leche” (28,9%) y “me lo indicó el médico por un problema de salud mío” (11,2%). La lactancia materna exclusiva (LME) sólo estuvo presente en el 43,7% de los niños menores de 6 meses y la frecuencia de LME resultó inferior a medida que aumentó la edad del lactante. Al momento de la encuesta el 10,7% de los niños menores de 6 meses no recibía lactancia materna. Finalmente, la edad promedio de abandono de la LM fue de 6,3 meses (ENNyS, 2019)

Acorde con esto, en Argentina, la OMS, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación y Unicef (2013) vienen trabajando con la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (IHAMN)⁴⁴, capacitando a los profesionales

acordaron alcanzar para el año 2015 con el fin de terminar con la pobreza.

43 La encuesta Nacional de Nutrición y Salud es una iniciativa con la que se busca evaluar el consumo de diversos grupos de alimentos y bebidas, los niveles de ingesta de sodio y los hábitos alimentarios e información nutricional de la población, con énfasis en la malnutrición clásica, el sobrepeso y la obesidad.

44 La Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño fue adoptada a partir de la propuesta de OMS/ UNICEF. Su objetivo es trabajar sobre las barreras institucionales de las maternidades que pudieran dificultar la instalación y el adecuado desarrollo de la lactancia materna.



Capítulo 1

de la salud para lograr una mayor adherencia por parte de la madre y el niño a la lactancia materna. El objetivo principal de este proyecto es implementar los diez pasos para una feliz lactancia materna y terminar con la distribución gratuita o a bajo costo, de sucedáneos de la leche materna a los establecimientos de salud.

Tabla 4. Diez pasos para una feliz lactancia materna.

1	Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud
2	Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica esa política
3	Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica
4	Colocar al bebé en contacto piel a piel de su madre inmediatamente después del nacimiento, ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora de vida
5	Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño, y como mantener la lactancia aun en caso de separación de sus hijos
6	No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida a no ser que estén médicamente indicados
7	Practicar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día
8	Fomentar la lactancia materna a libre demanda
9	No dar a los niños alimentados al pecho, biberones, tetinas ni chupetes
10	Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y referir a las madres a esos grupos

Fuente: OMS.

Simultáneamente el proyecto IHAMN busca dar cumplimiento al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna⁴⁵, a fin de impedir la distribución gratuita o a bajo costo de fórmulas y contribuir así a la transformación del hospital en un servicio de apoyo a la madre.

Por otro lado, la lactancia materna se puede encontrar dificultada por el trabajo de la madre. Actualmente, en nuestro país existe el marco legal de la protección de la lactancia. El Ministerio de Salud expone la Ley N° 20.744 de Contrato de Trabajo (y sus modificatorias) que protege a las mujeres durante el embarazo y la lactancia. Esta Ley, en su Capítulo II Artículo 179°, establece lo siguiente: “Toda trabajadora madre de lactante podrá disponer de dos (2) descansos de media hora para amamantar a su hijo, en el transcurso de la jornada de trabajo, y por un período no superior a un (1) año posterior a la fecha del nacimiento, salvo que por razones médicas sea necesario que la madre amamante a su hijo por un lapso más prolongado.”

Además, Argentina también cuenta con la Ley N° 26.873, de Lactancia Materna; Promoción y Concientización Pública, cuyo objetivo es la promoción y la toma de conciencia acerca de la importancia de la lactancia materna y de las prácticas óptimas de nutrición segura

45 El Código Internacional busca proteger a todas las madres y a sus bebés de las prácticas inapropiadas de comercialización. Prohíbe toda promoción de los sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas. Busca asegurar que las madres reciban información adecuada por parte del personal de salud.



Capítulo 1

para lactantes y niños de hasta 2 años. Esta Ley en su Artículo 4° inciso t, insta a promover la existencia de “Espacios Amigos de la Lactancia” definiéndolos como: *“Un sector limpio, cómodo y de uso exclusivo para que las mujeres en período de amamantamiento puedan extraer su leche y conservarla adecuadamente durante la jornada laboral.»*



Ana Magnoni

CAPÍTULO TULO *das*

- Alimentación
complementaria -



UNIVERSIDAD
FASTA

Capítulo 2

La alimentación complementaria, según Guías Alimentarias para la Población Infantil (GAPI) (2006)⁴⁶, es “el período durante el cual otros alimentos o líquidos son provistos al niño pequeño, juntamente con la lactancia materna”.

Flores, Martínez, Toussaint, Adell y Copto (2006) sostienen que el momento correcto para iniciar la alimentación complementaria es a los 6 meses de vida, y lo justifican sosteniendo que así como la leche materna cubre todas las necesidades del niño hasta los seis meses, después ya no satisface las necesidades de energía y otros nutrientes. Por consiguiente, la alimentación láctea de los niños debe complementarse con otros alimentos, preferentemente tomados de la dieta familiar. Los autores también refieren que muchos de los órganos y sistemas de los niños menores de seis meses están en proceso de adquirir todas sus funciones, por lo tanto, se acepta que después de esta edad, el sistema gastrointestinal y renal del niño han adquirido la madurez para metabolizar y absorber todo tipo de alimentos y nutrientes, así como para depurar metabolitos como el nitrógeno procedente de las proteínas y manejar excedentes de nutrientes inorgánicos como calcio, fosfatos, sodio y potasio que no fueron incorporados a los tejidos.

Además, Flores, Martínez, Toussaint y Copto (2006) refieren que también a esta edad ya se tiene la capacidad neuromuscular que permite participar de la alimentación, como sostener la cabeza y el tronco, así como controlar las extremidades torácicas, manos y dedos. De esta manera, la apropiada presentación de los alimentos estimulará la vista, tacto, olfato y gusto del niño, y a su vez promoverá su participación activa durante la alimentación en cada comida.

Black y Creed (2012)⁴⁷, sostienen que aprender a comer requiere una compleja integración de habilidades. En este proceso los infantes aprenden a autorregular sus estados de hambre y saciedad en el dar y recibir que caracteriza a las interacciones durante los momentos de comer con su cuidador. Aunque las destrezas de alimentarse continúan por un camino de desarrollo claro, hay grandes diferencias individuales en las habilidades y preferencias. El primer año de vida está marcado por un crecimiento rápido y altos requerimientos nutricionales. Como las habilidades orales, motoras y digestivas de los niños maduran, su dieta y comportamiento alimentario atraviesan por grandes transiciones, pasan de una dieta de leche materna o una dieta basada en leche artificial a los alimentos complementarios y, finalmente, a la dieta familiar. Al mismo tiempo, avanzan desde la dependencia de ser alimentado en una posición supina o semirreclinada a alimentarse en una posición sentada.

La alimentación complementaria, a su vez, se divide de acuerdo a la edad en la que fue iniciada.

⁴⁶ Las Guías Alimentarias para la Población Infantil fueron emitidas por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y elaboradas por profesionales especialistas en Nutrición y Pediatría.

⁴⁷ Maureen M. Black es Psicóloga y Doctora en Filosofía. Hilary M. Creed Kanashiro es Nutricionista Maestra en Filosofía.



Capítulo 2

En base a esto la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2010) plantea la siguiente clasificación:

Tabla 5. Clasificación de Alimentación Complementaria

Alimentación Complementaria Oportuna (ACO)	Introducción de alimentos líquidos o sólidos cuyo fin es complementar la lactancia para cubrir los requerimientos nutricionales, y que no debe realizarse antes del 6to mes de edad del niño.
---	---

Alimentación Complementaria Temprana (ACT)	Es la incorporación de alimentos líquidos o sólidos entre el 4to y 6to mes de edad del niño.
---	--

Alimentación Complementaria Temprana (ACMT)	Muy Es la incorporación de alimentos líquidos o sólidos antes del 4to mes de edad del niño.
--	--

Alimentación Complementaria (AC tardía)	Tardía Aquella situación en la que los niños no habían incorporado otros alimentos, a excepción de la leche de vaca o fórmulas infantiles, a los 7 meses de edad.
--	--

Fuente: ENNyS (2010).

Durán, Mangialavori, Biglieri, Kogan y Abeyá Gilardon (2009) refieren, en base a los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud⁴⁸, que en Argentina el inicio de la alimentación complementaria es temprano, ya que como resultado se obtuvo que: 25% incorporó alimentos antes del 4º mes, 43% entre el 4º y el 6º mes de vida y sólo el 32% de los niños al 6º mes o después.

De acuerdo a los momentos de alimentación en general las GAPI refieren la existencia de tres etapas en el desarrollo del niño donde se deben aportar diferentes tipos de alimentos. Primero menciona el Periodo Inicial, que abarca desde los 0 a 6 meses de vida, y la alimentación debe ser lactancia materna exclusiva, y en su defecto fórmulas infantiles tal como se desarrolló en el capítulo 1. Además, sostienen que la lactancia materna es la mejor fuente de nutrición para el lactante, especialmente durante los primeros 6 meses de vida y asimismo recomiendan que se extienda hasta los 2 años o más, con la adecuada complementación de otros alimentos.

En segundo lugar, las GAPI refieren el Periodo de Transición, desde los 6 a los 12 meses, en donde se brindará alimentación complementaria oportuna⁴⁹. Entre esta etapa y la anterior la maduración digestiva, renal y neurológica van progresando. El niño

48 El objetivo de este trabajo fue presentar las características de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, describir la situación nutricional de la población menor de 5 años para el total del país y por región, y analizar su asociación con las condiciones socioeconómicas.

49 El término "oportuna" hace referencia al momento óptimo para la introducción de alimentos complementarios. Se utiliza el término "oportuna" a raíz de la revalorización de la lactancia materna y de la necesidad de complementarla con otros alimentos para cubrir los requerimientos nutricionales alrededor del sexto mes de edad.

Capítulo 2

adquiere distintas capacidades como poder digerir y absorber otros alimentos y es capaz de excretar cargas osmolares sin pérdidas excesivas de agua. Junto con esto, duplica el peso del nacimiento, pierde el reflejo de protrusión y se sienta solo; desarrolla capacidades y movimientos de coordinación, puede deglutir alimentos sólidos y ya es capaz de comenzar a diferenciar las variedades de sabores, texturas y colores de los alimentos. A partir de estos cambios, se puede comenzar gradualmente a introducir alimentos diferentes de la leche: alimentación complementaria oportuna. Este momento también es conocido como Diversificación Alimentaria (DA)⁵⁰ (Lázaro y Martín, 2010).

Por último, las GAPI incluyen el Periodo de Incorporación a las Pautas Familiares que es a partir de los 12 meses hasta los 6 u 8 años de edad. En este momento, los mecanismos fisiológicos han alcanzado prácticamente la maduración y la eficiencia de un adulto, por lo tanto, si en este período se establecen hábitos alimentarios saludables, éstos pueden persistir a lo largo de toda la vida.

Retomando el concepto de alimentación complementaria, la OMS (2010) recomienda cómo llevar a cabo la ingesta de alimentos, el modo de incorporación de estos, la textura que deben tener y con qué frecuencia consumirlos acorde a la edad del niño.

⁵⁰ Las razones para la DAson en primer lugar nutricionales, pero también adaptativas a su desarrollo neuromuscular, así como razones de tipo familiar, social o educacional.

Capítulo 2

Tabla 5. Guía práctica sobre la calidad, frecuencia y cantidad de alimentos para niños de 6-23 meses de edad, que reciben lactancia materna a demanda.

Edad	Energía necesaria por día además de la leche materna	Textura	Frecuencia	Cantidad de alimentos que usualmente consumirá un niño promedio en cada comida
6-8 meses	200 kcal/día	Comenzar con papillas espesas bien aplastadas Continuar con la comida de la familia, aplastada	2-3 comidas por día Dependiendo el apetito del niño se pueden ofrecer 1 o 2 "meriendas"	Comenzar con 2-3 cucharadas por comida, incrementar gradualmente a ½ vaso o taza de 250 ml
9-11 meses	300 kcal/día	Alimentos finamente picados o aplastados y alimentos que el niño pueda agarrar con la mano	3-4 comidas por día Dependiendo del apetito se pueden ofrecer 1 o 2 "meriendas"	½ vaso, taza o plato de 250 ml
12-23 meses	550 kcal/día	Alimentos de la familia picados o, si es necesario, aplastados	3-4 comidas por día Dependiendo del apetito se pueden ofrecer 1 o 2 "meriendas"	¾ a un vaso, taza o plato de 250 ml

Fuente: OMS (2010).

Junto con esto, la Organización Panamericana de la Salud y la OMS (2003)⁵¹ refieren, con respecto a la consistencia de los alimentos aportados, que los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los 6 meses de edad. A los 8 meses, la mayoría de niños también pueden consumir alimentos que se pueden comer con los dedos, y a los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia.

Sin embargo, oponiéndose a esta última idea, en los últimos años surgió la corriente Baby Led Weaning (BLW). Este concepto se traduce como alimentación complementaria autorregulada. Moreno, Galiano y Dalmau (2013)⁵² plantean que este tipo de alimentación se basa en que sea el propio lactante quien se alimente llevándose la comida a la boca, en vez de ser alimentado con una cuchara por un adulto; y agregan que, en esta práctica, el lactante se incorpora a la comida familiar y comparte su menú, manteniendo también la lactancia materna. De esta manera, sugieren que la técnica BLW favorece los patrones de alimentación.

Moreno, Galiano y Dalmau (2013) refieren que el fundamento de este tipo de alimentación complementaria se basa en que, mientras que, a los 4 meses, momento en que previamente se sugería la introducción de la AC, un lactante es incapaz de comer por sí solo, después de los 6 meses su desarrollo neurológico le permite hacerlo y no necesitará modificaciones

51 La Organización Panamericana de la Salud y la OMS en 2003 escribieron para celebrar los 100 años de salud los principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado
52 J.M. Moreno Villares, M.J. Galiano Segovia y J. Dalmau Serra son Pediatras de España.



Capítulo 2

importantes en la textura ni que alguien le dé de comer. Como la adquisición de habilidades para comer solo en cantidades suficientes no se alcanza hasta los 8 meses, la cobertura de esas necesidades se realizaría con la lactancia materna. A su vez, permitir que los lactantes mayores de 6 meses puedan llevarse algunos alimentos a la boca no es nuevo. Lo que realmente difiere en esta práctica con respecto a la alimentación complementaria clásica es que la técnica BLW sólo considera la alimentación que el niño pueda llevarse a la boca, señalando como obsoletos los alimentos triturados o el empleo de la cuchara. En general, se les ofrece a los lactantes trozos de comida entera con un tamaño y una forma que les permita agarrarlos y llevárselos a la boca, generalmente formas alargadas y estrechas. Los padres deciden qué ofrecer, y el niño cuánto y a qué ritmo.

Además, Moreno, Galiano y Dalmau (2013) refieren que una alimentación basada sólo en alimentos triturados y en papillas exige una participación menos activa por parte del lactante, y pasa a depender más del cuidador que del propio niño. Por consiguiente, si el cuidador es poco permisivo hará que el niño termine el plato y en muchas ocasiones esto significa ir más allá de lo que el niño necesita. Por lo tanto, una de las consecuencias de esta práctica es un exceso de aporte calórico y/o proteico.

Moreno, Galiano y Dalmau (2013) citan a Ong y Loos (2006)⁵³ que plantean una asociación positiva entre la ganancia de peso durante el periodo de lactante, la infancia y la adolescencia y el desarrollo de obesidad y síndrome metabólico en la edad adulta. Del mismo modo, citan a Lumeng, Ozbeki, Appugliese, Kaciroti, Corwyn y Bradley (2012)⁵⁴ que concluyen en lo mismo, observando que obligar a comer o el excesivo intrusismo sobre la comida de los niños en los 2 primeros años se asocia a una mayor adiposidad en el futuro.

La práctica BLW es otra forma de alimentación complementaria, que sostiene su comienzo a los seis meses de vida. Sin embargo, Casabona (2018)⁵⁵ plantea que debemos prestar especial atención a otros indicadores (no solo la edad) del desarrollo del bebé para comprender que está listo para realizarla. El primer indicador, es la adquisición de la sedestación: que el bebé esté sentado y erguido mientras come. El segundo, es la coordinación de las manos: que sea capaz de manipular, explorar objetos y que pueda discernir entre los tamaños y las particularidades físicas de cada alimento (rugosidad, temperatura, rigidez, dureza, etc.). El tercer indicador, es la adquisición de funciones motoras orales para manejar de forma

⁵³ Ong KK y Loos RJF son Pediatras especializados en obesidad de Inglaterra y en el 2006 escribieron *Rapid infancy weight gain and subsequent obesity: systematic reviews and hopeful suggestions*.

⁵⁴ Lumeng JC, Ozbeki TN, Appugliese DP, Kaciroti N, Corwyn RF, Bradley RH, autores de *Observed assertive and intrusive maternal feeding behaviors increase child adiposity*. *Am J Clin Nutr*

⁵⁵ Carlos Casabona es Médico y Cirujano de origen español especializado en Pediatría. Además, participa de forma activa en muchos medios de comunicación para divulgar la importancia que tiene la nutrición en la salud de los niños desde que nacen y da consejos a los padres para evitar el sobrepeso y la obesidad infantil.



Capítulo 2

adecuada movimientos masticatorios subiendo y bajando la mandíbula para romper los alimentos blandos y movilizar la lengua de manera lateral a ambos lados para que la comida se desplace alrededor de la boca y llevarla a la parte posterior para ingerirla. Por último, los padres deben estar dispuestos a mantener en todo momento el contacto visual con el niño.

La práctica de alimentación BLW trae un gran número de ventajas. Espín y Martínez (2016)⁵⁶ explican algunas de ellas. En primer lugar, con respecto a la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, sostienen que la alimentación con biberón no ofrece la misma variación de sabores que la lactancia materna y otorga al lactante un papel más pasivo en la regulación de la cantidad de alimento que ingiere, circunstancias que el BLW trata de evitar en la medida de lo posible.

En segundo lugar, en relación a crear hábitos de alimentación saludables, Espín y Martínez (2016) citan a Schwartz, Scholtens, Lalanne, Weenen y Nicklaus (2011)⁵⁷ que resaltan que el establecimiento de hábitos alimenticios saludables a temprana edad parece estar relacionado con pautas de alimentación en respuesta a las señales del niño de saciedad y hambre. Una alimentación que no tenga en cuenta estos aspectos anularía señales reguladoras internas, haciendo que el niño perdiera la capacidad de responder con precisión a sus propias señales de hambre física. Uno de los objetivos del BLW es precisamente conseguir que la alimentación sea a demanda de las necesidades del niño, de tal forma que es indispensable que sepa mostrar hambre y saciedad con sus gestos evitando en todo momento forzarlo a comer. En este sentido este tipo de alimentación puede fomentar una mayor aceptación de los alimentos con una variedad de texturas y sabores y resultar en un mayor consumo de alimentos más sanos, tales como verduras y alimentos no procesados.

Con respecto a esto, hay un estudio realizado por Townsend y Pitchford (2012)⁵⁸ en el que encuestaron a 155 padres de niños entre 20 y 78 meses sobre el método empleado para efectuar la introducción de alimentos y la situación dietética y nutricional posterior. 92 de ellos refirieron haber realizado la técnica BLW, frente a 63 que emplearon una técnica tradicional con purés. El grupo alimentado con cuchara mostró mayor preferencia por alimentos dulces mientras que el grupo BLW lo hizo por el resto de las categorías de alimentos y de forma significativa para los carbohidratos, a pesar de que no hubo diferencias entre los dos grupos en la frecuencia de exposición a los mismos. Por consiguiente, se abre la posibilidad de considerar no solo la frecuencia de exposición a los alimentos, sino también la textura y apariencia de los mismos, factores importantes a la hora de favorecer las preferencias, que

⁵⁶ Beatriz Espín Jaime y Ana Martínez Rubio son Peditras de España, especializados en gastroenterología y nutrición.

⁵⁷ Schwartz C., Scholtens P.A., Lalanne A., Weenen H. y Nicklaus S. son peditras investigadores de Francia.

⁵⁸ Ellen Townsend y Nicola J Pitchford son psicólogos graduados de la Escuela de Psicología de la Universidad de Nottingham, Nottingham, UK y realizaron el estudio: Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case–controlled sample.



Capítulo 2

están modificados y encubiertos en las papillas.

Otra ventaja, que sostienen Espín y Martínez (2016) del método BLW, es que fomenta el desarrollo psicomotor del niño debido a que los padres le presentan al bebé los alimentos por separado o de tal modo que pueda separarlos, agarrarlos con la mano y manejarlos por sí mismo, permitiéndole desarrollar las distintas habilidades que necesitará para comer. Además, promueve una mejor transición a la alimentación sólida, en el último periodo hubo un aumento del número de padres que experimentaron dificultades en la transición desde la alimentación láctea a la alimentación complementaria provocando un retraso en el momento de la introducción de alimentos no triturados. Los autores citan a Northstone, Emmett y Nethersole (2001)⁵⁹ que refieren que existe un periodo crítico para la introducción de alimentos no homogeneizados y que, superado este, aparecen dificultades a la hora de avanzar en texturas y aptitudes masticatorias, este periodo es entre los 7-9 meses, que es el momento de mayor desarrollo e implantación de BLW.

Por último, según Espín y Martínez (2016) otro gran beneficio de la técnica BLW, ya desarrollado previamente, es que funciona como factor preventivo de la obesidad⁶⁰. En el estudio anterior, realizado por Townsend y Pitchford(2012) además de analizar las preferencias dietéticas entre los bebés que practicaron el BLW y los alimentados con purés y papillas (alimentación tradicional), se detallan datos sobre su desarrollo nutricional. La gran mayoría de los niños eran de un peso medio adecuado, los que recibieron el BLW presentaron un índice de masa corporal (IMC) menor que no era atribuible a diferencias en el peso al nacer, el IMC de los padres o el nivel socioeconómico, y los que se alimentaron con cuchara tuvieron una mayor incidencia de obesidad.

Tabla 6. Índice de Masa Corporal según puntaje Z de la OMS y percentiles NHS / CDC por grupo de destete:

⁵⁹ Northstone K, Emmett P y Nethersole son médicos graduados de la Universidad de Bristol, Bristol, Reino Unido.

⁶⁰ La técnica BLW le da un papel mucho más activo al niño, debido a que le permite regular la cantidad de alimentos y desarrollar sensaciones de saciedad con las posibles implicaciones que puede tener para la prevención en el desarrollo de la obesidad.

Capítulo 2

	GRUPO BLW (N=63)	GRUPO CON AL. TRADICIONAL (N=63)
Puntaje Z		
-3	1 (1.6%)	0 (0%)
-2	2 (3.2%)	0 (0%)
-1	5 (7.9%)	3 (4.8%)
0	39 (61.9%)	40 (63.5%)
1	15 (23.8%)	12 (19.0%)
2	1 (1.6%)	8 (12.7%)
3	0 (0%)	0 (0%)
Percentiles NHS		
Bajo peso (<2)	3 (4.7%)	0 (0%)
Normopeso (2-90)	51 (81%)	53 (84.1%)
Sobrepeso (91-97)	9 (14.3%)	2 (3.2%)
Obesidad (>97)	0 (0%)	8 (12.7%)
Percentiles CDC		
Bajo peso (0-4)	6 (9.5%)	1 (1.6%)
Normopeso (5-85)	49 (77.8%)	47 (74.6%)
Sobrepeso (86-95)	7 (12.7%)	8 (12.7%)
Obesidad (>96)	1 (1.6%)	7 (11.1%)

Fuente: Townsend y Pitchford (2012).

La introducción de alimentos debe ser progresiva y completa. Las GAPI plantean que ningún alimento proporciona por sí solo todos los nutrientes que el cuerpo necesita, por esta razón, el niño debe comer preparaciones equilibradas, que combinen diferentes alimentos⁶¹.

El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004)⁶², que no sigue la técnica BLW, establece el orden de introducción de cada alimento. Las frutas se recomiendan introducir a partir de los 6 meses, con el inicio de la alimentación complementaria, se debe respetar su estacionalidad tratando de que siempre sean frescas. Las verduras se incorporan algunas con las frutas, como papa, zapallo y zanahoria y otras después, alrededor de los seis meses y medio, preparadas cocidas, trituradas o en trozos. Luego se pueden comenzar a introducir crudas.

Con respecto a las carnes, el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004) refiere que contienen proteínas de alto valor biológico y hierro, por eso es muy importante su aporte. Se pueden agregar a los purés de verduras entre los 6 y 7 meses⁶³. Se recomienda comenzar con pollo por ser menos alergénico. El pescado también tiene en su composición proteínas de alto valor biológico y hierro, junto con ácidos grasos esenciales

61 Para lograr una adecuada alimentación complementaria, es necesario utilizar alimentos variados como cereales, hortalizas feculentas (tubérculos), carnes y huevos, legumbres, verduras, frutas y aceites.

62 El Comité de Lactancia Materna es un grupo consultor y asesor de la Asociación Española de Pediatría cuyo objetivo fundamental es promocionar la lactancia materna difundiendo conocimientos actualizados sobre el tema e impulsando la formación de los profesionales.

63 Las carnes se deben aportar en una cantidad aproximada de 15-20 gr, aumentando progresivamente hasta los 40-50 gr/día a la edad de 1 año.



Capítulo 2

Omega 3, y se introducirá después del noveno mes ya que el lactante puede no tolerarlos bien porque retrasan el vaciamiento gástrico y pueden producir reacciones alérgicas. Esto sucede también con el huevo⁶⁴, por lo tanto, se aconseja introducir la yema cocida después de los 9 meses, retrasándose la administración de la clara hasta los 12 meses de edad.

Por otro lado, la SAP (2001) sugiere la incorporación del gluten a partir del sexto mes. Del mismo modo, las GAPI mencionan las legumbres, refiriendo que proporcionan hierro, aunque de menor biodisponibilidad que el de origen animal; no obstante, son una fuente de proteínas. Este grupo puede ser incluido en la alimentación entre los 7 y 8 meses, en purés, tamizadas y sin piel. A partir del año pueden consumirlas enteras.

Flores, Martínez, Toussaint, Adell y Copto (2006) sostienen que no se recomienda que los niños menores de un año ingieran leche bovina entera como un sucedáneo de la leche materna. Su principal riesgo está relacionado con la β lactoglobulina, proteína característica de esta leche ausente en la leche humana, que se asocia con sensibilización a alergia y con el microsangrado que propicia anemia en los niños de esta edad. Además, los autores, explican que las bebidas azucaradas o sintéticas no deben ofrecerse al niño por su nulo valor nutritivo y porque el hábito de consumir estas bebidas se asocia en edades posteriores con el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y caries. En cuanto a los jugos, refieren que es mejor dar la fruta o la verdura como tales más que el jugo⁶⁵.

En lo que respecta a la incorporación de alimentos, la alimentación complementaria es una oportunidad para ampliar la gama de sabores. La SAP (2001) plantea que se debe evitar aportar azúcares simples, ya que su aporte no debe superar el 10% del total de calorías aportadas como hidratos de carbono y además hacen que el niño se acostumbre y genere una preferencia por los alimentos dulces. Junto con esto, sostiene que no es conveniente agregar sal a los alimentos complementarios.

Lorenzo, et al (2007) refiere que la miel se debe evitar hasta el año de vida ya que puede provocar botulismo en el lactante cuyo intestino está inmaduro y tener consecuencias mortales.

Pardío López (2012) plantea que la importancia de iniciar la alimentación complementaria en el momento oportuno tiene dos roles fundamentales. Por un lado, responde a la necesidad de cubrir los requerimientos nutricios del niño, y por el otro, al hecho de aprovechar la oportunidad que ofrece este periodo para establecer las primeras bases de lo que más adelante serán los patrones de hábitos alimentarios del individuo. Este periodo es

64 El huevo tiene gran capacidad alérgica, especialmente por la ovoalbúmina. Se debe administrar siempre bien cocido para poder ser adecuadamente digeridos, disminuir el poder alergizante y reducir el riesgo de contaminación.

65 En caso de administrar jugos al niño, deben incorporarse los elaborados en casa no colados que contienen fibra y mantienen su riqueza en vitaminas y minerales, sin dar cantidades mayores a un vaso pequeño al día.

Capítulo 2

óptimo para: estimular la habilidad de masticar, adquirir el gusto por diversos sabores, olores y texturas, y consumir alimentos con elevada densidad de nutrimentos, particularmente hierro, a fin de evitar su deficiencia.

De este modo, Pardo López (2012) sostiene varios puntos clave en la alimentación del niño: el primer punto es la introducción de alimentos sólidos a más tardar a los nueve meses de edad: fomenta la habilidad de masticar. El autor cita a Northstone, Emmett y Nethersole (2001) que sostienen que el intervalo óptimo de edad para estimular la masticación se ubica entre los seis y nueve meses de vida, por consiguiente, en el caso de no enfrentar al bebé al reto de masticar durante este periodo, es posible que se pierda la oportunidad y la construcción de ciertos hábitos relacionados con la masticación, tales como adquirir el gusto por sabores, olores y texturas diversos⁶⁶. El autor cita también a Illingworth y Lister (1964) que sugieren que los bebés están listos para aceptar alimentos grumosos entre el sexto y séptimo mes de vida, y que los que se enfrentan a la masticación antes de los diez meses de edad, son capaces de consumir una dieta diversa en frutas y verduras durante la etapa escolar.

El segundo punto que plantea Pardo López (2012) es el consumo de una dieta diversa: la introducción de los alimentos para conseguir una dieta diversa debe ser paulatina. La incorporación de un nuevo alimento se hace, una vez que el niño haya aceptado satisfactoriamente el anterior.

Además, Pardo López (2012) menciona como tercer punto la frecuencia de consumo de alimentos: la OMS (2010) recomienda frecuencias mínimas de consumo según edad del lactante y tipo de lactancia. Sostiene que el niño entre los seis a ocho meses alimentado al seno materno debe consumir alimentos al menos dos veces al día, tres veces al día o más en niños de 9 meses o más alimentados al seno materno, cuatro veces al día en niños de 6 a 23 meses alimentados con sucedáneos de leche materna. También, el autor cita a Stephenson, Gardner, Walker y Ashworth (1994) que refieren que la decisión de aumentar la frecuencia de consumo durante el día depende de la densidad energética de la dieta y de las cantidades consumidas durante cada comida. Por lo tanto, a mayor densidad energética, menor frecuencia de consumo, y viceversa⁶⁷. Al respecto, la OMS recomienda aumentar la frecuencia de consumo de alimentos diferentes a la leche materna en la medida en que el niño aumente de peso corporal y talla, definir el número de comidas durante el día en base a la densidad energética de los alimentos, la cantidad de comida consumida, y la frecuencia de

66 Está documentado que los tiempos de consumo de niños que enfrentaron la masticación después de los diez meses de edad, son muy largos, lo cual propicia desesperación en la cuidadora y genera momentos de consumo poco agradables y poco fluidos.

67 Al respecto, la OMS recomienda: aumentar la frecuencia de consumo de alimentos diferentes a la leche materna en la medida en que el niño aumente de peso corporal y talla, definir el número de comidas durante el día en base a la densidad energética de los alimentos, la cantidad de comida consumida, y la frecuencia de la lactancia materna.

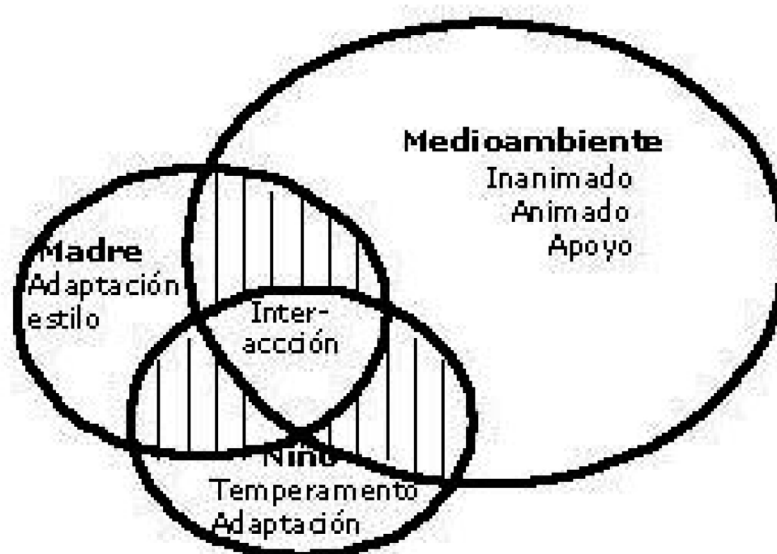
Capítulo 2

la lactancia materna. De esta manera Pardo López (2012) introduce el concepto de equilibrio en la alimentación, debido a que cualquier extremo pone en riesgo la salud de los niños. La sobrealimentación y el exceso de consumo de alimentos de alta densidad energética, lleva al niño a construir patrones alimentarios incorrectos que frecuentemente pueden propiciar la obesidad. Por ello se debe coordinar armónicamente la cantidad de alimentos, la densidad energética de la dieta y la frecuencia de consumo.

El último punto planteado por Pardo López (2012) es el consumo de alimentos ricos en hierro: de acuerdo con la OMS, para cubrir esta recomendación es necesario que el niño incluya diariamente alimentos de origen animal (carnes rojas, pescado, pollo, vísceras) y/o alimentos fortificados con hierro⁶⁸.

La importancia de iniciar la alimentación complementaria en el momento oportuno también influye en la formación de la conducta alimentaria del niño, su relación con la comida y el correcto crecimiento y desarrollo. En este sentido, Osorio, Weisstaub y Castillo (2012)⁶⁹ sostienen que hay varios factores que se interrelacionan y determinan la conducta alimentaria de un niño sano.

Figura 1. Factores determinantes de la conducta alimentaria de un niño sano:



Fuente: Osorio, Weisstaub y Castillo (2012).

De esta manera, de acuerdo a como se interrelacionan los factores, Osorio, Weisstaub y Castillo (2012) plantean que la falla del crecimiento en niños puede darse por muchas causas y refieren que es un trastorno reconocido por un compromiso nutricional leve y que muchos de

68 El riesgo de padecer deficiencia de hierro o anemia durante los primeros dos años de la vida aumenta, ya que es una etapa de rápido crecimiento y desarrollo, en la que las reservas neonatales de hierro se agotan a partir del sexto mes, y la ingestión alimentaria de este nutrimento suele ser inadecuada debido a ciertas prácticas alimentarias, tales como la introducción tardía de alimentos de origen animal.

69 Jessica Osorio, Gerardo Weisstaub y Carlos Castillo son Nutricionistas graduados de la Universidad de Chile.

Capítulo 2

los niños mejoran con intervenciones dietarias. Los autores citan a Wright, Loughridge y Moore (2000) que realizaron un estudio y observaron en niños menores de dos años con diagnóstico de falla del crecimiento, que los que consumían menos y menor variedad de alimentos tenían patrones más inmaduros de alimentación y menor interés en los alimentos. Por lo tanto, Osorio, Weisstaub y Castillo (2012) concluyen en que el desarrollo de la conducta alimentaria es un proceso complejo en el que participan componentes fisiológicos de regulación de la ingesta alimentaria, del crecimiento y el peso corporal; componentes psicológicos del niño, de los padres y de la familia y además componentes culturales y sociales. Son frecuentes sus alteraciones en los primeros años de vida, las que se pueden traducir en un retraso del crecimiento, aversiones alimentarias y dificultades secundarias en la convivencia familiar. El manejo de estas alteraciones deberá basarse principalmente en una educación preventiva de la familia durante los primeros dos años de vida del bebé y en la modificación conductual del ambiente familiar y sólo secundariamente considerar la utilización de fármacos con efectos orexígenos⁷⁰.

Moreno Villares y Galiano Segovia (2006)⁷¹ explican que a medida que se desarrolla la alimentación complementaria pueden surgir también otros inconvenientes, sosteniendo que el paso de la dieta láctea a una dieta diversificada pasa por que el lactante aprenda a aceptar algunos de los nuevos alimentos que se le ofrecen. En el momento de la inclusión de nuevos alimentos puede darse la neofobia. Esta es definida por Pliner y Hobden (1992)⁷² como una negación a comer y / o evitar nuevos alimentos.

Moreno Villares y Galiano Segovia (2006) plantean que la neofobia forma parte de una respuesta de defensa de la especie humana: el alimento puede ser tóxico. Es decir, se trata de una respuesta adaptativa. La exposición repetida no seguida de consecuencias gastrointestinales negativas (náuseas y vómitos) lleva a una aceptación progresiva del nuevo alimento. Esta aceptación, tras la degustación repetida, puede ocurrir con relativa lentitud y precisar entre 10 y 15 exposiciones antes de lograr modificaciones en su aceptación.

Gerrish y Mannella (2001) realizaron un estudio en el cual administraron a tres grupos de niños el mismo tipo de alimentación complementaria durante 10 días (grupo 1: puré de zanahoria, grupo 2: puré de papas y grupo 3: puré de verduras). En el día 11 se les dio a todos puré de zanahorias y en el día 12 se les dio a todos puré de pollo. La ingesta de zanahoria fue menor en el grupo que sólo había recibido papa que en los otros dos grupos. El grupo que había consumido puré de verduras ingirió mayor cantidad de puré de pollo que los otros grupos, lo que sugeriría que aquellos lactantes expuestos a un mayor número de sabores aceptan mejor los nuevos alimentos que los que habían tenido contacto con menor número de sabores⁷³.

70 Los orexígenos son cualquier fármaco, hormona o compuesto que incrementa el apetito.

71 JM. Moreno Villares y MJ. Galiano Segovia son Pediatras de la ciudad de Madrid.

72 Patricia Pliner y Karen Hobden son Psicólogas graduadas de Erindale College, Universidad de Toronto.

73 Gerrish CJ. y Mannella JA. Con este estudio obtuvieron la primera evidencia experimental que indica



Capítulo 2

Moreno Villares y Galiano Segovia (2006) sostienen que si el niño fue amamantado con leche materna tiende a tener menos problemas de aceptación de los nuevos alimentos al haber recibido un aprendizaje previo a través de la leche de la propia madre. Además, refieren que si el niño recibió leche materna puede ser útil mezclarle los alimentos o hacerle puré con la leche materna. También, plantean que el rechazo inicial del niño a un nuevo alimento no debe interpretarse como una aversión fija y permanente a éste. Hay que alentar a los padres a que sean persistentes y continúen ofreciendo al niño los nuevos alimentos que inicialmente son rechazados⁷⁴. En último lugar, postulan que no debe posponerse la introducción de nuevos alimentos más allá del período del destete, antes de que se manifieste el aumento de autonomía e independencia cuando el niño comienza a gatear o caminar.

Si estas etapas de la diversificación alimentaria no se cumplen o no existe un ofrecimiento de alimentos constante y coherente, pueden originarse trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño.

que la exposición a una variedad de sabores mejora la aceptación de nuevos alimentos en bebés.

74 Se deben incluir varias oportunidades para probar un nuevo alimento, es decir, distintos momentos y distintas formas de preparación. Estas tentativas deben realizarse en un ambiente sin presión.

Ana Magnoni

diseña
METODOLÓGICO.



UNIVERSIDAD
FASTA

Diseño metodológico

El presente estudio se realizará en forma cuantitativa ya que se medirán fenómenos y las cuestiones estudiadas se analizarán desde la realidad objetiva.

El mismo es descriptivo ya que se describen los hechos tales como son observados y se considera al fenómeno estudiado y a sus componentes. Además, mediante este estudio, se busca especificar propiedades importantes sobre la alimentación de niños de 2 y 3 años de edad.

El estudio es de tipo no experimental, transversal, debido a que solamente se estudia la población observándola y no se realiza ninguna modificación sobre ella. Al mismo tiempo, se estudiará la población en un solo momento, sin realizar un seguimiento sobre ella.

La población sujeta a estudio comprende madres de niños de 2 y 3 años que asisten a un jardín de una universidad de Mar del Plata en el año 2019.

La muestra está conformada por 40 madres seleccionadas en forma no probabilística por conveniencia

La unidad de análisis es cada uno de los niños de 2 o 3 años y la madre del niño.

Las variables a analizar son las siguientes:

- **Edad**

Definición conceptual: Tiempo que ha transcurrido a partir del nacimiento de un individuo expresado en meses y años.

Definición operacional: Tiempo que ha transcurrido a partir del nacimiento de un niño de 2 y 3 años que asiste a un jardín maternal de una universidad de Mar del Plata, en el año 2019 expresado en meses y años. Los datos se obtienen mediante un cuestionario con una pregunta abierta.

- **Sexo**

Definición conceptual: Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas que nos definen como varón o mujer a los seres humanos (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2017).

Definición operacional: Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas que definen como varón o mujer a los niños de 2 y 3 años que asisten a un jardín maternal de una universidad de Mar del Plata, en el año 2019. Los datos se obtienen mediante un cuestionario y se considera masculino y femenino.

- **Lactancia: tipo y duración de la lactancia**

Definición conceptual: Primer período de la vida del niño, en el cual se alimenta solo de leche.

Definición operacional: Primer período de la vida del niño, en el cual se alimenta solo de leche, de los niños de 2 y 3 años que asisten a un jardín maternal de una universidad de Mar



del Plata, en el año 2019. Los datos se obtienen mediante un cuestionario que indaga mediante preguntas sobre tipo de lactancia, duración de la lactancia, frecuencia de amamantamiento, extracción de leche, lactancia a demanda, edad de abandono de la lactancia, razones del abandono de la lactancia, inconvenientes del amamantamiento, asistencia ante inconvenientes en el amamantamiento.

- **Alimentación complementaria: primer alimento ofrecido y a qué edad**

Definición conceptual: Alimentación no láctea que recibe el lactante.

Definición operacional: Alimentación no láctea que reciben los lactantes de 2 y 3 años que asisten a un jardín maternal de una universidad de Mar del Plata, en el año 2019. Los datos se obtienen mediante un cuestionario y se indaga mediante preguntas sobre tipo de alimentación complementaria, primer alimento ingerido y la edad en que se ingirió, primer líquido ingerido y la edad en que se ingirió, alimentos más consumidos, consistencia de los alimentos, número de comidas por día, preparación de las comidas.

- **Información materna sobre lactancia materna**

Definición conceptual: Tener conocimientos sobre la importancia de la lactancia materna.

Definición operacional: Tener conocimientos sobre la importancia de la lactancia materna de los niños de 2 y 3 años que asisten a un jardín maternal de una universidad de Mar del Plata, en el año 2019. Los datos se obtienen mediante un cuestionario que indaga mediante preguntas sobre beneficios de la lactancia materna.

- **Información materna sobre alimentación complementaria**

Definición conceptual: Tener conocimientos sobre la importancia de la alimentación complementaria.

Definición operacional: Tener conocimientos sobre la importancia de la alimentación complementaria de los niños de 2 y 3 años que asisten a un jardín maternal de una universidad de Mar del Plata, en el año 2019. Los datos se obtienen mediante un cuestionario, y se indaga sobre rechazo de alimentos, estrategias para evitar el rechazo, consumo de miel, consumo de suplementos.

- **Conocimiento y práctica materna en técnica de alimentación complementaria BLW:**

Definición conceptual: Saberes sobre destete o alimentación complementaria dirigida por el bebé y que propone la realización de la misma mediante el uso de alimentos enteros con un tamaño y una forma que permita al bebé tomarlos y llevárselos a la boca como alternativa a alimentos triturados y purés administrados con cuchara. (Espín Jaime y Martínez Rubio, 2016).

Definición operacional: Destete o alimentación complementaria dirigida por el bebé y que

Diseño metodológico

propone la realización de la misma mediante el uso de alimentos enteros con un tamaño y una forma que permita al bebé tomarlos y llevárselos a la boca como alternativa a alimentos triturados y purés administrados con cuchara de los niños de 2 y 3 años que asisten a un jardín de una universidad de Mar del Plata, en el año 2019. Los datos se obtienen mediante un cuestionario y se indaga sobre conocimiento de técnica BLW, utilización y experiencia en esta técnica.

- **Fuentes de información de la lactancia materna**

Definición conceptual: Persona o cosa que proporciona información sobre la lactancia materna.

Definición operacional: Persona o cosa que proporciona información sobre la lactancia materna de los niños de 2 y 3 años que asisten a un jardín de una universidad de Mar del Plata, en el año 2019. Los datos se obtienen mediante un cuestionario, con una pregunta múltiple opción.

- **Fuentes de información sobre alimentación complementaria**

Definición conceptual: Persona o cosa que proporciona información sobre la alimentación complementaria.

Definición operacional: Persona o cosa que proporciona información sobre la alimentación complementaria de los niños de 2 y 3 años que asisten a un jardín de una universidad de Mar del Plata, en el año 2019. Los datos se obtienen mediante un cuestionario y se indaga sobre fuentes de información acerca de cómo y cuándo introducir frutas y verduras, información obtenida sobre cuando, como y de qué modo incluirlas en la alimentación.

- **Entorno de la madre**

Definición conceptual: Ambiente donde la madre se desarrolla en determinadas condiciones de vida, trabajo, nivel de ingresos, nivel educativo y está determinado o relacionado a los grupos a los que pertenece.

Definición operacional: Ambiente donde la madre se desarrolla en determinadas condiciones de vida, trabajo, nivel de ingresos, nivel educativo y está determinado o relacionado a los grupos a los que pertenece de niños de 2 y 3 años que asisten a un jardín maternal de una universidad de Mar del Plata, en el año 2019. Los datos se obtienen mediante un cuestionario, y se indaga sobre edad de la madre, ocupación, estudios, horas de trabajo, composición de la familia, ayuda para alimentar al niño.

A continuación, se adjunta el consentimiento informado:



Diseño metodológico

Mar del Plata, de..... de 2019

La presente investigación es conducida por Ana Magnoni, estudiante de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad FASTA. El objetivo del estudio es identificar la información y prácticas sobre lactancia y alimentación complementaria que refieren las madres de niños de 2 y 3 años del Jardín Maternal de la Universidad Nacional de Mar del Plata en el año 2019.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, no lo expondrá a ningún tipo de riesgo ni le demandará gasto alguno, y puede abandonar el estudio cuando lo desee. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Los datos recabados, serán estrictamente confidenciales y se utilizarán únicamente para el trabajo de tesis. Guardo el secreto estadístico de los datos según indica la ley. Desde ya agradezco su participación.

Yo,, como madre o tutor acepto participar de dicha investigación, y por lo tanto consiento participar de la misma.

Firma de la persona:

Aclaración:



Ana Magnoni

ANÁLISIS *de datos*

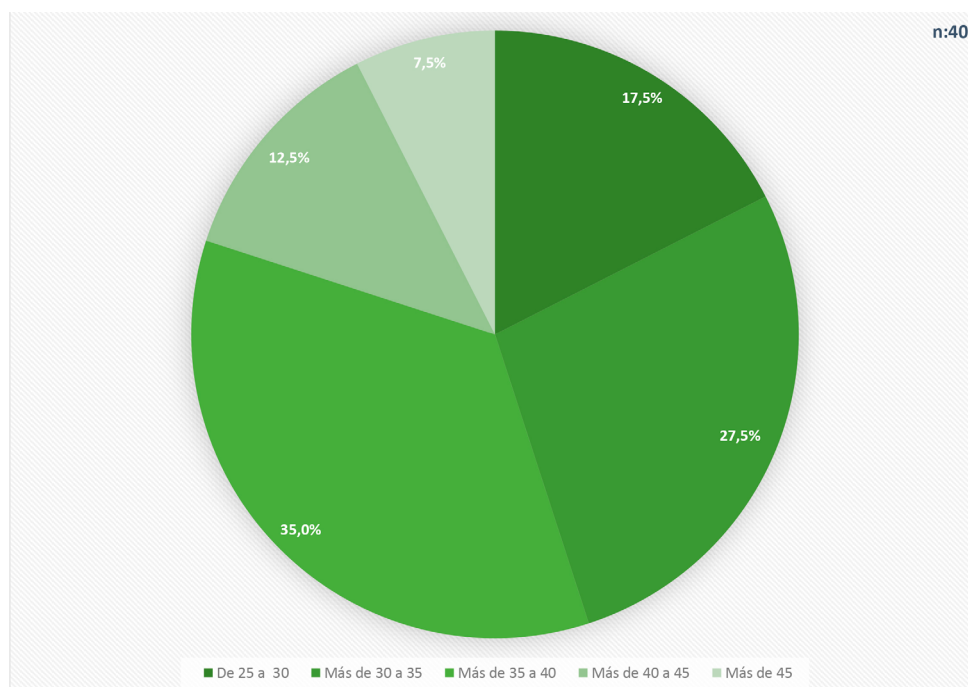


UNIVERSIDAD
FASTA

Análisis de datos

En el presente estudio se encuestaron 40 madres de niños de 2 y 3 años. El análisis de las encuestas arroja los siguientes resultados.

Gráfico 1: Edad de las madres.

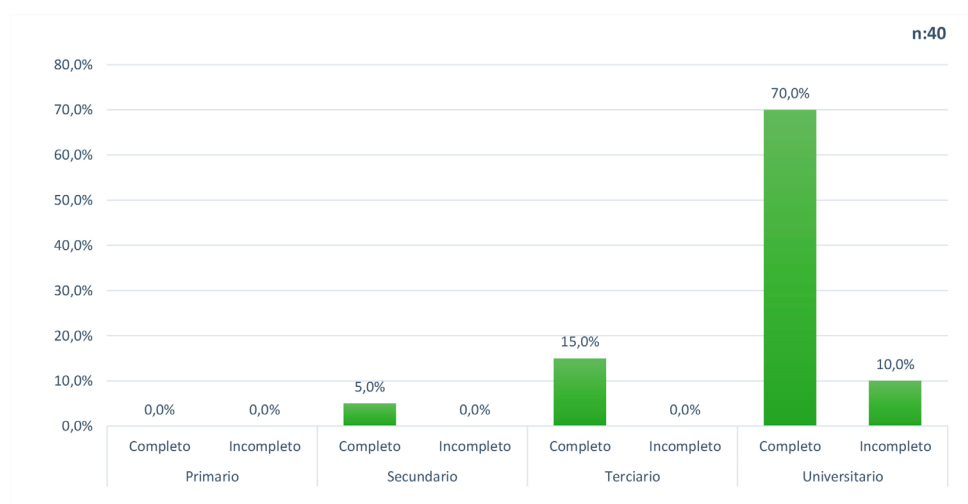


Fuente: Elaboración propia.

La edad de las madres va desde los 26 a los 50 años. Teniendo el 35% más de 35 a 40 años. El 27,5% más de 30 a 35 años. El 17,5% de 25 a 30 años. El 12,5% más de 40 a 45 y el 7,5% restante más de 45 años.

Luego, se indagó acerca del nivel de educación de las madres y se pudo observar lo siguiente;

Gráfico 2: Nivel de educación.



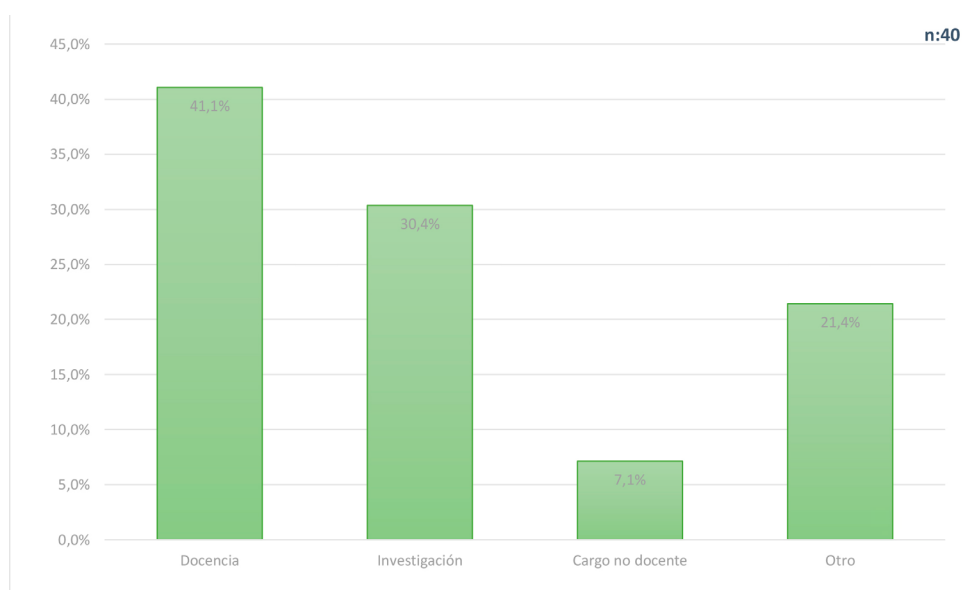
Fuente: Elaboración propia.

El 85% de las madres son profesionales. Un 10% no completo la universidad y un 5%

Análisis de datos

completo los estudios secundarios. Esto significa que el total de las encuestadas realizaron la escuela secundaria de manera completa. La muestra corresponde al Jardín Maternal de la Universidad de Mar del Plata, al cual, según reglamento, concurren hijos de trabajadores de la Universidad o estudiantes, es por eso el alto nivel educativo. Sin embargo, casi la totalidad de los niños que asisten a la institución tienen a su padre o madre trabajando en la Universidad.

Gráfico 3: Ocupación.

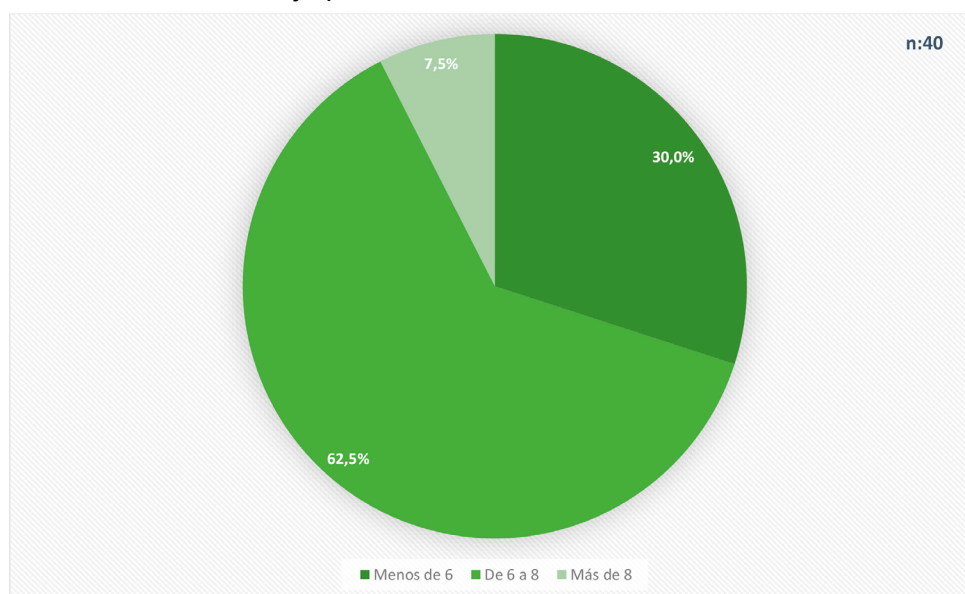


Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de las madres tienen cargos en la universidad. El 41,1% trabaja en docencia, el 30,4% en investigación y el 7,1% ocupan cargo no docente. A su vez, algunas realizan tareas de docencia e investigación en simultáneo (n:15). Solo el 21,4% tienen su trabajo fuera de la universidad. Esto es así debido a que uno de los padres debe trabajar en la universidad para que el niño pueda concurrir al jardín. El reglamento del jardín maternal considera también, que puede haber hijos de estudiantes, sin embargo, el cupo es limitado y tienen prioridad aquellos niños de padres que trabajan en la universidad.

Análisis de datos

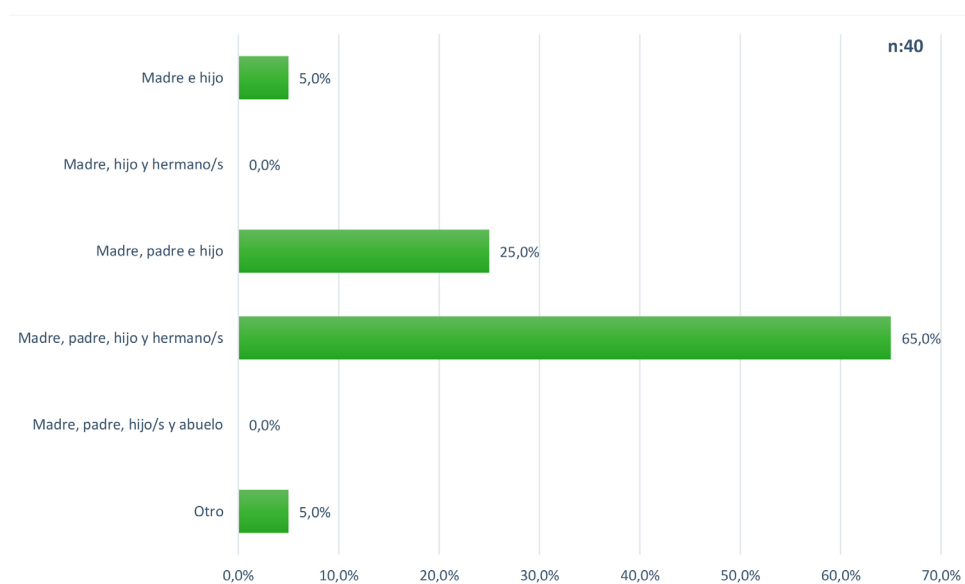
Gráfico 4: Horas de trabajo por día.



Fuente: Elaboración propia.

Más de la mitad de las encuestadas trabajan entre 6 a 8 horas (62,4%). El resto trabajan menos de 6 horas diarias (30,0%) y solo una pequeña proporción (7,5%) más de 8.

Gráfico 5: Composición de la familia.

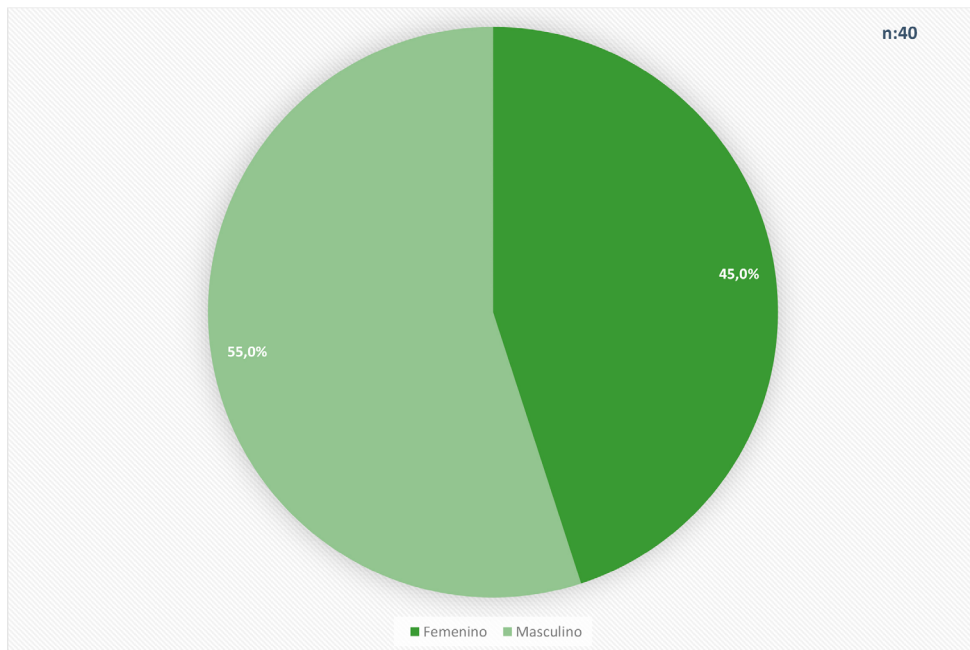


Fuente: Elaboración propia.

Casi la totalidad de las familias (90%) están compuestas por madre, padre e hijo/s. Solo un 5% por madre e hijo y el restante 5% por madre, padre, hijo y abuelos.

Análisis de datos

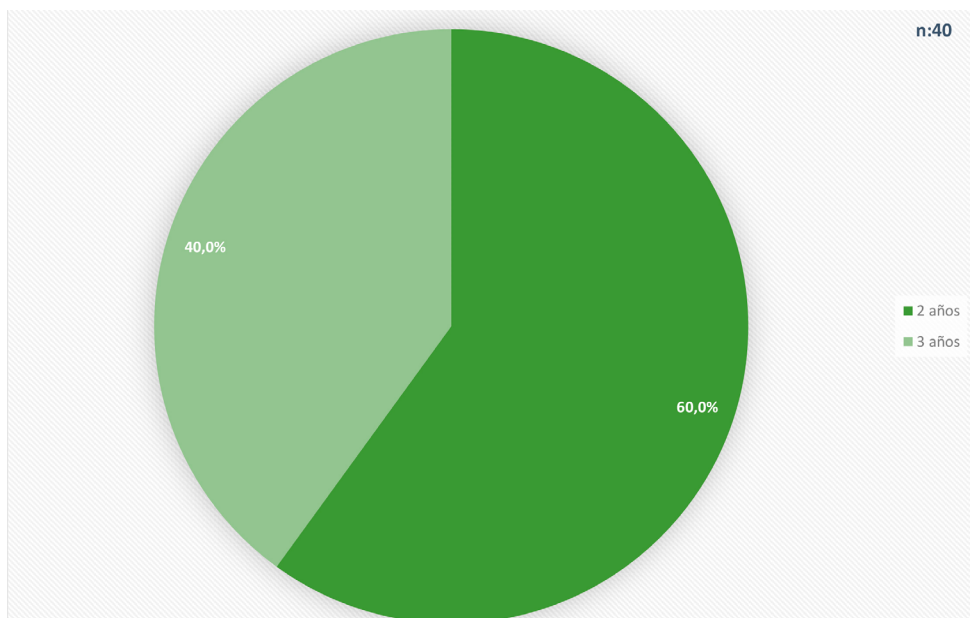
Gráfico 6: Sexo de los niños que concurren al jardín.



Fuente: Elaboración propia.

De la población estudiada el 55% fue identificada como sexo masculino y el 45% como femenino.

Gráfico 7: Edad de los niños que concurren al jardín.

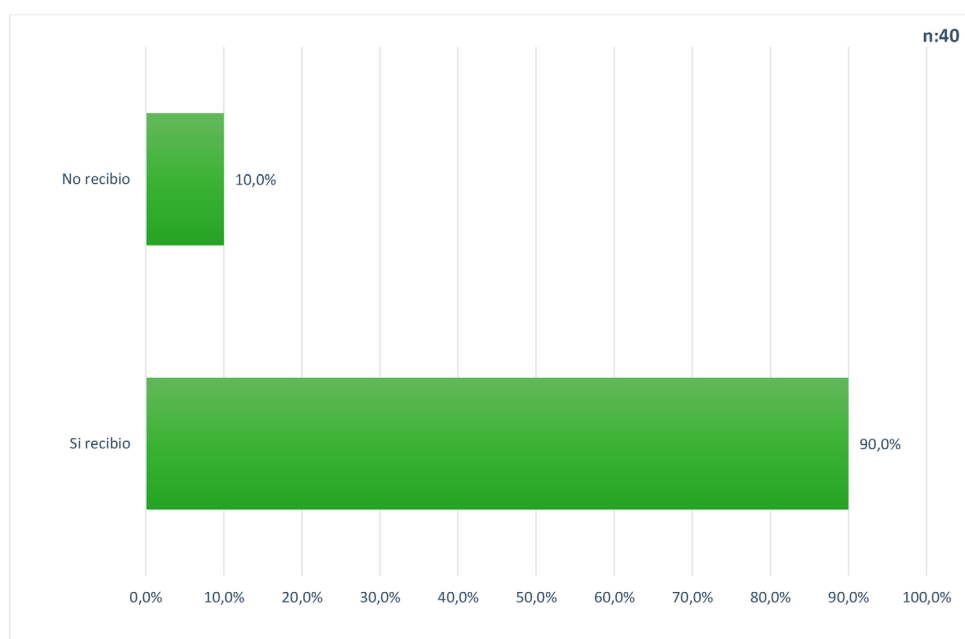


Fuente: Elaboración propia.

El 60% de las madres tienen hijos de 2 años, y el 40% de 3 años. Si bien, todos los niños concurrían a la salita de 2, como la muestra se tomó durante el mes de diciembre algunos ya habían cumplido los tres años.

Análisis de datos

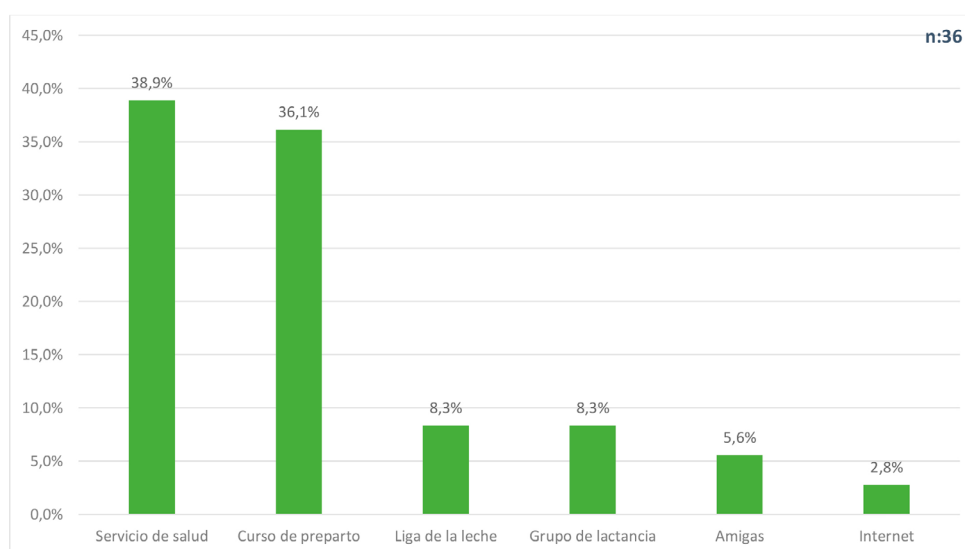
Gráfico 8: Recepción de información al momento de lactancia del niño.



Fuente: Elaboración propia.

Casi la totalidad de las encuestadas (90%) refirieron haber recibido información sobre lactancia. Sin embargo, el 10% no recibió.

Gráfico 9: Fuentes de información sobre lactancia que consulto la madre del niño.

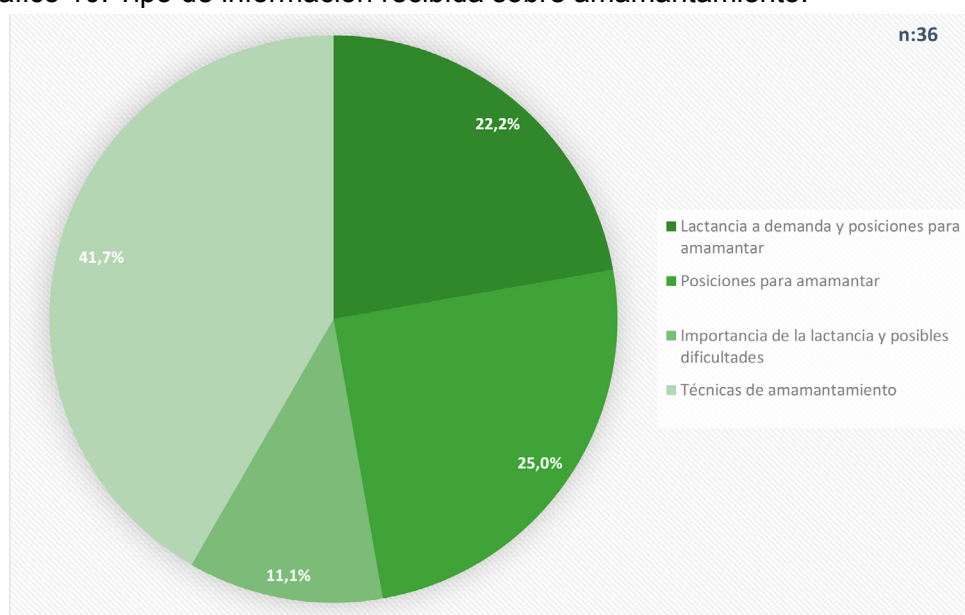


Fuente: Elaboración propia.

Del total de las encuestadas solo el 90% recibió información sobre lactancia materna, por lo tanto, en ellas se indagaron las fuentes de información. El 38,9% refirió haberla recibido del servicio de salud (enfermeras, obstetra, pediatra, partera), el 36,1% del curso de preparto, 8,3% de la liga de la leche, otro 8,3% obtuvo información de diversos grupos de lactancia materna, un 5% de amigas y el 2,8% restante de internet.

Análisis de datos

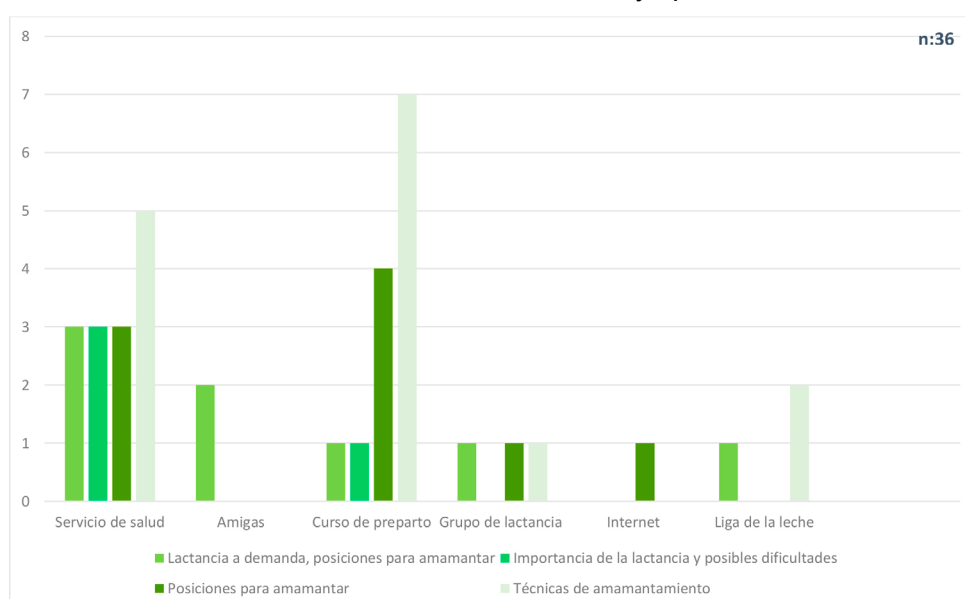
Gráfico 10: Tipo de información recibida sobre amamantamiento.



Fuente: Elaboración propia.

Del 90% que recibió información sobre lactancia materna, se indagó también sobre el tipo de información recibida. En primer lugar, las encuestadas refirieron, técnicas de amamantamiento (41,7%). En segundo lugar, posiciones para amamantar (25%). En tercer lugar, información sobre aportar lactancia a demanda junto con posiciones para amamantar (22,5%). En último lugar, aspectos sobre la importancia de la lactancia y posibles dificultades que pueden ocurrir durante la misma (11,1%).

Gráfico 11: Fuentes de información sobre lactancia y tipo de información recibida.



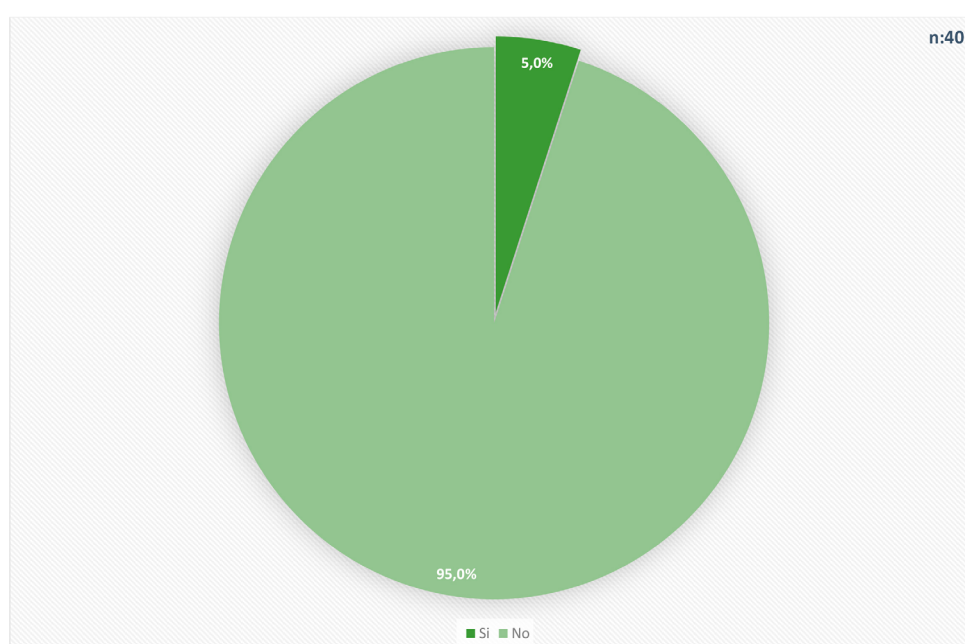
Fuente: Elaboración propia.

El servicio de salud fue el sistema que aportó información sobre técnicas de amamantamiento en mayor proporción y luego, en igual medida, sobre lactancia a demanda,

Análisis de datos

posiciones para amamantar e importancia de la lactancia y posibles dificultades. Las amigas, brindaron información sobre lactancia a demanda y posiciones para amamantar. El curso de parto, ahondó en primer lugar sobre técnicas de amamantamiento, luego sobre posiciones para amamantar y, por último, en igual medida sobre lactancia a demanda e importancia de la misma y sus dificultades. El grupo de lactancia aportó información sobre lactancia a demanda, posiciones para amamantar y técnicas de amamantamiento. Internet, únicamente sobre posiciones para amamantar, y la Liga de la leche, sobre lactancia a demanda, posiciones para amamantar y técnicas de amamantamiento.

Gráfico 12: Continuidad de amamantamiento en la actualidad.

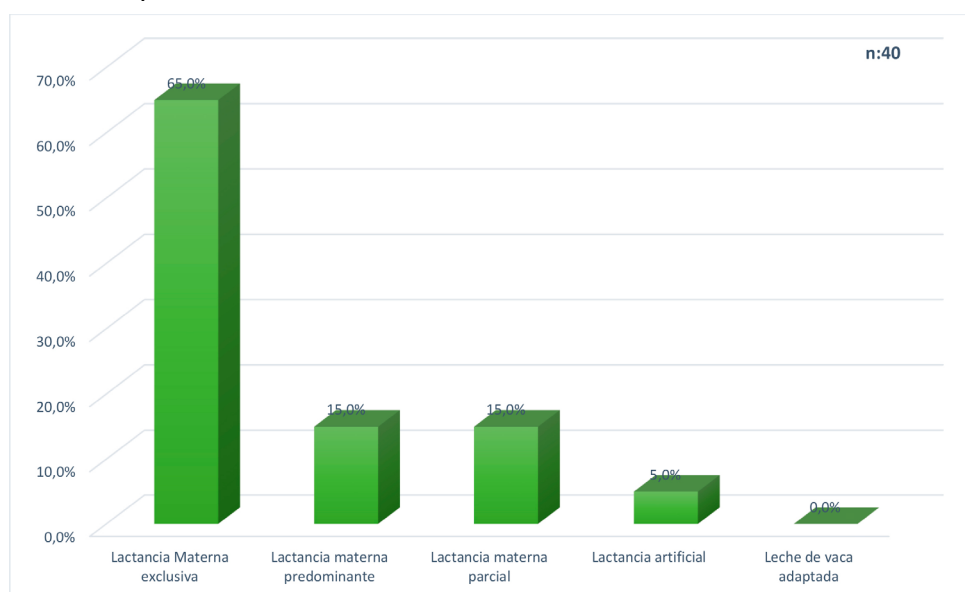


Fuente: Elaboración propia.

Del total encuestado solo el 5% continuaba brindando lactancia materna. Es decir, 2 niños del total de 40. La edad de ellos era 2 años y 5 meses y 2 años y 7 meses.

Análisis de datos

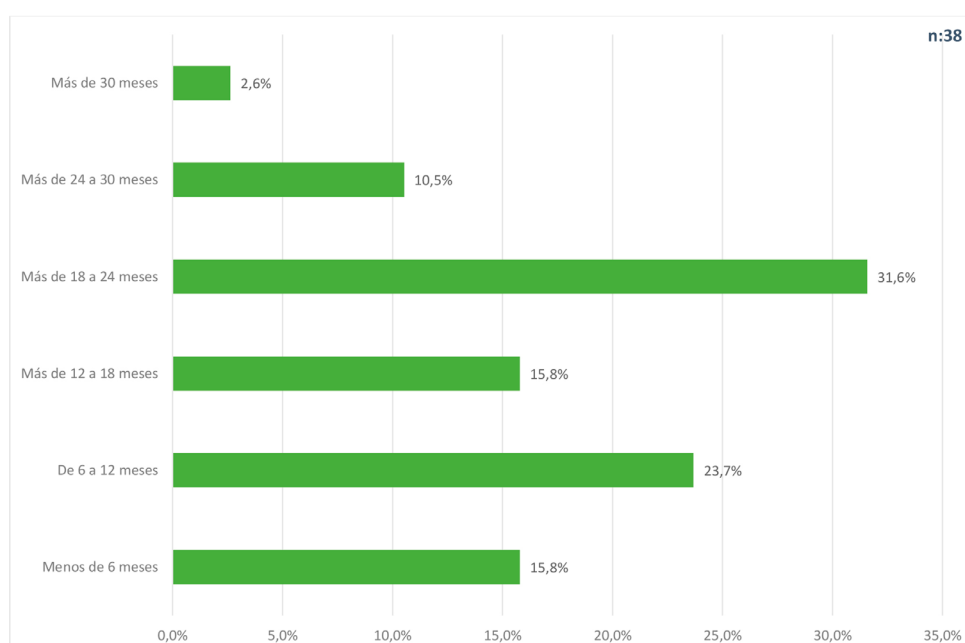
Gráfico 13: Tipo de lactancia.



Fuente: Elaboración propia.

El 65% brindó lactancia materna exclusiva. Un 15% brindó lactancia materna junto con agua o bebidas a base de agua, otro 15% lactancia materna parcial y solo un 5% utilizó en su totalidad lactancia materna artificial.

Gráfico 14: Edad de abandono de la lactancia.

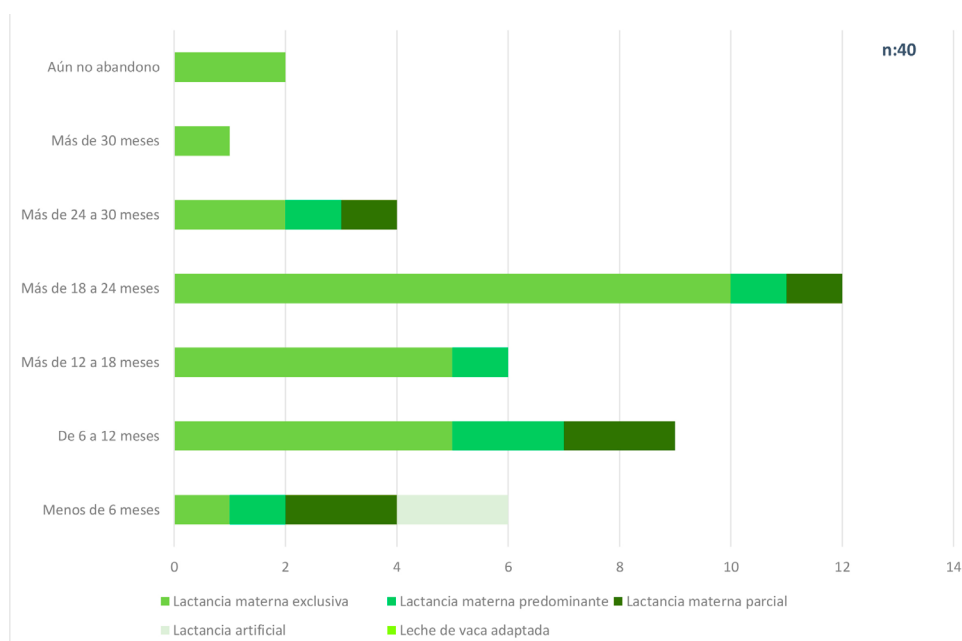


Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al tiempo de prolongación de la lactancia el 31,6% refirió haberla brindado hasta un año y medio y dos años. Sin embargo, el 39,6% menos de un año. El 15,8% aportó lactancia hasta un año y un año y medio. La presencia de lactancia prolongada (aquella que dura más de dos años) fue de un 13,1%.

Análisis de datos

Gráfico 15: Tipo de lactancia y edad de abandono.

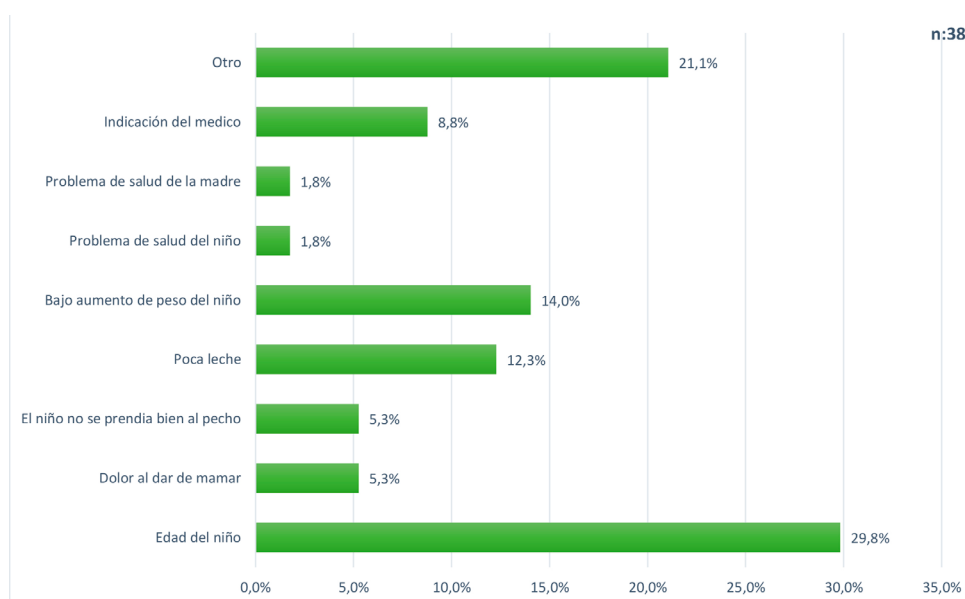


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico se relacionan los datos obtenidos respecto a tipo de lactancia y edad de abandono de la misma. Los niños que la abandonaron antes de los 6 meses consumieron, en mayor medida, lactancia artificial y lactancia materna parcial, y en menor medida, lactancia materna exclusiva y lactancia materna predominante. Para aquellos que la dejaron entre los 6 y 12 meses, el tipo predominante fue lactancia materna exclusiva, seguido, en menor medida, por lactancia materna predominante y lactancia materna parcial. La mayoría de niños que consumieron entre los 12 y 18 meses fueron alimentados con lactancia materna exclusiva, y una menor cantidad, lactancia materna predominante. Entre los 18 a 24 meses fueron alimentados con lactancia materna parcial en su mayoría y en menor cantidad con lactancia materna predominante y lactancia materna parcial. Entre los 24 a 30 meses lactancia materna exclusiva, predominante y parcial. En el grupo que consumió lactancia más de 30 meses predominó la lactancia materna exclusiva, al igual que los que continúan lactando en la actualidad.

Análisis de datos

Gráfico 16: Razones del abandono de la lactancia.



Fuente: Elaboración propia.

La principal razón del abandono de la lactancia fue la edad del niño (28,9%). El 14,0% refirió como causa del abandono de la lactancia el bajo aumento de peso del niño y el 12,3% poca leche. Un 8,8% la dejó por indicación del médico. El 5,3% porque el niño no se prendía bien al pecho y otro 5,3% por dolor al dar de mamar. El 1,8% por problemas de salud de la madre y otro 1,8% por problemas de salud del niño. Por último, hubo un gran porcentaje (21,1%) que refirió haberla dejado por otras causas, entre ellas, otro embarazo, cuestiones sociales, viajes, el niño dejó de pedirla y cansancio materno.

Gráfico 17: Edad de abandono de la lactancia y razones.



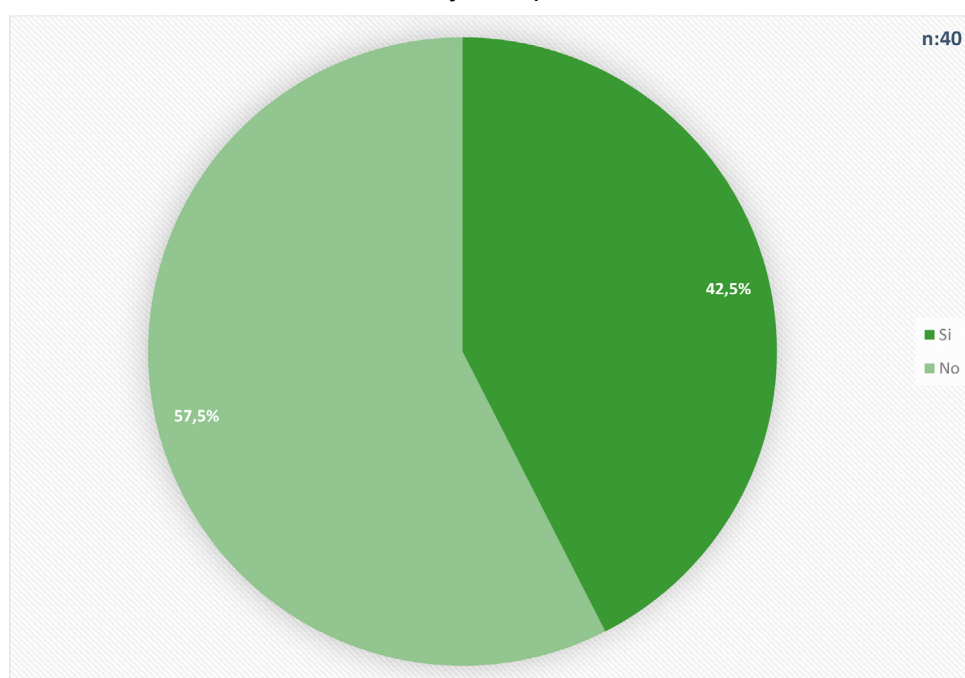
Fuente: Elaboración propia.



Análisis de datos

En niños menores de 6 meses las principales razones del abandono de la lactancia fueron, en primer lugar, poca leche, y luego en igual proporción por indicación del médico y porque el niño no se prendía bien al pecho. De 6 a 12 meses dejaron de brindar lactancia principalmente por la edad del niño, y luego en igual medida por problemas de salud del niño y poca leche. De más de 12 a 18 meses el abandono estuvo dado por la edad del niño, poca leche e indicación del médico. De más de 18 a 24 meses fue por la edad del niño, por poca leche, por problema de salud de la madre y por bajo aumento de peso del niño. De más de 24 a 30 meses fue por edad del niño y dolor al dar de mamar y por más de 30 meses, la única razón dada fue por la edad del niño.

Gráfico 18: Asistencia de la madre al jardín para amamantar.

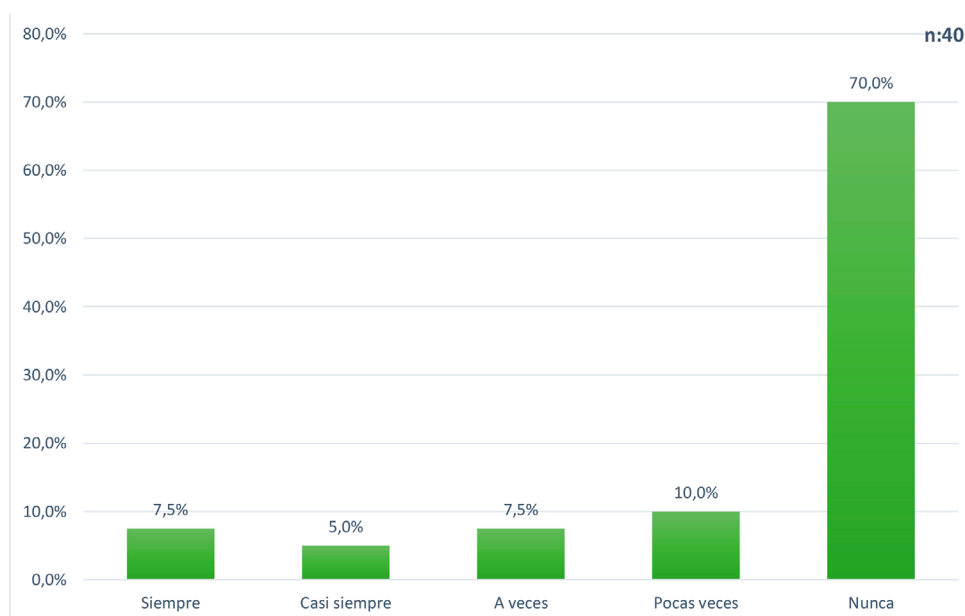


Fuente: Elaboración propia.

El Jardín de la Universidad Nacional de Mar del Plata da la opción a los padres de llamar a la madre, si el niño está tomando lactancia materna, para que vaya a darle la teta. Los resultados obtenidos fueron que un 42,5% de las madres concurría al jardín a dar la teta, mientras que un 57,5% no lo hizo.

Análisis de datos

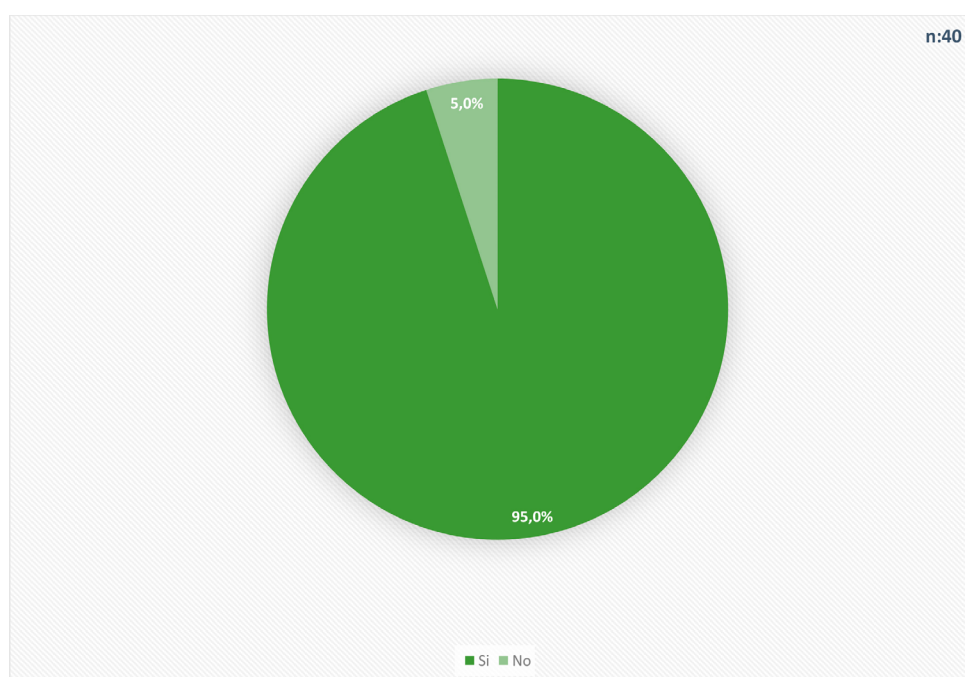
Gráfico 19: Extracción de leche para dejar en jardín.



Fuente: Elaboración propia.

El jardín, además, brinda la opción de que las madres se extraigan leche y la dejen en el jardín para utilizarla en el transcurso del día cuando el niño la demande. Ante esta pregunta, el 70% contestó que nunca lo había hecho, el 10% que casi nunca, el 7,5% que solo a veces, el 5% que casi siempre y el 7,5% que siempre lo hacía.

Gráfico 20: Lactancia a demanda.



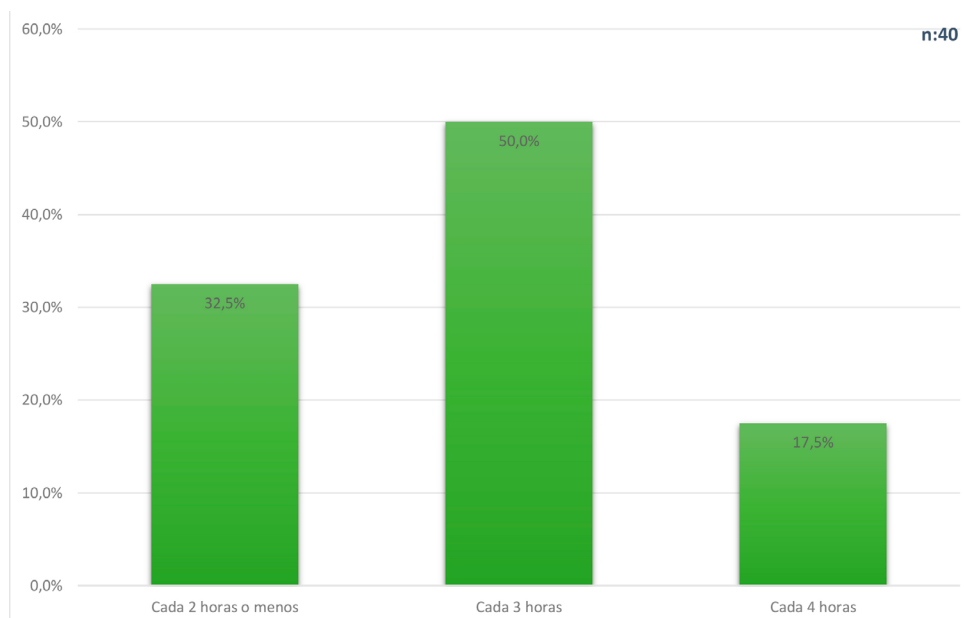
Fuente: Elaboración propia.

Casi la totalidad de las encuestadas (95%) brindaron lactancia a demanda, es decir,

Análisis de datos

cuando el niño lo quería. Solo el 5% refirió no aportar lactancia a demanda, esto significa, que fue dada con un cierto régimen de tiempo.

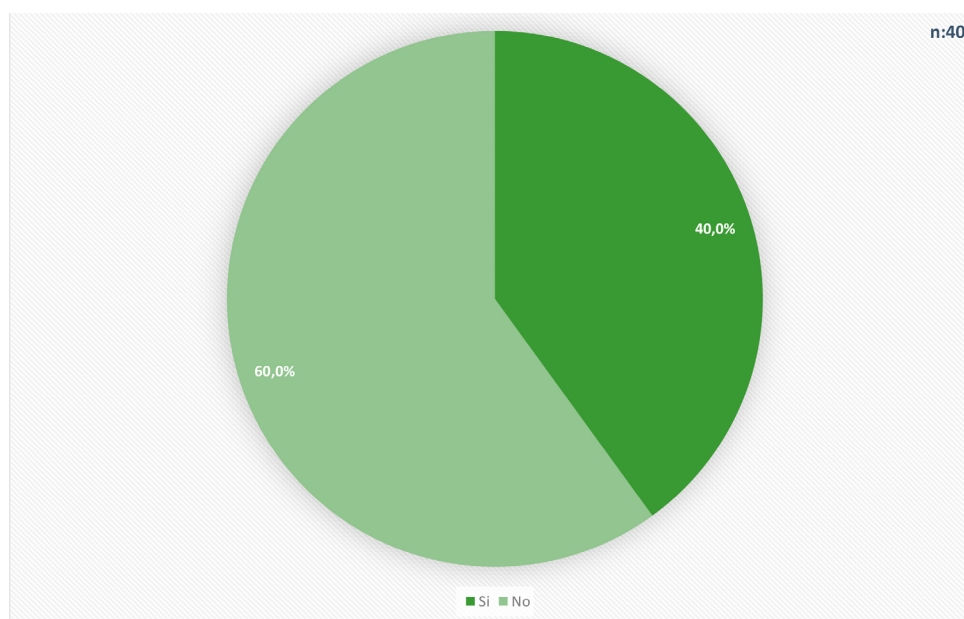
Gráfico 21: Frecuencia de amamantamiento.



Fuente: Elaboración propia.

Se indagó sobre la frecuencia de amamantamiento, es decir, número de repeticiones del acto de amamantar por día. El 32,5% refirió cada 2 horas o menos, el 50% cada 3 horas aproximadamente y el 17,5% cada 4 horas.

Gráfico 22: Presencia de inconvenientes en el amamantamiento.



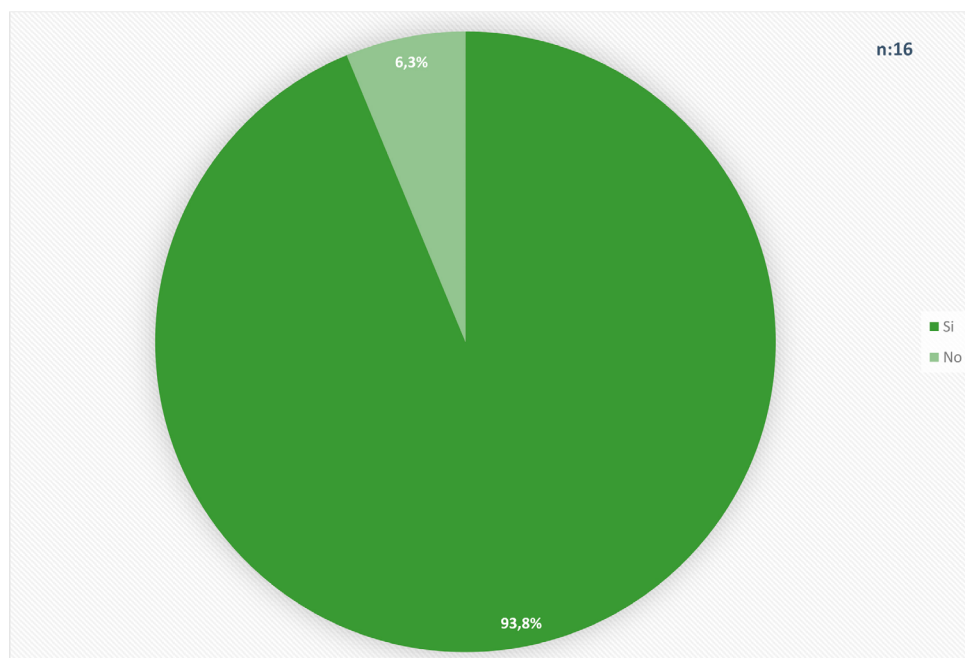
Fuente: Elaboración propia.

Del 100% el 40% presentó algún problema durante el amamantamiento. Los principales

Análisis de datos

problemas detectados fueron: en primer lugar, mastitis, luego poca leche, en tercer lugar, grietas y dolor en el pezón y, por último, formación de perla de leche.

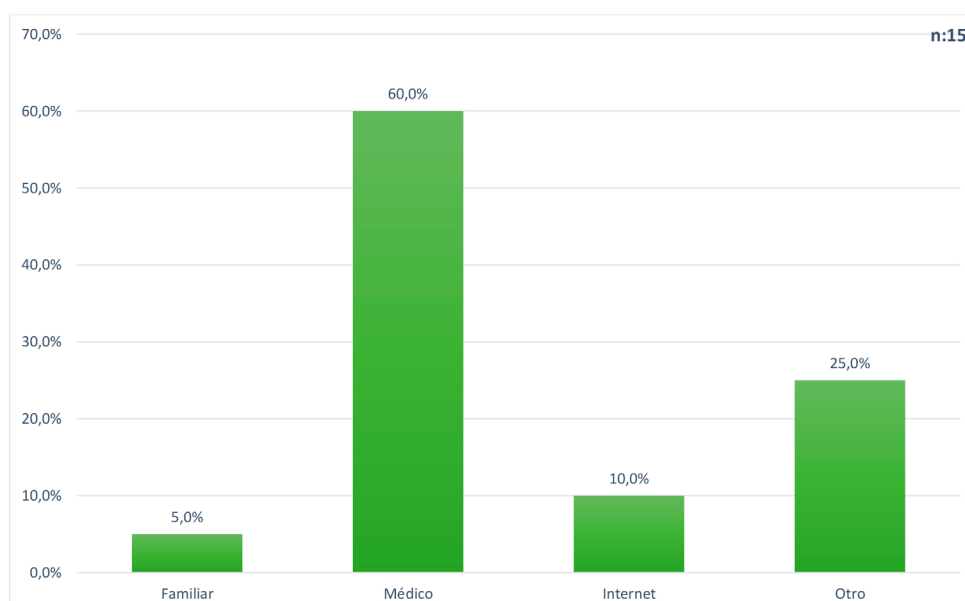
Gráfico 23: Consulta ante inconveniente durante el amamantamiento.



Fuente: Elaboración propia.

Ante el inconveniente el 93,8% pidió ayuda a alguien y el 6,3% no lo hizo.

Gráfico 24: Persona a quien consultó.

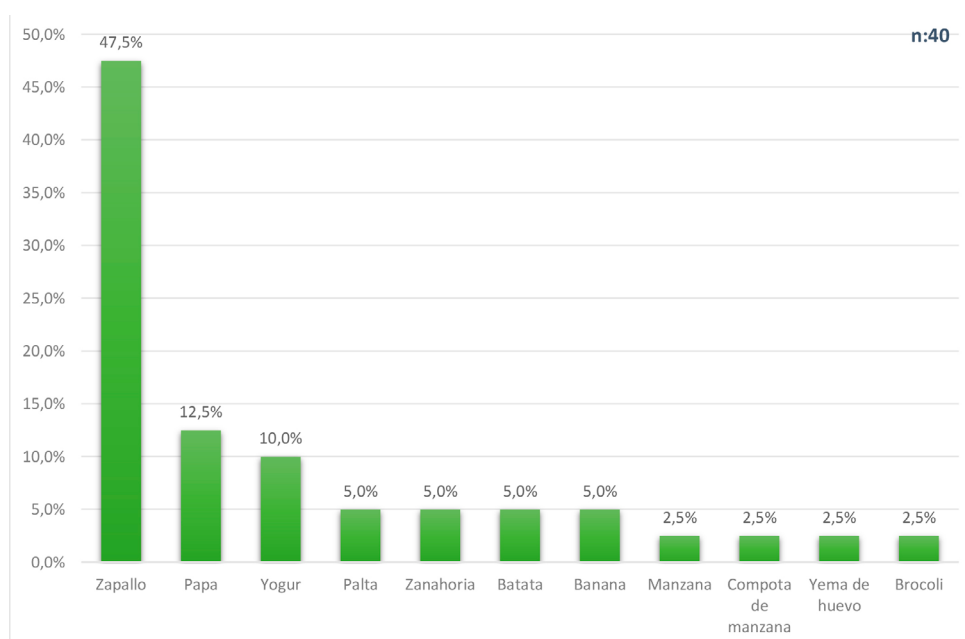


Fuente: Elaboración propia.

Del total de las madres que pidieron ayuda, el 60% acudió al médico, el 10% a internet, el 5% a un familiar y el 25% a diversos, entre ellos, grupo de lactancia, puericultora y amigas.

Análisis de datos

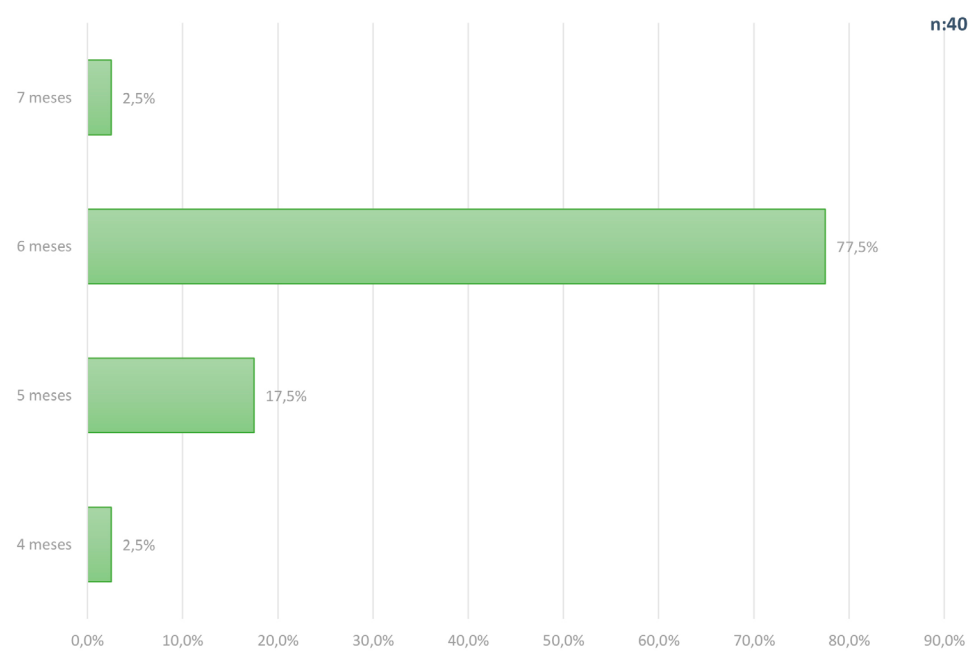
Gráfico 25: Primer alimento ingerido por el niño diferente a la leche.



Fuente: Elaboración propia.

Del total, el 47,5% refirió como primer alimento aportado el zapallo, 12,5% papa, 10% yogur, 5% palta, 5% zanahoria, 5% batata, 5% banana, 2,5% manzana, 2,5% compota de manzana, 2,5% yema de huevo y 2,5% brócoli.

Gráfico 26: Edad en la que ingirió el primer alimento.



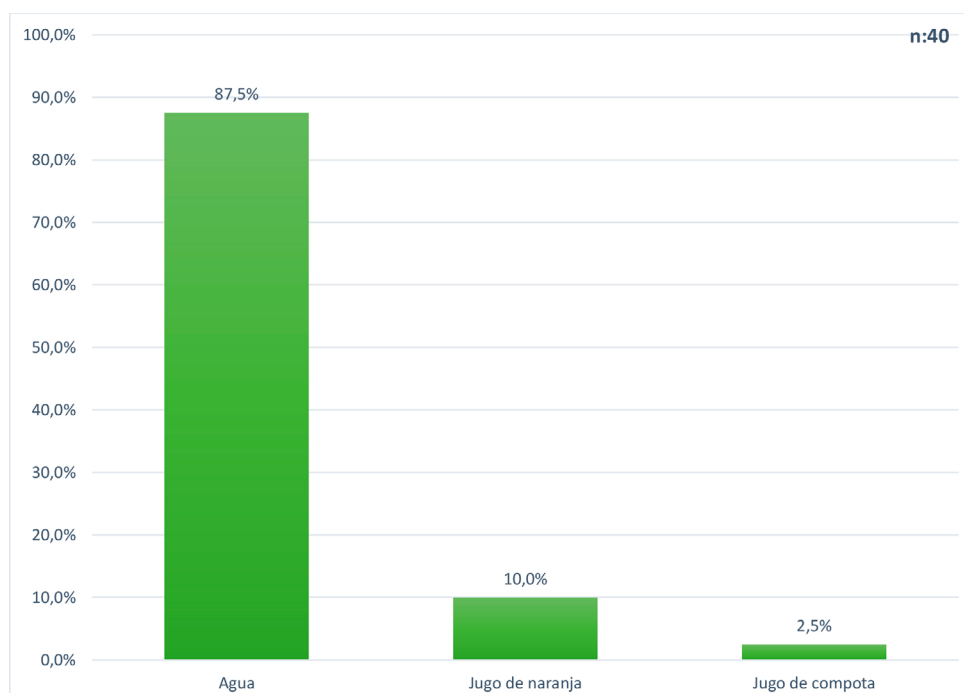
Fuente: Elaboración propia.

El 2,5% a los 4 meses y el 17,5% brindó el primer alimento a los 5 meses, siendo estos; zapallo, manzana y compota de manzana. El 77,5% brindó el primer alimento a los 6 meses y

Análisis de datos

el 2,5% a los 7 meses. Esto significa, que aproximadamente tres cuartos de la muestra cumplen con las recomendaciones de la OMS, sobre iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses, cuando el aporte nutricional brindado por la lactancia materna empieza a ser deficiente.

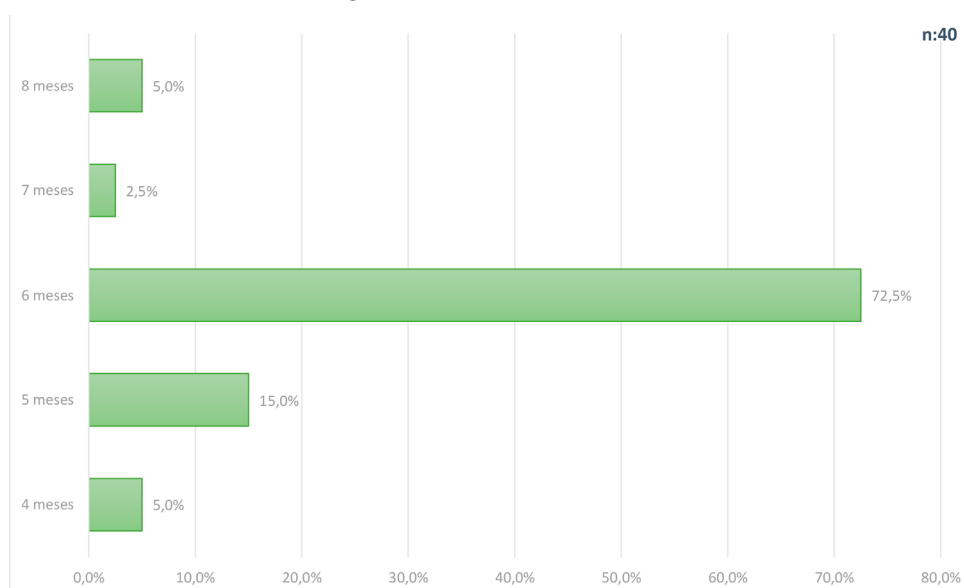
Gráfico 27: Primer líquido ingerido por el niño diferente a la leche.



Fuente: Elaboración propia.

El principal líquido aportado fue agua (87,5%), en segundo lugar, jugo de naranja (10%) y, en tercer lugar, jugo de compota (2,5%).

Gráfico 28: Edad en la que ingirió el primer líquido.

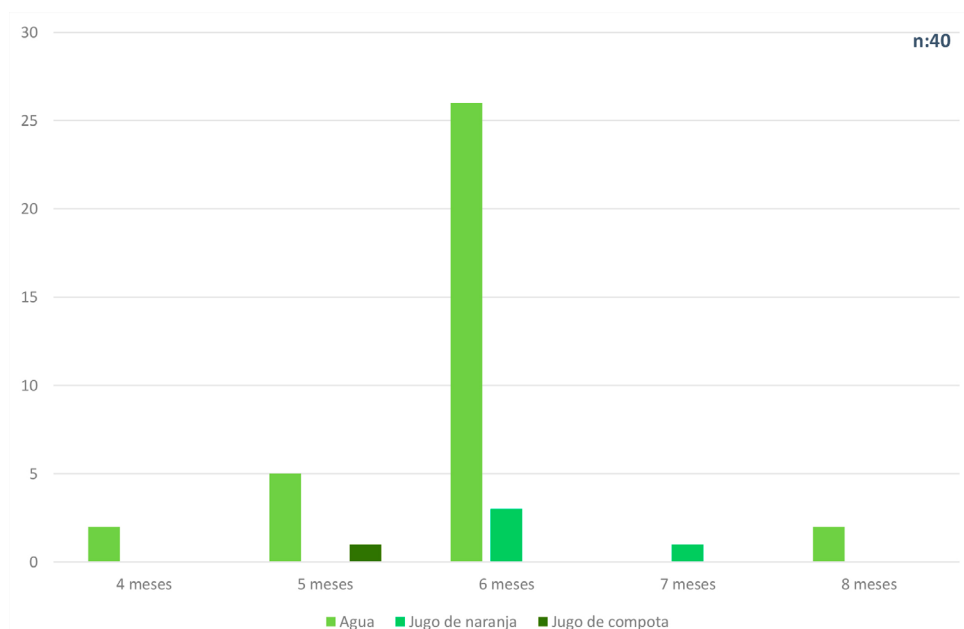


Fuente: Elaboración propia.

Análisis de datos

El 72,5% incorporó el primer líquido a los 6 meses. Mientras que el 15% a los 5 meses, el 5% a los 4 meses, el 2,5% a los 7 meses y el 5% a los 8 meses.

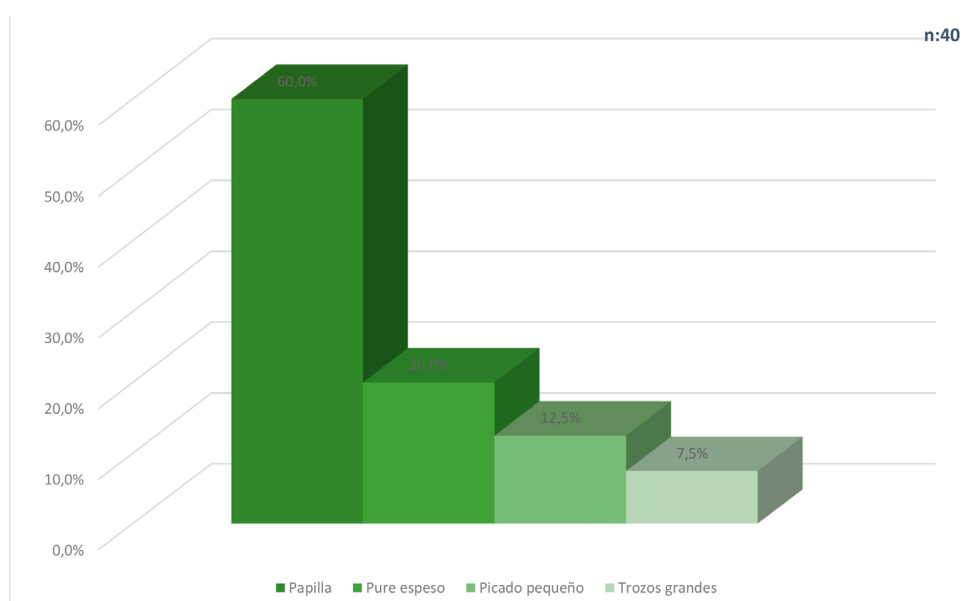
Gráfico 29: Primer líquido ingerido y edad.



Fuente: Elaboración propia.

Solo dos niños consumieron una bebida diferente a la leche a los 4 meses, que fue agua. Luego a los 5 meses consumieron en mayor medida agua y en menor jugo de compota. A los 6 meses 26 niños consumieron por primera vez agua y algunos jugo de naranja. A los 7 meses consumieron como primer bebida jugo de naranja y a los 8 agua.

Gráfico 30: Consistencia de los alimentos aportados al inicio de la alimentación complementaria.



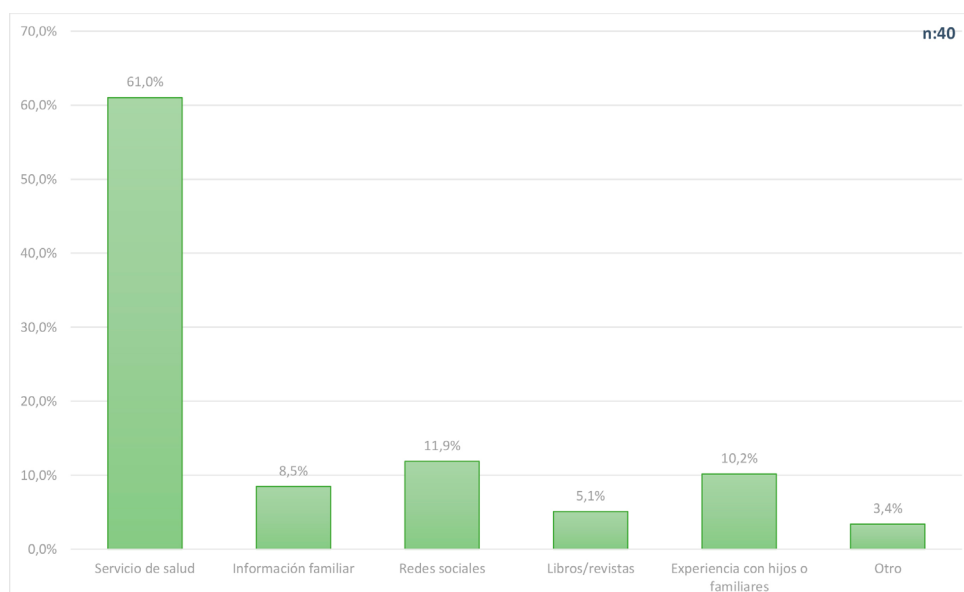
Fuente: Elaboración propia.



Análisis de datos

Sobre la consistencia de los primeros alimentos aportados, el 60% refirió consistencia papilla, el 20% puré espeso, el 12,5% picado pequeño y el 7,5% trozos grandes.

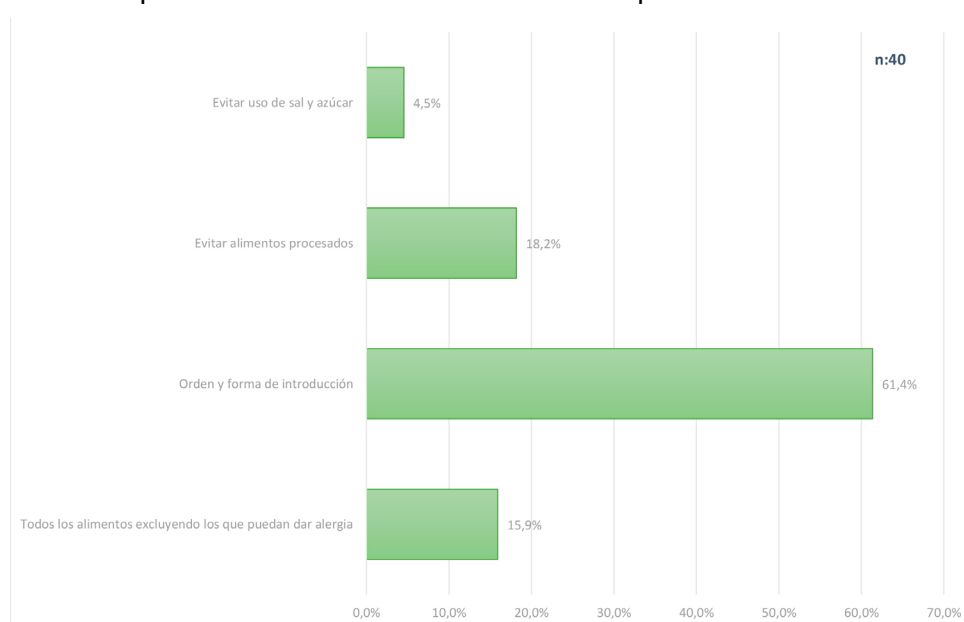
Gráfico 31: Fuentes de información sobre introducción de alimentos.



Fuente: Elaboración propia.

La información acerca de la introducción de alimentos, qué alimentos incorporar y a qué edad, fue obtenida de diversas fuentes. En primer lugar, el 61% de las madres refirió recibirla del servicio de salud, el 8,5% dijo que provenía de información familiar, el 11,9% de redes sociales, el 5,1% de libros y revistas, el 10,2% de experiencia con hijos o familiares anteriores y el restante 3,4% de otras fuentes como charlas, internet y nutricionistas.

Gráfico 32: Tipo de información recibida sobre incorporación de alimentos.



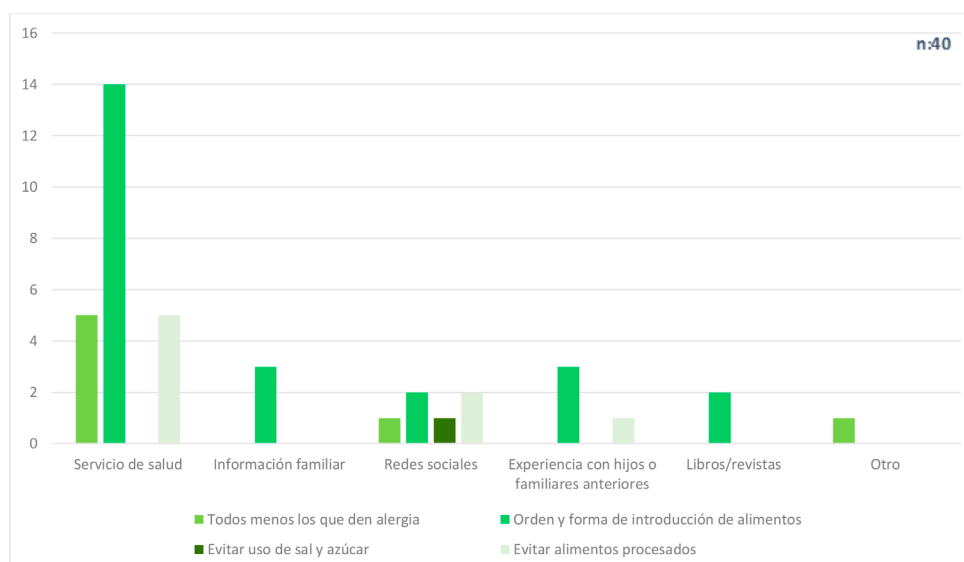
Fuente: Elaboración propia.



Análisis de datos

Luego se indagó sobre cuál fue la información recibida por las fuentes sobre el inicio de la alimentación. Se obtuvo que el 61,4% recibió información sobre el orden y la forma de introducción de los alimentos, el 18,2% acerca de evitar alimentos procesados, el 15,9% que debían incorporar todos los alimentos excluyendo aquellos que tienen mayor probabilidad de generar alergias, y el 4,5% evitar uso de sal y azúcar.

Gráfico 33: Fuente y tipo de información recibida sobre incorporación de alimentos.

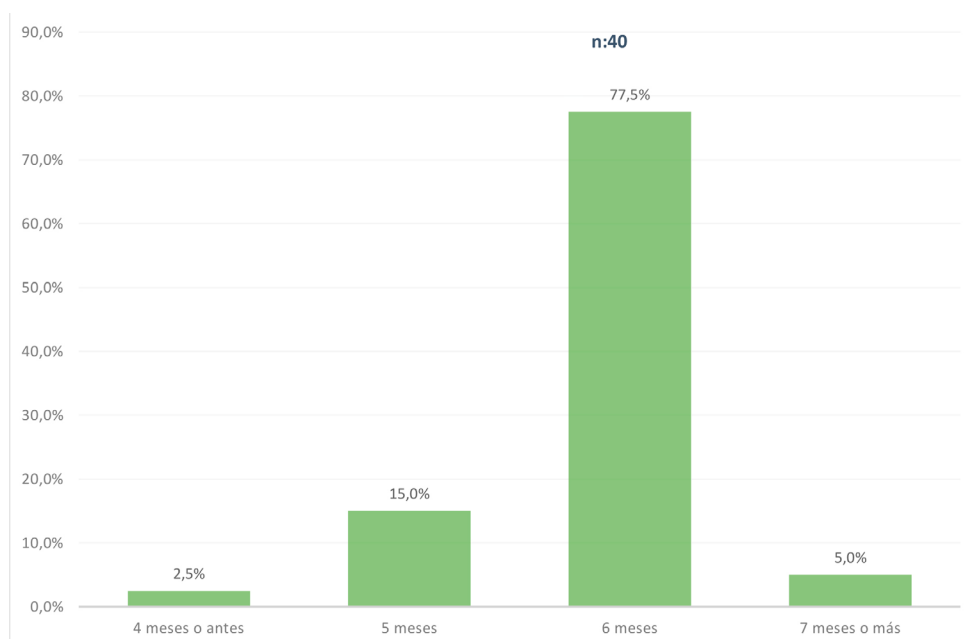


Fuente: Elaboración propia.

En este gráfico se puede ver que el servicio de salud aportó en primer lugar, información sobre el orden y la forma de introducción de alimentos, y luego sobre incorporar todos los alimentos menos los que den alergia y evitar el uso de alimentos procesados. De fuentes familiares se brindó únicamente información sobre el orden y la forma de introducción de los alimentos. De las redes sociales en primer y segundo lugar sobre orden y forma de introducción y de evitar los alimentos procesados y luego en tercero y cuarto lugar, incorporar todos los alimentos, menos los que dan alergia y evitar uso de sal y azúcar. De la experiencia con hijos o familiares anteriores se extrajo conocimientos sobre orden y forma de introducción de alimentos y evitar los procesados. De libros y revistas únicamente sobre orden e introducción y por último, de otras fuentes se incorporó aportar todos los alimentos, menos los que puedan dar alergia.

Análisis de datos

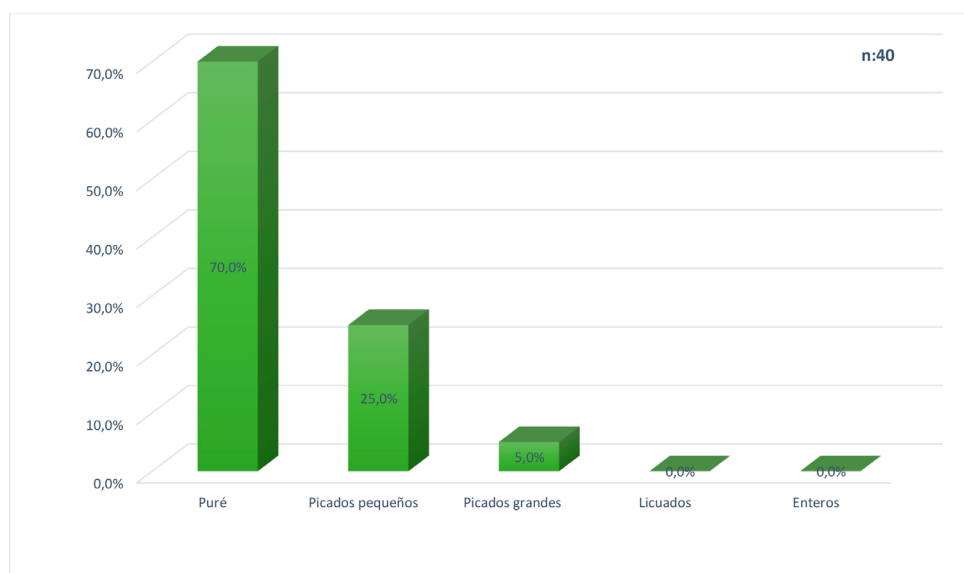
Gráfico 34: Información recibida sobre edad de incorporación de alimentos.



Fuente: Elaboración propia.

Las fuentes también aportaron información sobre la edad de incorporación de alimentos. Como resultado se obtuvo, que el 77,5% dijo a los 6 meses, el 15% a los 5 meses, el 2,5% a los 4 meses o antes y el 5% a los 7 meses o más.

Gráfico 35: Información recibida sobre forma de incorporación.

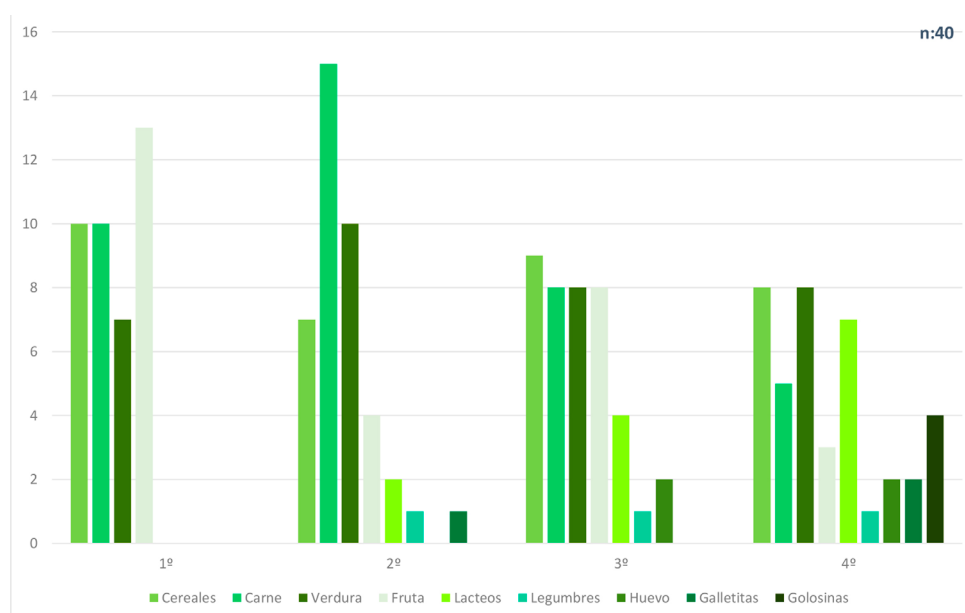


Fuente: Elaboración propia.

El 70% recibió la información de incorporar los alimentos en forma de puré, el 25% picados pequeños, el 5% picados grandes y nadie licuados o enteros.

Análisis de datos

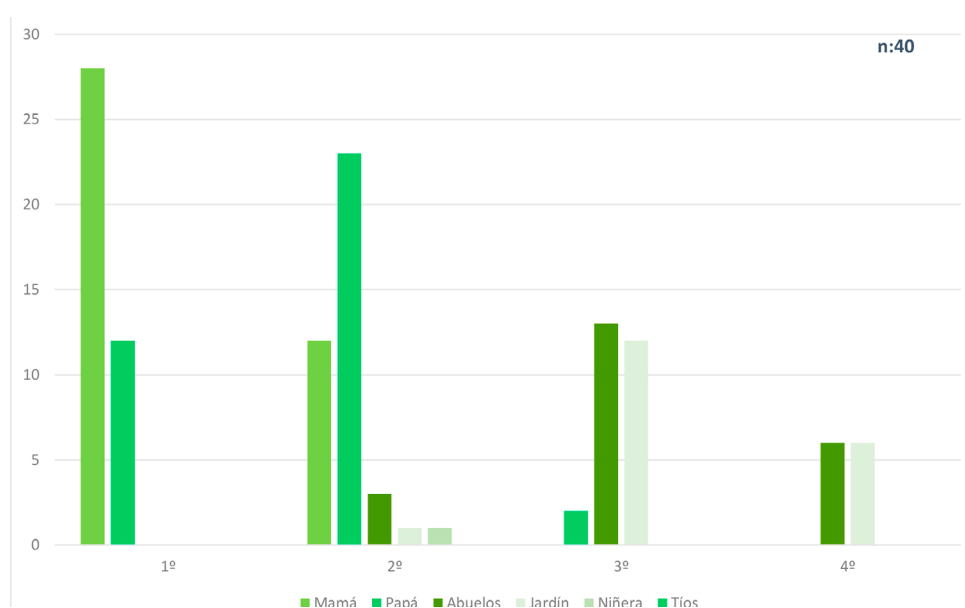
Gráfico 36: Alimentos consumidos con mayor frecuencia en la alimentación del niño.



Fuente: Elaboración propia.

Se indagó sobre cuáles son los alimentos que en la actualidad el niño consume con mayor frecuencia. Como resultados se obtuvo que, en primer lugar, la mayoría consumen fruta, luego alimentos del grupo de los cereales (como fideos y arroz), carne y verdura. En segundo lugar, la mayoría consumen carne, luego verdura, cereales, y en menor cantidad fruta, lácteos, legumbres y galletitas. En tercer puesto, cereales, carne, verdura, fruta y en menor cantidad lácteos, huevo y legumbres. En último puesto, los que más se consumen en orden decreciente son; cereales, verdura, lácteos, carne, golosinas, fruta, huevo, galletitas y finalmente legumbres.

Gráfico 37: Persona que prepara con mayor frecuencia la comida del niño.

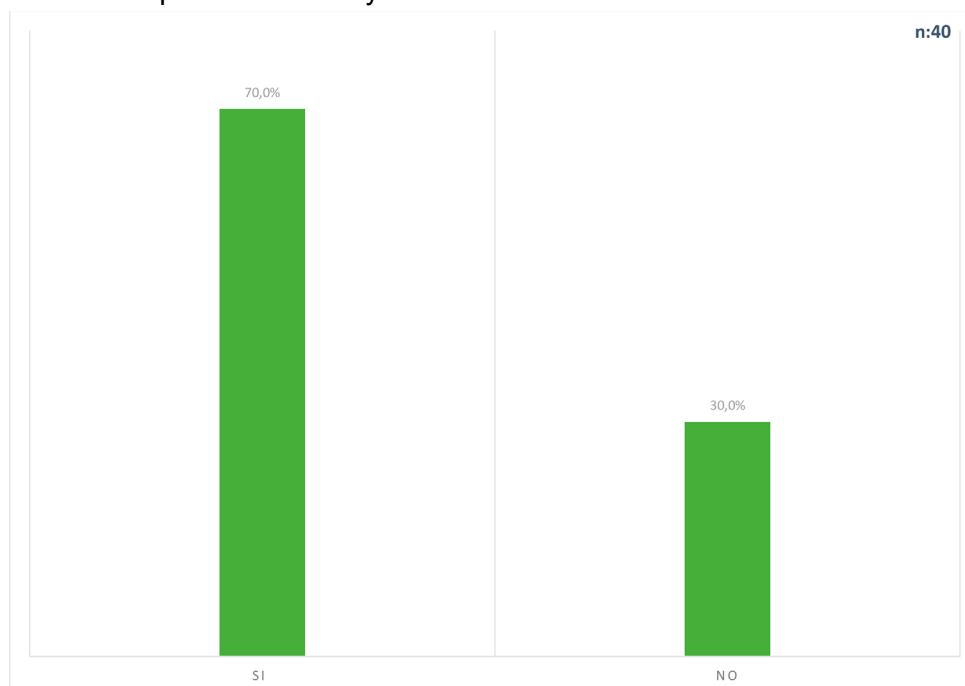


Análisis de datos

Fuente: Elaboración propia.

Se les preguntó a las madres quienes eran las personas que preparaban la comida del niño con mayor frecuencia y se le pidió que las ordenen en forma decreciente. Se obtuvo, como primera persona la madre, y luego en menor medida el padre. En segundo lugar, primero el padre, luego la madre, y en menor cantidad, abuelos, jardín y niñera. En tercer lugar, abuelos y jardín y menos tíos. Por último, en cuarto lugar, abuelos y jardín en igual medida.

Gráfico 38: Disponibilidad de ayuda al momento de alimentar al niño.

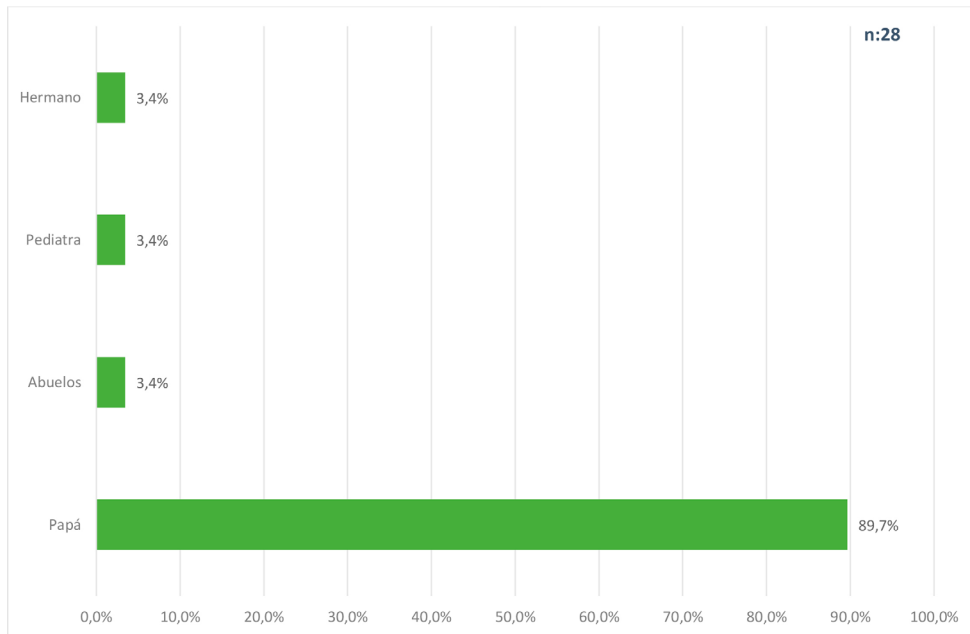


Fuente: Elaboración propia.

Se indagó en las madres si recibían ayuda al momento de alimentar al niño. El 70% respondió que sí, frente al 30% que dijo que no.

Gráfico 39: Persona que brinda su ayuda.

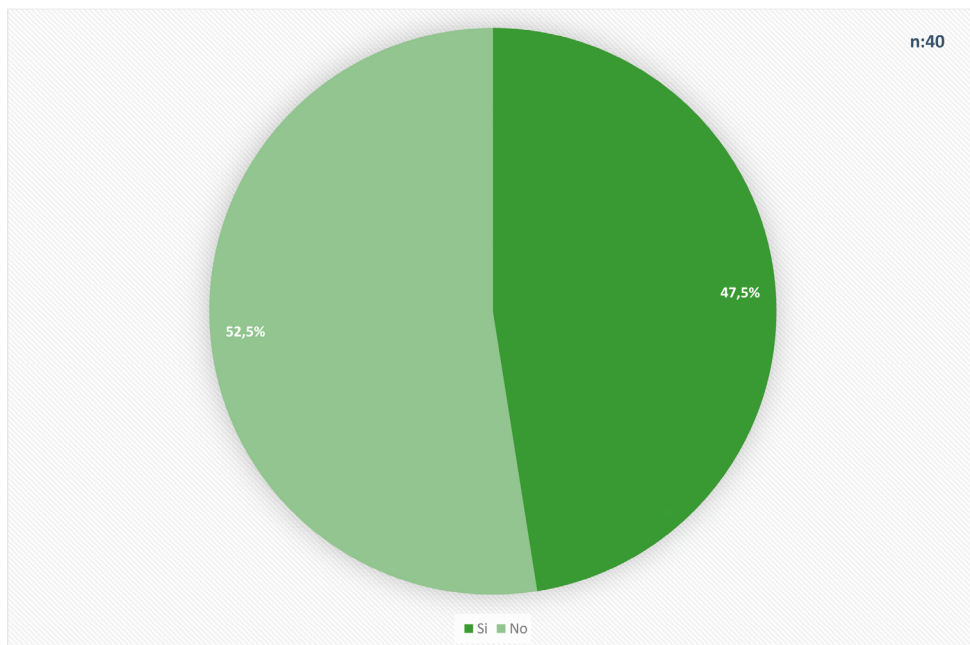
Análisis de datos



Fuente: Elaboración propia.

Luego a aquellas que recibían ayuda se les pregunto quién era la persona que ayudaba. El 89,7% respondió que el padre, 3,4% que un hermano del niño, 3,4% abuelos y 3,4% pediatra (en este caso, el pediatra ayudó con el asesoramiento de la alimentación del niño).

Gráfico 40: Rechazo de alimentos por el niño.

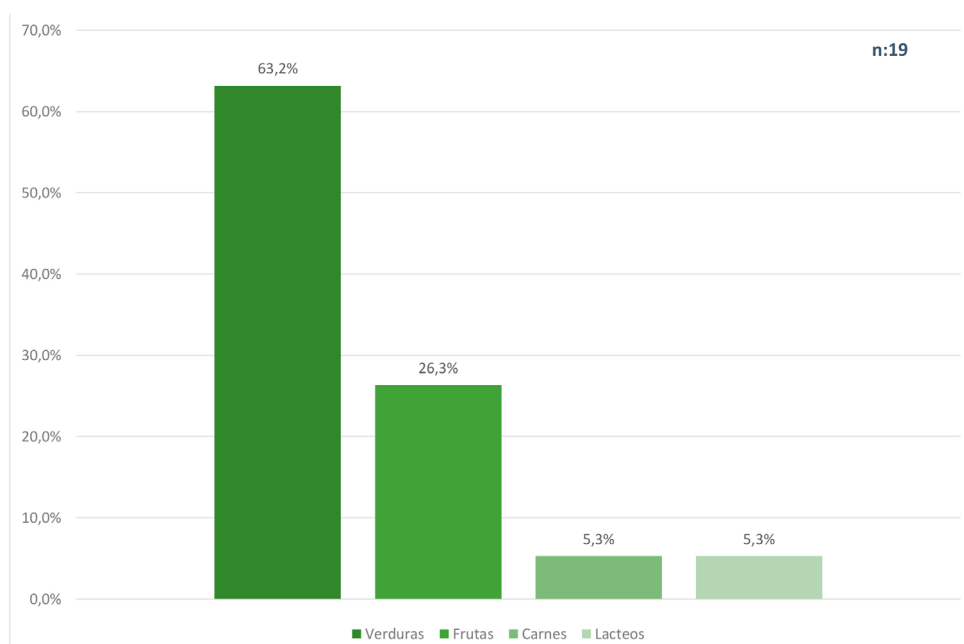


Fuente: Elaboración propia.

El rechazo de alimentos se dio en el 47,5% de los niños, frente al 52,5% que no.

Análisis de datos

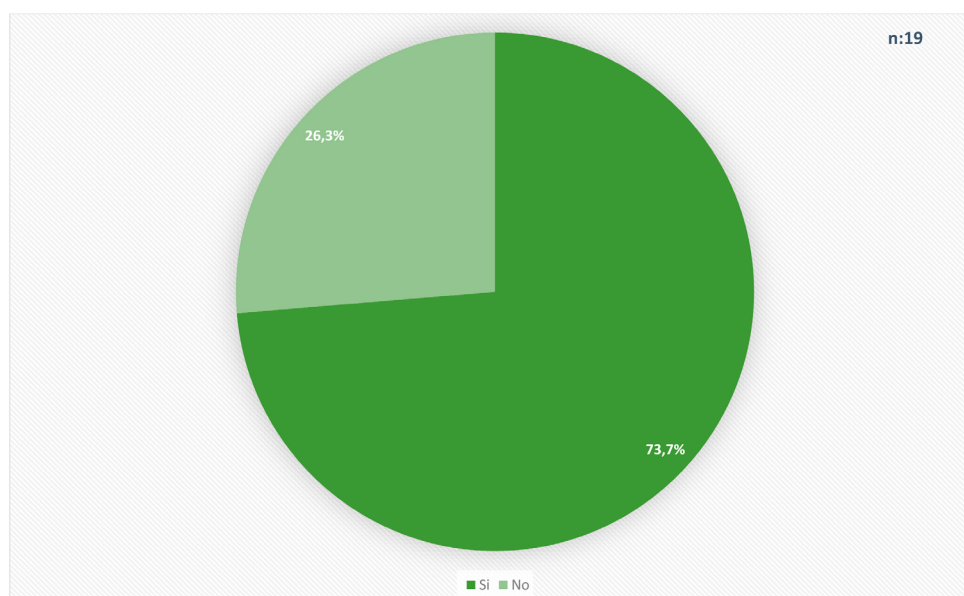
Gráfico 41: Alimentos rechazados.



Fuente: Elaboración propia.

Luego se indagó en el 47,5% que respondió que sí, cuáles eran los alimentos rechazados. Se obtuvo que el 63,25% rechazaba verduras, el 26,3% frutas, el 5,3% carnes y el 5,3% restante productos lácteos.

Gráfico 42: Empleo de estrategias para evitar el rechazo de alimentos.

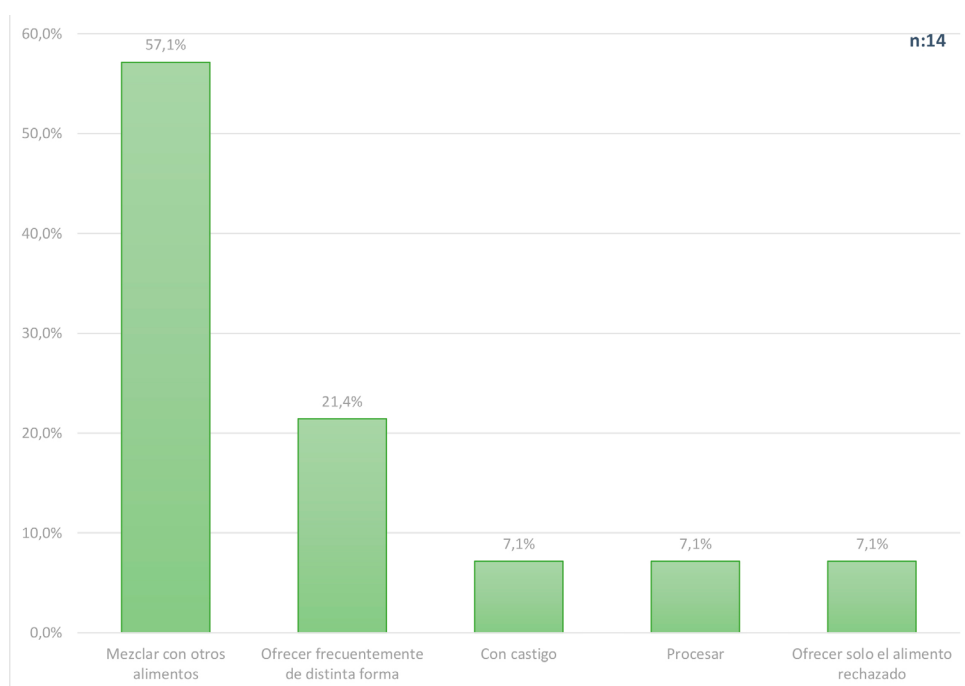


Fuente: Elaboración propia.

Se les pregunto a las madres si usan algún tipo de estrategia para evitar el rechazo de alimentos en la actualidad, el 73,3% respondió que sí, frente al 26,3% que respondió que no y que simplemente dejan de darle esos alimentos rechazados.

Análisis de datos

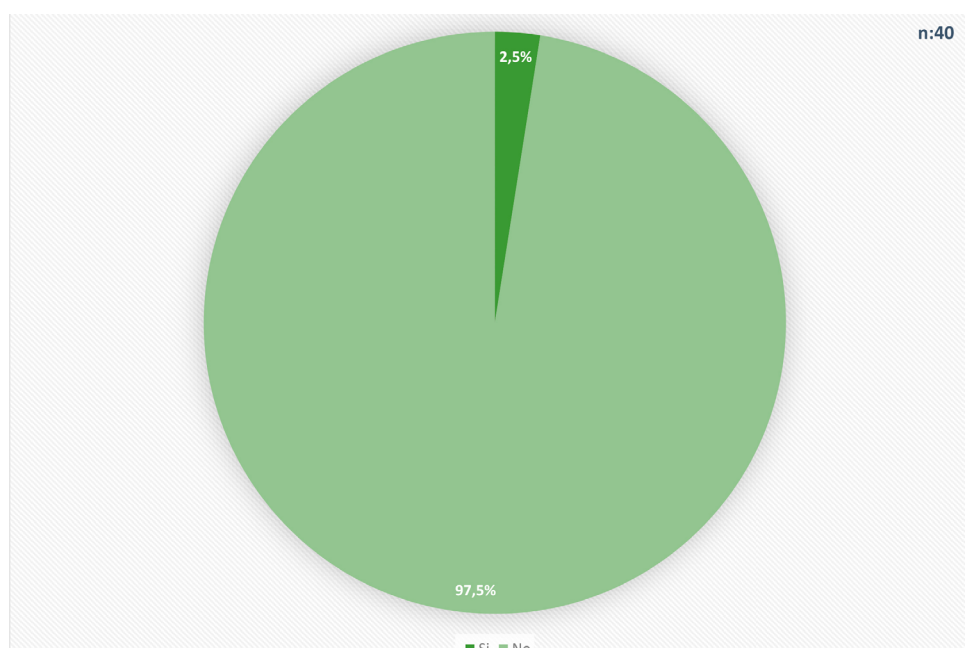
Gráfico 43: Estrategias empleadas.



Fuente: Elaboración propia.

Las madres que dijeron que utilizaban alguna estrategia para evitar el rechazo, mencionaron esas estrategias. El 57,1% utilizaba la técnica de mezclar con otros alimentos. El 21,4% se los volvía a ofrecer de distinta forma. El 7,1% empleaba técnica de castigo, por ejemplo, si no lo come no lo dejan jugar o mirar la tele. El 7,1% respondió que procesaban el alimento tipo puré para que sea aceptado y el 7,1% también dijo que ofrecía solo el alimento rechazado hasta que el niño lo aceptase.

Gráfico 44: Consumo de suplementos

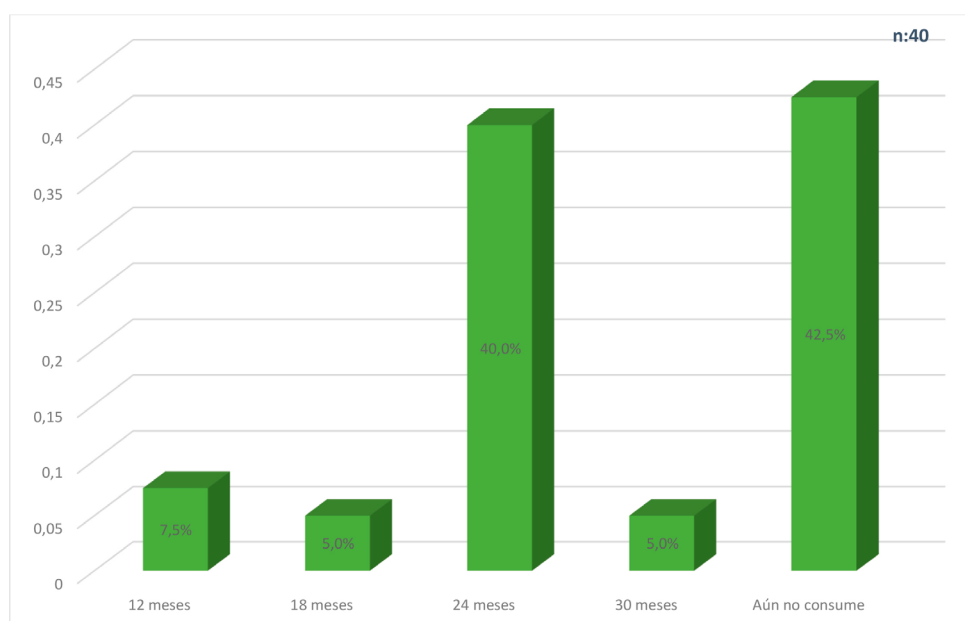


Análisis de datos

Fuente: Elaboración propia.

Se indagó sobre el consumo de suplementos. El 97,5% respondió que no, y solo el 2,5% que sí, es decir, solo un niño consumía suplemento de hierro.

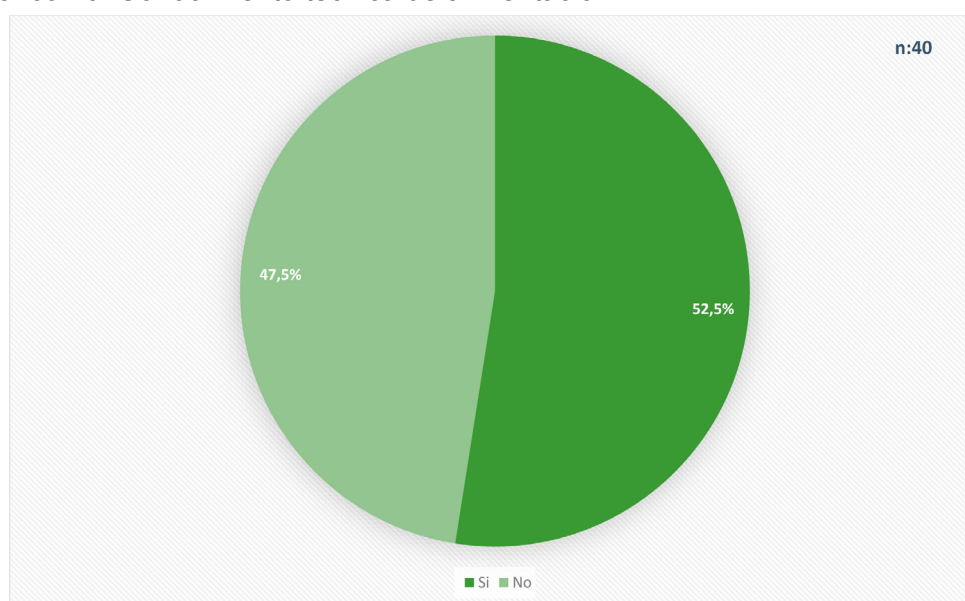
Gráfico 45: Edad de incorporación de miel.



Fuente: Elaboración propia.

Sobre la edad de incorporación de miel, el 42,5% respondió que todavía no consumió por primera vez, el 40% a los 24 meses, el 7,5% a los 12 meses, el 5% a los 18 meses y el restante 5% a los 30 meses.

Gráfico 46: Conocimiento técnica de alimentación BLW.



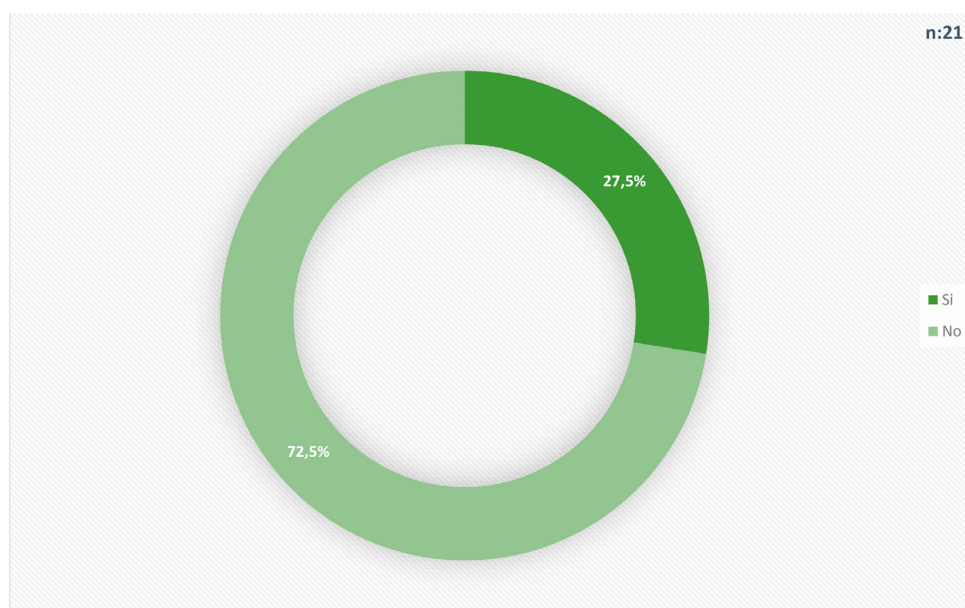
Fuente: Elaboración propia.

Por último, se indagó sobre conocimientos en técnica de alimentación BLW (Baby Led

Análisis de datos

Weaning) que viene cobrando protagonismo en los últimos años. Esta técnica se traduce como alimentación complementaria autorregulada y se basa en que sea el propio lactante quien se alimente llevándose la comida a la boca, en vez de ser alimentado con una cuchara por un adulto (Moreno, Galiano y Dalmau, 2013). Frente a esta pregunta, más de la mitad de la muestra (52,5%) respondió que sí y el 47,5% que no.

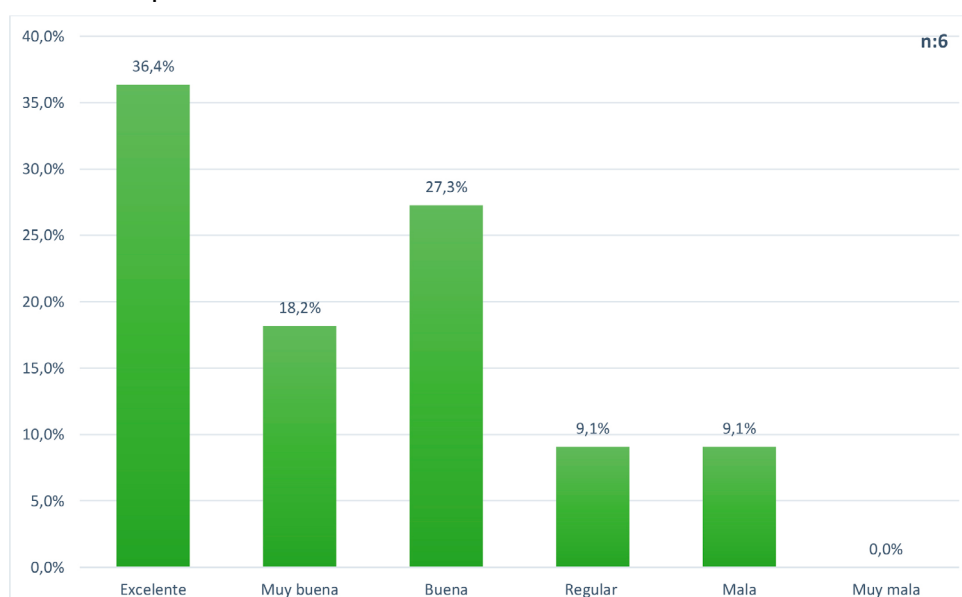
Gráfico 47: Uso de técnica de alimentación BLW.



Fuente: Elaboración propia.

Se les preguntó a las madres que conocían sobre BLW si la utilizaron para alimentar a su bebe. El 72,5% respondió que no, frente al 27,5% que si lo hizo.

Gráfico 48: Experiencia con BLW.



Fuente: Elaboración propia.

Análisis de datos

Finalmente, a aquellas madres que si la habían utilizado se les preguntó cuál fue su experiencia. El 36,4% respondió que fue excelente, el 18,2% muy buena, el 27,3% buena, el 9,1% regular y el último 9,1% muy mala.



Ana Magnoni

CON-
CLU-
SIONES

mes

Conclusiones

Los primeros años de vida del niño suponen un periodo de cambios, en la cual, entre otras cosas, se da una gran transición en la alimentación. Primero pasan por una dieta líquida constituida por lactancia y luego desde los seis meses hasta los 2 años de vida van incorporando alimentos y texturas nuevas, hasta adaptarse finalmente a la dieta familiar.

En la presente investigación se buscó determinar los saberes y prácticas de lactancia y alimentación complementaria de las madres de niños de 2 y 3 años en un jardín de una universidad de Mar del Plata.

Las madres encuestadas tienen entre 26 y 50 años, ubicándose la mayoría entre 30 y 45 años. Todas terminaron la secundaria y la mayoría son profesionales que trabajan en la universidad realizando tareas de investigación y docencia, con una jornada laboral extendida entre 6 y 8 horas. La composición familiar varía, pero casi en su totalidad son familias con padre, madre e hijo y a veces hermanos.

De acuerdo a los resultados obtenidos, casi la totalidad de la población recibió información y educación de la lactancia de diversas fuentes como; servicio de salud, cursos de preparto, grupos de lactancia, la liga de la leche y en pocos casos amigas e internet.

Menos de la mitad de las madres presentaron inconvenientes con el amamantamiento, el más encontrado fue mastitis, sin embargo, estos problemas no impidieron el aporte de lactancia materna ya que, el tipo de lactancia aportada fue casi en su totalidad lactancia materna, y de esta la gran mayoría fue lactancia materna exclusiva. A su vez, hay otros factores que influyen también en la misma, Ivarsson (2008) citado por Sacristán Martín, Lozano Alonso, Gil Costa, Vega Alonso y Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (2011) plantea que hay factores que influyen positivamente, como; edad, experiencia, educación y saberes sobre los beneficios de la lactancia materna. Estos factores fueron encontrados en la población estudiada, por lo tanto, se cree que el alto nivel educativo y la edad de las mujeres, entre 26 y 50 años, se corresponden con la alta prevalencia de lactancia materna. Por otro lado, el autor también refirió algunos factores desfavorables como el tabaquismo, la incorporación de la madre al trabajo, prácticas hospitalarias erróneas, ofrecimiento precoz de biberones, prematuridad y bajo peso al nacer. Sin embargo, por los resultados obtenidos, podemos decir, que la incorporación de la madre al trabajo no disminuyó el porcentaje de lactancia materna aportada, y al momento de indagar sobre las razones del abandono, el trabajo no apareció. Además, el jardín da la posibilidad de que las madres vayan a dar de mamar cuando el niño lo requiera, siendo estratégico la cercanía del jardín al lugar de trabajo. No obstante, más de la mitad de las madres no concurrió al jardín a dar de mamar. También en caso de trabajar en facultades más lejos o en otra institución, sin posibilidad de asistir a dar de mamar, se permite dejar la leche para el niño, aunque el número de madres que dejaba leche en el jardín tampoco fue alto (30%).



Conclusiones

Su entorno, se consideró facilitador de la lactancia materna, ya que, el jardín facilitaba esta práctica y, además, obtuvo información y ayuda de diversas fuentes, contribuyendo a aumentar el conocimiento y la ejecución.

La OMS recomienda el aporte de lactancia materna hasta los 2 años. Sin embargo, en el estudio se obtuvo que más de la mitad de las madres dejó de aportar lactancia materna antes de los 18 meses (año y medio). Y alrededor de un 15% antes de los 6 meses. Estos resultados difieren con los obtenidos en el estudio: *Prácticas de Lactancia y Alimentación Complementaria en menores de 6 meses en Argentina: Estimaciones a partir de una encuesta multipropósito* (Abeldaño, López, Burrone, González, Fernández, 2015)⁷⁵ que realizó un análisis de base de datos secundaria correspondiente a la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 (ENSSyR 2013). En este, las madres seleccionadas tenían entre 14 y 49 años, un cuarto de ellas contaba con estudios terciarios o universitarios, mientras que la mitad de la población había realizado el secundario (de manera completa o incompleta) y el restante cuarto terminó la primaria. La mitad de las madres se encontraba ocupada al momento de la encuesta. Se obtuvo que el 65,9% de los niños fue amamantado hasta los seis meses de vida o más; mientras que el 43% de ellos recibió fórmula para lactantes antes de los 6 meses.

Por otro lado, los resultados obtenidos en el estudio, también difieren con los extraídos en la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS, 2019). En la cual, se obtuvo que la lactancia materna exclusiva estuvo presente en el 43,7% de los niños menores de 6 meses, siendo la edad promedio de abandono de la lactancia materna de 6,3 meses.

A su vez, la OMS recomienda que hasta los 6 meses se brinde lactancia materna exclusiva, y a esta edad comenzar con la alimentación complementaria ya que el aporte nutricional aportado por la leche comienza a no ser suficiente, por lo que hay que complementar este aporte con el de otros alimentos. La población estudiada mostró resultados variables ante este aspecto, el 20% comenzó a brindar alimentos antes de los 6 meses, estos fueron; zapallo, manzana y compota de manzana. Mientras que el resto a los 6 meses y solo una pequeña cantidad a los 7 meses. El primer alimento aportado fue principalmente zapallo (por la mitad de la población), seguido en menor cantidad por otros, como papa, yogur, palta, zanahoria, batata, banana, manzana, compota de manzana, yema de huevo y brócoli. Los líquidos también fueron aportados en un 20% antes de los 6 meses, una gran cantidad a los 6 meses y algunos, después de los 6 meses, siendo el principal líquido aportado agua, luego jugo de naranja y jugo de compota.

El rechazo de alimentos nuevos se da en la mitad de la población estudiada, siendo en su mayoría rechazados las frutas y verduras, principalmente las de hoja verde. Ante esto,

⁷⁵ Abeldaño RA., López de Neira M., Burrone MS., Fernández AR. integran la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. González ML. forma parte del centro de Investigaciones y Estudio sobre Cultura y Sociedad, CONICET.



Conclusiones

gran parte de la población utilizó estrategias para evitar el rechazo, las más utilizadas fueron; mezclar con otros alimentos y ofrecer de manera repetida.

La técnica de alimentación BLW (Baby Led Weaning) o Alimentación Complementaria Autorregulada es conocida por la mitad de las madres y fue utilizada por algunas de ellas. Sin embargo, la experiencia con esta técnica fue variada. Algunas consideraron que fue excelente, muy buena y buena, mientras otras, en menor cantidad, la consideraron regular y mala.

Finalmente, teniendo en cuenta la importancia de la alimentación en los primeros años de vida, surge como posible análisis futuro ahondar en la práctica de alimentación BLW e identificar la manera en que las madres desarrollaron esta práctica. Por otro lado, teniendo en cuenta los aspectos positivos de la lactancia materna hasta los dos años, sería interesante analizar la relación entre la lactancia y la aceptación de distintos alimentos.

Por lo tanto, se plantean para futuras investigaciones los siguientes interrogantes: ¿Cuál es la manera en que las madres aplicaron la técnica de alimentación BLW?, es decir en aquellas madres que tuvieron una excelente experiencia con BLW, ¿Cómo la pusieron en práctica? ¿Cómo la aplicaron aquellas que tuvieron una mala experiencia? Además, se considera interesante estudiar; ¿Cuál fue el nivel de aceptación de alimentos nuevos en niños que fueron amamantados? ¿Y cómo fue en los niños que fueron alimentados con lactancia artificial?



Ana Magnoni

BIBLIO-
grafía



UNIVERSIDAD
FASTA

Bibliografía

- Abeldaño, RA; López de Neira, M; Burrone, MS; González, ML; Fernández, AR. (2015). Prácticas de lactancia y alimentación complementaria en menores de 6 meses en argentina: Estimaciones a partir de una encuesta multipropósito. *Revista de Salud Pública*, 19 (1). Recuperado de: <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/11811/12145>
- Becerra Bulla, F; Rocha Calderon, L; Fonseca Silva, DM; Bermudéz Gordillo, LA. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63 (2). Recuperado de: <file:///C:/Users/anima/Downloads/lactancia.pdf>
- Black, M; Creed Kanashiro, H. (2010). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2012.v29n3/373-378/>
- Caceres Fernandez, W; Reyes Santana, M; Malpica Alonso, E; Alvaréz Alonso L; Solis Molinet, L. (2013). Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29 (3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000300003
- Calvo Quiroz, C. (2009). Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 15. Recuperado de: <file:///C:/Users/anima/Downloads/Dialnet-FactoresSocioeconomicosCulturalesYAsociadosAISiste-2745766.pdf>
- Casabona, C. (2018). BLW, ACS, ACD: ni coches, ni frenos ni rock. *El Escéptico*, 8 (1). Recuperado de: http://www.escepticos.es/repositorio/elesceptico/articulos_pdf/ee_50/ee_50_blw_acs_acd_ni_coches_ni_frenos_ni_rock_un_metodo_no_libre_de_dudas_para_que_los_ninos_aprendan_a_comer_solos_alimentos_solidos.pdf
- Chutkan, R. (2015). *La solución microbioma*. Madrid, España: Alfaomega.
- Durán, P; Mangialavori, G; Biglieri, A; Kogan, L; Abeyá Gilardon E. (2009). Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). *Archivo Argentino de Pediatría*. 107(5). Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Abeya_Gilardon/publication/26876679_Nutrition_status_in_Argentinean_children_6_



Bibliografía

to_72_months_old_Results_from_the_National_Nutrition_and_Health_Survey_ENNyS/links/57f7da2b08ae91deaa606666/Nutrition-status-in-Argentinean-children-6-to-72-months-old-Results-from-the-National-Nutrition-and-Health-Survey-ENNyS.pdf

- Espín Jaime, B; Martínez Rubio, A. (2016). El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. Baby led weaning: ¿ventajas?, ¿riesgos? Actualización en Pediatría. 13(3). Recuperado de: https://www.aepap.org/sites/default/files/1mr_3.2_el_paso_de_la_teta_a_la_mesa_sin_guion_escrito_baby_lead_weaning.pdf
- Flores Huerta, S; Martínez Andrade, G; Toussaint, G; Adell Gras, A; Copto García, A. (2006). Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases técnicas. Boletín Médico del Hospital Infantil, 63 (2). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000200008&lng=es&tlng=es
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2017). Perspectiva de género, 2017. Recuperado de: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM1_PerspectivaGenero_WEB.pdf
- García Onieva Artazcoz, M. (2007). Lactancia Artificial: técnica, indicaciones, formulas especiales. Pediatría Integral: Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, 6(4). Recuperado de: https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ped_Int_14_9.pdf
- Gerrish, CJ; Mennella, JA. (2001). Flavor variety enhances food acceptance in formula-fed infants. *BMJ Open*, 73(6). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11382663>
- Guías Alimentarias para la Población Infantil. (2010). Consideraciones para el equipo de salud. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000319cnt-A04-guias-alimentarias-pob-inf-equipos.pdf>
- Hernández Rodríguez, M. (2001). Alimentación Infantil. Recuperado de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=fToZ32nmtjsC&oi=fnd&pg=PA3&dq=alimentaci%C3%B3n+infantil&ots=FuSl51_ec-&sig=5ebBUb5dCKR772emcmtlGveu58c#v=onepage&q=alimentaci%C3%B3n%20infantil&f=false
- La Liga de la Leche. (2019). La Liga de la Leche Internacional: Argentina. Recuperado de:



Bibliografía

<http://www.ligadelaleche.org.ar/>

- Lázaro Almarza, A; Martínez, BM. (2010). Alimentación del lactante sano. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_lactante.pdf
- Lewis, M. E. (2007). The Bioarchaeology of Children. Perspectives from Biological and Forensic Anthropology. Nueva York, Estados Unidos: Cambridge University.
- Lorenzo, J; Guidoni, M.A; Díaz, M; Marenzi, M.S; Lestingi, M.E; Lasivita, J; Isely, M.B; Bozal, A; Bondarczuk, B. (2007). Nutrición del niño sano. Rosario. Argentina: Corpus.
- Lozano de la Torre, MJ. (2004). Prolongación de la lactancia. En Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. (pp. 290-291). Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2006). Guías alimentarias para la población infantil. Recuperado de: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001007cnt-2017-06_guia-alimentaria-poblacion-argentina.pdf
- Ministerio de Salud y Presidencia de la Nación. (2010). La alimentación de los niños menores de 2 años: Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud- ENNyS 2010. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000258cnt-a09-alimentacion-de-ninos-menores-de-2-anos.pdf>
- Ministerio de Salud y Presidencia de la Nación (2015). Marco Legal de la Protección de la Lactancia. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/lactancia/noti5.php>
- Morán Rodríguez, M; Naveiro Rilo, JC; Blanco Fernández, E; Cabañeros Arias, I; Rodríguez Fernández, M; Peral Casado, A. (2009). Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad. Nutrición Hospitalaria, 24(2). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000200017#.WtASAKfSiGU.gmail



Bibliografía

- Moreno Villares, JM; Galiano Segovia; MJ. (2006). El desarrollo de los hábitos alimentarios en el lactante y el niño pequeño. Sentido y sensibilidad. Revista Pediatría Atención Primaria, 8 (1). Recuperado de:<https://www.redalyc.org/pdf/3666/366645296015.pdf>
- Moreno Villares, JM; Galiano Segovia, M.J; Dalmau Serra, J. (2013). Alimentación complementaria dirigida por el bebé («baby-led weaning»). ¿Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante? Acta Pediatría Española, 71(4). Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Jaime_Dalmau/publication/286953814_Baby-led_weaning_a_valid_approach_to_complementary_feeding/links/58a2d145a6fdccf5e9748e8b/Baby-led-weaning-a-valid-approach-to-complementary-feeding.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Objetivos del desarrollo del milenio. Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
- Organización Mundial de la Salud, Unicef, Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, Organización Panamericana de la Salud. (2013). Lactancia, Promoción y Apoyo en un Hospital Amigo de la Madre y el Niño. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001254cnt-lactancia-promocion-apoyo-hamyn.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2013). Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf
- Ortiz, F. E. (1990). La mujer en la Medicina Argentina. La Plata, Argentina: Ediciones A.M.P.
- Osorio, J; Weisstaub, G; Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones, Revista Chilena de Nutrición, 29(3). Recuperado de:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002
- Pardo López, J. (2012). Alimentación complementaria del niño de seis a 12 meses de edad. Acta Pediátrica de México, 33 (2). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2012/apm122g.pdf>



Bibliografía

- Pliner, P; Hobden, K. (1992). Development of a Scale to Measure the Trait of Food Neophobia in Humans. *Appetite*, 19(2). Recuperado de: <file:///C:/Users/anima/Downloads/PlinerandHobden1992.pdf>
- Riaño Galán, I. (2004). Duración recomendada de la lactancia materna. Ventajas e inconvenientes. En Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia Materna: guía para profesionales*. (pp. 85-93). Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
- Rodríguez Tadeo, A; Patiño Villena, B; Urquidez Romero, R; Vidaña Gaytán, ME; Periago Caston, MJ; Ros Berruezo, G; Lacuesta, E. (2015). Neofobia alimentaria: impacto sobre los hábitos alimentarios y aceptación de alimentos saludables en usuarios de comedores escolares. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 31 (1). Recuperado de: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/7481.pdf>
- Rosa Niño, M; Gioconda Silva, E; Eduardo Atalah, S. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista Chilena de Pediatría*, 83 (2). Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000200007>
- Sacristán Martín, AM; Lozano Alonso, JE; Gil Costa, M; Vega Alonso, AT; Red Centinela Sanitaria de Castilla y León. (2011). Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 13 (33). Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13n49/original1.pdf>
- Salazar, S; Chavéz, M; Delgado, X; Pacheco T; Rubio, E. (2009). Lactancia Materna. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 72 (4). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3679/367936951010.pdf>
- Secretaria de Gobierno de Salud. (2019). 2 Encuesta Nacional de Nutrición y Salud- ENNyS 2019. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001565cnt-ennys2_resumen-ejecutivo-2019.pdf
- Sociedad Argentina de Pediatría (2001). Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. Recuperado de: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf
- Sugarman Isaacs, J. (2014). Nutrición del recién nacido. En Brown, E. *Nutrición en las diferentes*



Bibliografía

etapas de la vida. (pp. 236-239). Ciudad de México, México: Mc Graw Hill Education.

- Townsend, E; Pitchford N.J. (2012). Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case–controlled sample. *BMJ Open*, 2(1). Recuperado de: <https://bmjopen.bmj.com/content/2/1/e000298>



INFORMACIÓN Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE MADRES DE NIÑOS DE 2 Y 3 AÑOS.

Autor: Ana Magnoni

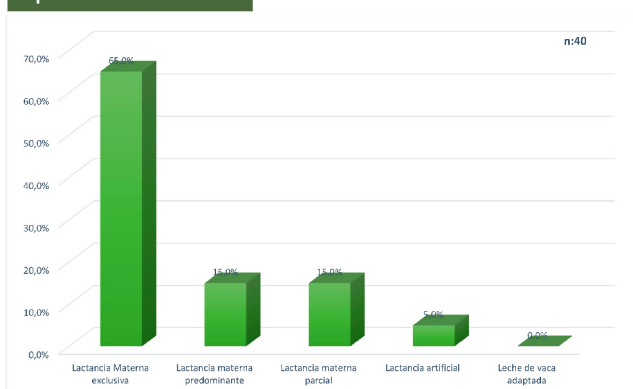
La alimentación en los primeros años de vida constituye un **factor clave** en la **salud futura del niño**. En nuestro país, los índices de sobrepeso y obesidad crecen de manera agigantada. Es importante **educar** a padres y cuidadores para llevarla a cabo de manera **saludable** desde el **inicio de la vida**.

Objetivo: *Identificar* la información y prácticas sobre lactancia y alimentación complementaria que refieren las madres de niños de 2 y 3 años de un jardín maternal de una *universidad de Mar del Plata* en el año 2019.

Materiales y Métodos:

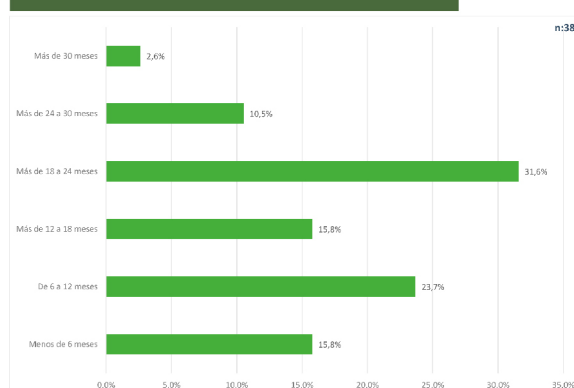
- Estudio de tipo descriptivo y transversal.
- *Muestra:* 40 madres de niños de 2 y 3 años que asisten a un jardín maternal de una universidad de Mar del Plata, seleccionadas en forma no probabilística por conveniencia.
- *Recolección de datos:* encuesta a madres de niños de 2 y 3 años.

Tipo de lactancia



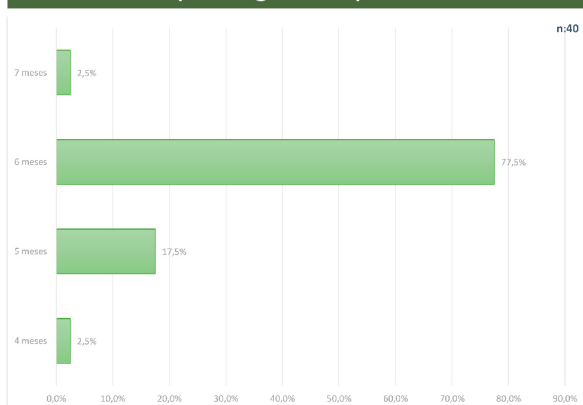
Fuente: elaboración propia.

Edad de abandono de lactancia



Fuente: elaboración propia.

Edad en la que ingirió el primer alimento



Fuente: elaboración propia.

Resultados: Se observó una fuerte elección a la *lactancia materna*. El 65% de la población encuestada brindó lactancia materna exclusiva. Un 15% brindó lactancia materna junto con agua o bebidas a base de agua, otro 15% lactancia materna parcial y solo un 5% utilizó en su totalidad lactancia artificial.

Tres cuartos de la población comenzó con la *alimentación complementaria* a los 6 meses. El 2,5% a los 4 meses, el 17,5% brindó el primer alimento a los 5 meses, y el 2,5% restante a los 7 meses.

Conclusiones: El tipo de *lactancia aportada* fue casi en su totalidad lactancia materna, y de esta gran mayoría fue lactancia materna exclusiva. Más de la mitad de las madres dejó de aportar lactancia materna antes de los 18 meses. La técnica de alimentación *BLW (Baby Led Weaning)* o *Alimentación Complementaria Autorregulada* es conocida por la mitad de las madres, y fue utilizada por algunas de ellas.



UNIVERSIDAD
FASTA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN