



Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses



María Carolina Rolandi
Tutor: Sergio Scacchia
Departamento de Metodología de la Investigación

Mayo - 2014

*A veces sentimos que lo que hacemos
es tan solo una gota en el mar, pero el
mar sería menos si le faltara una gota.*

Madre Teresa de Calcuta

A mi abuelo, ejemplo de que con esfuerzo y dedicación,
cualquier sueño es posible.

Ojalá estuvieras para compartir este momento conmigo...

Agradecimientos

A mi familia, especialmente a mis padres y hermanas, por su apoyo incondicional a lo largo de toda la carrera. Por ser la base firme sobre la cual me levanto a cumplir mis sueños.

A mi tutor, Sergio Scacchia, por guiarme y aconsejarme durante todo este proceso.

Al departamento de Metodología, especialmente a Vivian, por alentarme y ayudarme a concluir esta etapa de mi vida.

A mis amigas del colegio, hermanas, por estar siempre a lo largo de los años. Por ser la prueba fiel de que hay cosas que no cambian con el tiempo.

A mis amigos de la facultad, por ser testigos del esfuerzo, compañeros de aventuras, poseedores de anécdotas infinitas, por hacer que esta etapa sea inolvidable.

A mis alpacas queridas, por creer en mí y estar presentes, siempre, más allá de los kilómetros que nos separan.

A los profesionales del Centro de Salud N°2, por abrirme las puertas y hacerme sentir parte. Por sus enseñanzas y su gran calidad humana.

Resumen

La elección de los alimentos para el lactante y el niño dependen de los padres, principalmente de la madre, de ahí que resulte importante conocer sus creencias y prácticas alimentarias.

Objetivo: Analizar las creencias y prácticas alimentarias que tienen las madres de los niños de 6 a 24 meses que asisten a los controles de un Centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata y conocer el estado nutricional de los niños.

Material y método: Estudio descriptivo y transversal. Se seleccionaron 120 madres de niños de 6 a 24 meses a las cuales se les realizó una encuesta con preguntas abiertas y cerradas. El dato de peso y talla de los niños fue tomado de la historia clínica de los mismos. Se llevaron a cabo entrevistas estructuradas e individuales a 30 madres para conocer sus creencias en cuanto a lactancia materna, alimentación complementaria y hábitos alimentarios.

Resultados: El estado nutricional del 84% de los niños se encontraba dentro de los parámetros de normalidad. Se observó una ligera tendencia de las madres a subestimar el estado nutricional de sus hijos. 63% de los niños recibía LM al momento de la entrevista. Un 18% de los niños consumía bebidas azucaradas diariamente. El 58% inician la alimentación complementaria a los 6 meses. El enriquecimiento de las comidas con manteca o aceite fue una práctica frecuente. La diversidad alimentaria aumenta conforme aumenta la edad y es en general adecuada. 61% de las madres agregan sal a la comida de sus hijos. Generalmente es la madre la encargada de la alimentación del menor. La LM fue de suma importancia para este grupo de madres. La mayoría de ellas piensa que la alimentación complementaria debe iniciarse a los 6 meses y que es importante insistir con un mismo alimento frente a la neofobia. Se remarcó el consumo de vegetales y frutas para un crecimiento saludable.

Conclusiones: El estado nutricional de la mayoría de los niños se encontró dentro de los parámetros de normalidad. En general las madres poseen prácticas y creencias acordes a las recomendaciones establecidas por los organismos nacionales e internacionales.

Palabras clave: Creencias alimentarias, prácticas alimentarias, estado nutricional.

Abstract

The choice of food for the infant and child depends on parents, especially the mother; for this reason, it is very important to learn about their food beliefs and practices.

Objective: To analyze beliefs and dietary practices of mothers with children aged 6 to 24 months attending a health center in Mar del Plata, Buenos Aires province, and to identify the nutritional status of these children.

Material and Methods: Descriptive and transversal study. Data collection was conducted through a survey of open ended and closed questions addressed to 120 mothers of children aged 6 to 24 months. Height and weight data of children were collected from their medical records. A food frequency questionnaire was performed in order to get information on food consumption and dietary diversity. Structured and individual interviews with mothers were also conducted to learn about their beliefs on breastfeeding, complementary feeding and eating habits.

Results: The nutritional status was within normal parameters in 84% of children. A slight tendency of mothers to underestimate the nutritional status of their children was observed. At the time of the survey, 63% of children were breastfed, 18% were given sugary drinks daily, and 58% of them started complementary feeding at 6 months. Food enrichment with butter or oil was frequent. Dietary diversity increased with age and it was generally adequate. Salt was added to food by 61% of mothers, and it is them that usually fed the child. Mothers in our sample believed breastfeeding was very important for their children. Most of them stated that complementary feeding should start at 6 months and that it is important to insist on the same food when a child refuses to eat it. Consumption of vegetables and fruits for healthy growth was stressed.

Conclusions: The nutritional status of most children was within normal parameters. In general mothers' beliefs and practices meet recommendations issued by national and international organizations.

Key words: dietary beliefs, dietary practices, nutritional status

Índice

Introducción.....	3
Capítulo I	
<i>Antropología alimentaria</i>	9
Capítulo II	
<i>Estado nutricional</i>	19
Capítulo III	
<i>Alimentación del niño de 6 a 24 meses</i>	31
Diseño Metodológico	47
Análisis de datos	61
Conclusiones.....	129
Bibliografía	135
Anexos.....	143



Introducción

Comer constituye una de las más cotidianas y repetidas actividades de cualquier grupo humano, en cualquier geografía y en cualquier tiempo, y por su especificidad y polivalencia tiene un lugar central en todas las culturas, entre otras cosas porque enlaza en forma indisoluble aspectos biológicos y culturales. (Aguirre, 2007).¹

Comer no depende solamente de la química de las sustancias o del metabolismo del sujeto. Comer es un acto social (Aguirre, 2004).² Y por lo tanto son los sujetos, de acuerdo a su cultura, sus costumbres, experiencias y creencias quienes determinan qué es o no es comestible.

La nutrición durante la infancia es de suma importancia para el desarrollo adecuado del niño. La buena alimentación y la formación de hábitos alimentarios saludables en esta época de la vida tienen gran impacto con repercusiones hacia futuro.

La importancia de la alimentación en este periodo radica en que los estudios longitudinales muestran que el retraso de crecimiento nutricional se manifiesta con mayor frecuencia en el periodo de la vida que va desde los pocos meses después del nacimiento hasta los dos años (De Girolami, 2003).³ La incidencia de mal nutrición aumenta de manera pronunciada durante el periodo de 6 a 18 meses de edad en la mayoría de los países.

El crecimiento es un proceso que resulta de la interacción entre la constitución genética del individuo y la influencia ambiental. El retraso crónico del crecimiento es producto de una asociación de factores biológicos, psicológicos y sociales adversos, característicos de la pobreza. Así, el RCC no es un hecho aislado sino el emergente de un fenómeno mucho más complejo en el que el niño pierde paulatinamente la capacidad de alcanzar todo su potencial de crecimiento y desarrollo, tanto en lo físico como en lo mental. El resultado de la baja talla es un cuerpo más pequeño, que implica la posibilidad de supervivencia frente al hambre, pero con menos fuerza, lo que reduce la capacidad de trabajo físico. Asimismo, el menor desarrollo neurológico y psicológico determina un rendimiento intelectual disminuido, lo que va en detrimento de la escolarización. Estas condiciones aunadas limitan en el futuro, la inserción psicosocial y laboral del adulto (Gullerian, Guezikarain & Olivo, 2006).⁴

¹ Doctora en Antropología de la Universidad de Buenos Aires.

² En su libro la autora responde a diversos cuestionamientos sobre el tema de la alimentación como hecho histórico, social y cultural.

³ Médico Nutricionista especialista en Valoración Nutricional y Composición Corporal.

⁴ Estudio transversal y descriptivo, empleando el método antropométrico, sobre niños convocados por un plan de asistencia alimentaria y de salud, durante cinco días de diciembre de 2002.

Esta problemática junto con la obesidad, son tanto por su prevalencia como por su repercusión sobre el futuro y calidad de vida, los principales problemas nutricionales de la niñez argentina. El retraso de crecimiento de origen social es prácticamente irreversible y el potencial de crecimiento perdido en los primeros dos años de vida es muy difícil de recuperar, de allí la importancia de su prevención. Durante el periodo de mayor crecimiento y, por consiguiente, con mayores necesidades nutricionales, la transición de la lactancia materna a la dieta familiar constituye un momento de particular riesgo para la aparición de carencias (Lorenzo, Guidoni, Díaz, Marenzi, et al, 2007).⁵ Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares (OMS).⁶ La infancia es un período de un gran número de transiciones en lo que respecta a la alimentación, por lo que se debe prestar especial atención a las interacciones entre los padres y los niños para allanar el camino hacia una alimentación saludable. La composición de los nutrientes y la ingesta pueden influir en un futuro cuadro de obesidad, sobre todo en niños con predisposición genética (Hassink, 2010).⁷

La elección de los alimentos para el lactante y el niño dependen de los padres, y está determinada no sólo por la disponibilidad estacional o económica sino también por las costumbres, los hábitos, es decir, las pautas culturales que se transmiten de generación en generación (Osorio, Weisstaub & Castillo, 2002).⁸ Es aquí donde radica la importancia de las creencias que la madre tenga sobre la alimentación de su hijo y sobre las prácticas alimentarias adecuadas de acuerdo al estado nutricional del mismo, ya que concepciones erróneas pueden llevar a condicionar al menor a hábitos alimentarios poco saludables con repercusiones negativas a futuro, pero a su vez es importante destacar la relevancia de aquellas prácticas protectoras que pueden ser reforzadas y sobre las cuales es de suma importancia trabajar cuando se realiza una intervención.

⁵ Libro realizado por docentes de la Escuela de Nutrición de la Universidad de Buenos Aires, el cual surge como revisión corregida y aumentada de la publicación *Nutrición Pediátrica*.

⁶ La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano.

⁷ Obesidad Infantil: Prevención, intervenciones y tratamiento en atención primaria.

⁸ Artículo sobre el desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Publicado en la Revista Chilena de Nutrición.

En el contexto específico de realización de este trabajo existen programas destinados a mejorar la cobertura de salud y disminuir la mortalidad materno-infantil, como el “Plan Nacer” y el “Programa Materno Infantil”.

Estos programas están especialmente destinados a personas de sectores carenciados que constituyen una parte importante de nuestra población.

Así pues, a pesar de todos estos esfuerzos, la eficacia de estos programas resulta muchas veces por debajo de las expectativas que en ellos se deposita, lo cual se evidencia en el porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que presentan baja talla y sobrepeso. Entre otros factores que afectan el logro de los objetivos que se proponen, uno de los más relevantes podría estar vinculado al hecho que –en general-, estos programas brindan información masiva sin contemplar grupos, contextos y tiempos determinados, desconociendo la pluralidad y diversidad de culturas en los grupos a los cuales está destinado, lo cual afecta la eficacia de sus propósitos.

Es posible obtener mayores logros en los vínculos con las madres destinatarias de estos programas a partir del conocimiento de sus creencias y prácticas alimentarias. Este conocimiento es indispensable para desarrollar intervenciones que posibiliten el desarrollo de políticas institucionales que tengan mayor cobertura e impacto en un área tan importante como la salud pública, creando conciencia de que la prevención depende en gran medida del protagonismo del actor social, de su involucramiento y compromiso para el desarrollo de prácticas alimentarias más saludables (Gazali, 2005)⁹.

La presente investigación tiene como finalidad comprender y abordar la complejidad biosocial de la alimentación humana, para entender el comportamiento de las personas frente a los alimentos y sus elecciones a la hora de alimentarse. Se considera que el recurso preventivo y correctivo más eficaz, duradero y menos costoso a este respecto, es la orientación alimentaria, donde trabajar con los conocimientos de la madre será una herramienta indispensable para que nuestro objetivo sea posible.

⁹ Tesis presentada para completar los requisitos del plan de estudios de la Licenciatura en Nutrición. Universidad de Concepción del Uruguay.

A partir de lo desarrollado surge el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las creencias y prácticas alimentarias que tienen las madres de los niños de 6 a 24 meses que asisten a los controles de un centro de salud de la ciudad de Mar del Plata y cuál es el estado nutricional de los niños?

El objetivo general planteado es:

Analizar las creencias y prácticas alimentarias que tienen las madres de los niños de 6 a 24 meses que asisten a los controles de un centro de salud de la ciudad de Mar del Plata y el estado nutricional de los niños.

Como objetivos específicos los detallados a continuación:

- ✓ Identificar creencias y prácticas alimentarias de las madres.
- ✓ Establecer el estado nutricional de los niños.
- ✓ Determinar las características sociodemográficas de las familias.
- ✓ Evaluar cuál es la percepción que tienen las madres sobre el estado nutricional de sus hijos.



Capítulo I
Antropología alimentaria

Las creencias alimentarias resultan ser:

"Generalizaciones que las personas hacen o dicen, en relación con los alimentos" (Romo, López R, López B, Morales & Alonso, 2005)¹,

y para muchos individuos y comunidades son parte de una herencia que se va transmitiendo de generación en generación. Se forman a partir de ideas, experiencias y emociones.

Las ideas se forman a partir de un proceso mediante el cual una oración o juicio es reforzado por referencias o experiencias, que lo corroboran. Las que pueden obtenerse, a través de información que se toma de personas, libros u otros medios de comunicación.

Las experiencias se fortalecen o se instalan principalmente por vivencias personales asociadas a emociones fuertes, sean estas placenteras o dolorosas.

La intensidad emocional que se siente respecto a cualquier de esas experiencias referenciales determinará la fuerza del anclaje de esa idea, para convertirse en creencia.

Las creencias y los simbolismos de los alimentos, las exclusiones y elecciones que se hacen al preparar la comida familiar, esconden procesos con significación cultural y social que pueden dar sentido a las decisiones sobre qué es lo potencialmente modificable y aquello que aún en situaciones sociales adversas no se modifica (Méndez, 2005).²

Por otro lado las prácticas alimentarias puede definirse como:

El conjunto de acciones y relaciones sociales que se estructuran en torno al acto central de ingesta de sustancias alimenticias que puede o no estar relacionado a la perpetuación del organismo vivo (Marschoff, 2005).³

Como toda práctica social, constituye la materialización de discursos acerca de la alimentación que a su vez se encuentran imbricados en discursos más amplios o generales de una determinada sociedad en un momento dado.

¹ Estudio donde se identificaron creencias alimentarias, en usuarios de dos centros de salud de la Comuna Pedro Aguirre Cerda de Santiago de Chile, en el período comprendido entre los meses de Julio y Agosto de 2003.

² Méndez Cecilia, profesora titular de Sociología de la Universidad de Oviedo.

³ Marschoff María es becaria Postdoctoral del CONICET en la Facultad de Ciencias Naturales y Museo (UNLP) y se especializa en arqueología histórica y en el análisis de los cambios sociales a partir de las costumbres alimentarias.

La comida no es, y nunca lo ha sido, una mera actividad biológica. La comida es algo más que una mera colección de nutrientes elegidos de acuerdo a una racionalidad estrictamente dietética o biológica.

El comportamiento alimentario de los seres humanos tiene, desde el origen de la especie, determinantes múltiples. Los seres humanos tienen la necesidad de aprender las buenas elecciones alimentarias y las aprenden no por un método individual de ensayos y errores, sino a partir de un saber colectivo que se ha ido constituyendo, a lo largo de las generaciones, bajo la forma de un cuerpo de creencias, algunas confirmadas por la experiencia, otras completamente simbólicas o mágicas, tales como el ayuno, la búsqueda de lo sagrado o las prohibiciones religiosas. Estas prohibiciones pueden referir, a veces, a alimentos completamente sanos y afectar a una población entera o, bajo la forma de un tabú, a un subgrupo dentro de una determinada sociedad (Contreras & García, 2005).⁴

La alimentación es un hecho extremadamente complejo. Y para entender esta complejidad hay que saber que cuando nos alimentamos intervienen numerosos factores. Por lo tanto, no es cierto ni es mentira que eso que el sentido común llama "hábitos" sean difíciles de cambiar. Algunos son fáciles, otros son difíciles, algunos cambian en años, otros en décadas. Hay que analizar las relaciones sociales que los sostienen. Si se apoyan en elementos fundantes, procesos estructurales, que dan sentido a la dinámica social su transformación será lenta, al moroso ritmo de la transformación de aquellos. En cambio si están relacionados con aspectos superficiales lo más probable es que se modifiquen con facilidad. Cambiar la manera de comer de un sujeto, sus "hábitos" puede ser fácil o difícil de acuerdo a la posición subjetiva frente a las relaciones económicas, sociales y simbólicas con que construye su identidad (Aguirre, 2007).⁵

Entre los factores que determinan las creencias y prácticas alimentarias se destacan los, culturales, económicos, sociales, religiosos, educativos y los relacionados con la urbanización e industrialización (Jiménez, 1996).⁶

Con respecto a los factores culturales se puede decir que, a sistemas culturales distintos corresponden sistemas alimentarios diferentes. La cultura actúa estableciendo regularidad y especificidad. La conducta alimentaria diaria de la mayoría

⁴ Libro publicado por Jesús Contreras Hernández y Mabel García Arnáiz, como fruto de sus carreras de docencia e investigación sobre temas relacionados con la alimentación y la cultura.

⁵ Aguirre Patricia, es Doctora en Antropología de la Universidad de Buenos Aires. Profesional del Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud de la Nación. Docente e Investigadora del Instituto de Altos estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín.

⁶ Jiménez Gudrid Mariella, estudió las creencias y hábitos alimentarios durante el período de embarazo y lactancia de las mujeres de aldeas del departamento de Chiquimula, Guatemala.

de las personas resulta predecible dependiendo de sus patrones culturales, recursos tecnológicos, organización social, actividades, horarios, profesiones, relaciones familiares, responsabilidades. Dicha regularidad es la consecuencia de la existencia de un orden normativo en el proceso de socialización: un conjunto de guías institucionalizadas acerca de las conductas más o menos apropiadas dentro de contextos sociales particulares. Las personas muestran actitudes hacia la comida que han sido aprendidas de otras personas dentro de sus redes sociales, ya sea en la familia, entre iguales, en el grupo étnico, en la clase social, en la comunidad local o en la nación. De hecho, la alimentación es el primer aprendizaje social del ser humano. Tales comportamientos forman parte de la cultura alimentaria, es decir, el conjunto de representaciones, de creencias, conocimientos y de prácticas heredadas y/o aprendidas que están asociadas a la alimentación y que son compartidas por los individuos de una cultura dada o de un grupo social determinado dentro de una cultura. A su vez, cada cultura genera una “cocina” peculiar, donde existen diferencias de ingredientes, aromas, técnicas de preparación, maneras de servir y comer, con clasificaciones particulares y unas reglas precisas, tanto en relación con la preparación, como relativas a su recolección, producción, conservación y consumo (Contreras & García, 2005).

En cuanto a los factores económicos, es bien sabido que el aumento de los precios de los alimentos ha hecho sentir su impacto en las comunidades y los hábitos de numerosas familias. La diferencia entre pobres y ricos se ha acentuado aún más, y para los primeros las limitaciones para adquirir alimentos que permitan llevar a cabo las recomendaciones de una alimentación variada, son cada día mayores. Es también importante mencionar que muchas familias seleccionan los alimentos en el mercado basándose únicamente en el precio y en las preferencias culturales y familiares, sin tomar en cuenta el valor nutritivo de los mismos.

Los factores sociales también son de gran importancia a la hora de analizar las creencias y las prácticas alimentarias. El individuo pertenece a diversos grupos sociales, por lo cual no puede prescindirse del efecto que tenga la conducta colectiva sobre sus creencias y hábitos alimenticios. En los grupos sociales a que se está adscrito, como puede ser la iglesia, colegio, trabajo, club, sindicato y otros, a menudo se sirven comidas y los menús tienden a reflejar los gustos del grupo. El prestigio social es también uno de los factores sociales que determinan las creencias y hábitos alimentarios, pues existen algunos alimentos que gozan de significado social (Ipiates &

Rivera, 2010).⁷ Del mismo modo que, mediante el proceso de socialización, las personas adquieren de una forma más o menos inconsciente las normas básicas para actuar en el medio social, se produce un aprendizaje social relativo a las reglas culinarias que forman parte de los conocimientos y habilidades transmitidas y adquiridas, y que se interiorizan de forma similar, es decir, sin apenas darse cuenta (Contreras & García, 2005). Bourdieu también habla sobre la importancia de lo social cuando define los gustos de “necesidad” y los gustos de “lujo”, cada uno representativo de distintas clases sociales, postulados que Patricia Aguirre luego retoma para definir tres tipos de ideales corporales que tienen las distintas clases sociales los cuales, a su vez, determinan tres tipos de alimento, que se organizan en tres tipos de comensalidad.

La religión, por su parte, juega un rol importante como factor determinante. En todos los pueblos o culturas, las elecciones alimentarias están condicionadas muy a menudo, al menos aparentemente o en primera instancia, por todo un conjunto de creencias religiosas, prohibiciones de diverso tipo y alcance, así como por concepciones dietéticas relativas a lo que es bueno o lo que es malo para el cuerpo, para la salud, en definitiva. Todas las religiones rigen la alimentación en algún sentido y, la mayoría de las veces, casi siempre restrictivo; por ejemplo limitar las cantidades ingeribles, restringir o prohibir una u otra categoría de alimentos, disminuir el placer de comer, sea permanente o en algunas ocasiones. Por ejemplo en el caso del judaísmo, los principios Kâser exigen la separación de los lácteos y de las carnes, la prohibición de la carne de cerdo, entre otras. La religión católica limita el consumo de carnes rojas durante el tiempo de cuaresma. Los protestantes no ingieren bebidas alcohólicas de ninguna clase. Los mormones no consumen café ni bebidas alcohólicas o con cola (Contreras, 2007).⁸

Respecto a la educación, se ha demostrado que el nivel educativo tiene gran influencia sobre el patrón alimentario el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y familias. Así lo muestran algunos estudios realizados sobre el tema, en diferentes partes del mundo. No han sido únicamente los patrones alimentarios que cambian según la escolaridad, sino también el horario de las comidas, los métodos de preparación y almacenamiento, entre otras cosas. La educación es la variable más íntimamente relacionada con el estado de salud de una población, una comunidad o un individuo. Constituye la senda para la implementación

⁷ Tesis de grado sobre prácticas, creencias alimentarias y estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en un centro de salud de la ciudad de Ibarra, Ecuador.

⁸ Trabajo realizado por Jesús Contreras en: Observatorio de la Alimentación. Parc Científic de Barcelona. Universidad de Barcelona.

de conductas y actitudes favorables a la búsqueda de la salud y encaminadas hacia el mantenimiento de la misma. UNICEF considera que la alfabetización y progresión en niveles educativos por parte de la mujer, específicamente de la madre, es un factor importante para el desarrollo infantil. (Tejada, Gonzalez de Tineo, et al, 2005).⁹

Otro factor a considerar es el psicológico, ya que las creencias y hábitos alimentarios son parte importante de la conducta humana, y por ello es que durante los últimos años se le ha dado un mayor énfasis a la alimentación y nutrición desde el punto de vista psicológico-social. La alimentación no se reduce exclusivamente al campo puramente fisiológico sino también comprende el campo psicológico-social. Al intentar realizar modificaciones en la conducta de un individuo en cuanto a sus creencias y hábitos alimentarios, no bastará sólo con que el paciente adquiera nuevos conocimientos referidos a lo nutricional para realizar el cambio deseado, la información será inútil si no se ha aceptado la necesidad de cambiar y la persona no se encuentra motivada para hacerlo. De esto se deduce que los factores psicológicos son muy importantes en cualquier modificación que pretenda hacerse de las creencias y hábitos alimentarios (Jiménez, 1996).

También podemos hablar de la influencia de la urbanización e industrialización en la construcción de creencias y prácticas alimentarias. El grado de urbanización e industrialización de una nación o de una ciudad influye directamente en la ingesta dietética de sus pobladores. Suele suceder que, los pobladores del área urbana gozan de mayor surtido de alimentos que los del área rural. Esto se debe a que en la primera, la industria y el comercio ofrecen mayores oportunidades. Estas diferencias han desaparecido en los países industrializados donde se ha incrementado visiblemente el nivel de ingreso de las familias, lo que a su vez modifica la dieta en especial de las familias de bajo nivel socioeconómico. Los cambios de estación que en un principio producían modificaciones en la dieta han desaparecido con la ayuda de la industrialización y la tecnología. Esto es posible ya que se logra producir, almacenar y transportar toda clase de alimentos durante toda la época del año (Ipiates & Rivera, 2010).

Cabe aclarar que en muchos casos la nutrición urbana también se ve afectada porque en gran parte de los hogares urbanos de bajos ingresos, las mujeres trabajan fuera del hogar; como consecuencia, ha habido una disminución casi universal de la lactancia materna en las áreas urbanas y en todas las regiones del mundo en

⁹ La asistencia regular a la escuela constituye, por tanto, uno de los medios básicos para mejorar la salud y es de especial importancia para las niñas ya que su educación tiene efectos beneficiosos para ellas mismas, sus futuros hijos y la sociedad en que viven. Puede afirmarse sin duda que el factor de protección más importante para la salud de un infante, lo constituye el nivel educativo de su madre.

desarrollo, con un aumento concomitante en el uso de sustitutos de leche materna más costosos y alimentos comerciales para el destete (FAO, 2002).¹⁰

Por último, es importante destacar la influencia que los medios de comunicación tienen en la vida diaria. Los periódicos, la radio y la televisión son los medios de comunicación masiva más eficaces que existen. Un alto porcentaje de los espacios, de estos medios de comunicación son utilizados para anunciar productos comerciales y, la gran mayoría de ellos, son alimentos. De esta forma estos anuncios influyen de una manera increíble sobre las prácticas alimenticias de las personas (García Blandón, 1983).¹¹

Las mujeres han sido y continúan siendo el centro de atención de gran parte de los estudios y programas de nutrición y alimentación infantil en Argentina, en tanto que son consideradas como uno de los componentes fundamentales de la salud durante esta etapa.

La madre alimenta a su hijo de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias, y por lo tanto, es importante conocer las creencias y las prácticas alimentarias que la madre tenga sobre la alimentación de su hijo, ya que concepciones erróneas pueden llevar a condicionar al menor a hábitos alimentarios poco saludables con repercusiones negativas a futuro, pero a su vez es importante destacar la relevancia de aquellas prácticas protectoras que pueden ser reforzadas.

Las prácticas y creencias maternas sobre la alimentación del niño envuelven un proceso complejo de toma de decisiones de la madre sobre la variedad, preparación, cantidad, horarios de los alimentos del niño, entre otras cosas. Las creencias maternas sobre la nutrición asociada a que el sobrepeso indica una constitución fuerte del cuerpo, refuerza la creencia de que las prácticas maternas de alimentación pueden propiciar un modelaje no saludable de la conducta alimentaria del niño, la cual puede ser un factor predictor de sobrepeso y obesidad infantil desde la infancia temprana (Aguilera Pérez, 2008).¹²

Alvarado, Tabares, Delisle & Zunzunegui (2005)¹³ reportaron en su estudio etnográfico cuali-cuantitativo sobre creencias y prácticas alimentarias maternas, que al menos el 50% de las madres tienen prácticas no acordes con las recomendaciones mundiales como son: la lactancia exclusiva hasta por lo menos los 6 meses de edad y

¹⁰ Libro producido por la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) para reforzar la ejecución, por parte de la FAO, de las recomendaciones de la Conferencia Internacional de Nutrición, realizada en diciembre de 1992 en Roma.

¹¹ Citado del libro Fundamentos de Nutrición

¹² Tesis de Doctorado, Área de Enfermería, en Tampico, Tamaulipas, México, abril, 2008.

¹³ Estudio que describe las creencias y prácticas de la alimentación infantil, y su relación con el estado nutricional de niños de 6 a 18 meses.

continuación de la lactancia hasta los dos años. A su vez, los resultados obtenidos muestran una edad promedio de introducción de la alimentación complementaria a los 3 meses, siendo la sopa el primer alimento introducidos por las madres (72.8%), siguiéndole en orden de frecuencia las bebidas no-lácteas (8.9%) y los alimentos sólidos (7.9%), lo cual representa un gran riesgo de carencias nutricionales en la alimentación del menor. Los datos obtenidos en el estudio muestran que la mayoría de los comportamientos acerca de la alimentación del niño se establecen como normas culturales o costumbre arraigadas en las mujeres de la región estudiada.

En su estudio sobre prácticas de alimentación en niños menores de 2 años, Gatica & Méndez de Feu (2009)¹⁴ muestran que la lactancia natural fue una práctica frecuente en todos los niños encuestados, principalmente en el primer año de vida, observándose mayor frecuencia de lactancia materna a menor edad de la madre, independientemente de otros factores sociales y demográficos analizados. Fueron frecuentes la incorporación de alimentación complementaria al 6to mes, el enriquecimiento de la comida inicial (puré/papillas) con aceite, leche o queso y un intervalo de edad para la incorporación de huevo y carnes muy amplio. También se encontró que las bebidas azucaradas e infusiones se incorporaron tempranamente, a los 11 meses o antes, en aproximadamente la mitad de los casos. Más de la mitad de los niños estaban expuestos al televisor encendido durante la hora de comer. El estudio también arrojó un gran número de madres analfabetas lo cual preocupa al ser la escolaridad materna un factor de protección contra la malnutrición del niño.

Murillo & Bernes (1985)¹⁵ en un estudio sobre prácticas y creencias en nutrición y salud, evidencian que existían contradicciones entre lo que la madre sabe y lo que practica, por ejemplo: se encontró que el 28% de los niños nunca recibieron leche materna y de los que sí recibieron, un 33% fueron destetados antes de los tres meses de edad, aunque la madres consideraban la leche materna como el alimento ideal para el recién nacido.

¹⁴ Estudio descriptivo transversal. Médicos pediatras voluntarios, de la Región Cuyo de la Sociedad Argentina de Pediatría, administraron una encuesta sobre prácticas de alimentación a niños sanos.

¹⁵ Investigación realizada en 22 comunidades rurales costarricenses y publicada en la Revista Costarricense de Ciencias Médicas.



Capítulo II Estado nutricional

Se entiende por estado nutricional a:

“La condición física que presenta una persona, como *resultado del balance entre sus necesidades*, e ingesta de energía y nutrientes.”
(FAO, 1999).¹

Es el resultado de la nutrición anterior e indica la presencia o ausencia de signos de carencia, la falta de crecimiento o algún otro aspecto de la capacidad funcional.

Entre los factores que determinan el estado nutricional se encuentran, la alimentación, el estado de salud y los cuidados y nutrición (Pedraza, 2004).²

En relación a la alimentación se habla de, disponibilidad de alimentos, acceso a los alimentos, consumo de alimentos inocuos y de buena calidad, costumbres alimentarias, gustos y preferencias.

En cuanto al estado de salud se hace referencia a, el estado personal de salud, estilo de vida y utilización de los servicios de salud y saneamiento eficaz del medio ambiente e higiene de las actividades domésticas.

Respecto a los cuidados y nutrición se debe tener en cuenta la capacidad de la familia y de la comunidad para cuidar de las personas vulnerables o dedicar tiempo, atención, ayuda y conocimientos prácticos para cubrir las necesidades de estas personas.

El crecimiento y desarrollo son el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en las que vive el individuo. Si las condiciones de vida, tanto físicas, biológicas, nutricionales y psicosociales, son favorables, el potencial genético podrá expresarse de forma completa y el niño crecerá hacia su meta genéticamente programada tomando su canal o carril de crecimiento entre el final del primer año y comienzos del segundo año de vida. En caso contrario, bajo condiciones ambientales desfavorables, el potencial genético se verá limitado, dependiendo de la intensidad y la persistencia del agente agresor.

Para realizar la evaluación del estado nutricional en pediatría, se utiliza la valoración del estado nutricional (VEN), que es un instrumento operacional que permite definir conductas clínicas y epidemiológicas. En el ámbito clínico, permite seleccionar aquellos individuos que necesitan una intervención dietoterápica o adecuar la modalidad de apoyo nutricional. En el terreno epidemiológico, permite el diseño,

¹ El manual de formación Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria es el resultado de un esfuerzo conjunto de la FAO y de la Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ).

² Estudio donde se abordan los factores determinantes y los resultados de la seguridad alimentaria y nutricional en Brasil.

implementación, monitoreo y evaluación de impacto de muchos de los programas nutricionales que se basan en el diagnóstico nutricional que se haya realizado.

Se considera que la alimentación de un niño es suficiente cuando satisface las necesidades, mantiene sus funciones biológicas, su composición corporal en forma normal y preserva su ritmo de crecimiento de acuerdo a su potencial genético.

Ante la disminución de la ingesta, o el aumento de las necesidades, se ponen en funcionamiento mecanismos compensadores fisiológicos que tienden a restaurar el balance. Sin embargo, todos ellos tienen un límite cercano al valor de la necesidad o requerimiento. Superado este punto hay cambios metabólicos, alteraciones en algunas funciones biológicas y finalmente la modificación del tamaño y la composición corporal de forma patológica, siendo variable el tiempo de presentación de dichas manifestaciones.

Si se comprende el concepto de la VEN como una medida objetiva de las consecuencias del desbalance entre ingesta y necesidad, pueden existir tantos desbalances como nutrientes haya; por ejemplo, la inadecuación de energía que conduce en casos extremos a la obesidad, la de hierro que conduce a anemia ferropénica, la de Vitamina D al raquitismo u otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la evaluación del estado nutricional como:

“La interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos, antropométricos y/o clínicos; que se utiliza básicamente para determinar la situación nutricional de individuos o de poblaciones en forma de encuestas, vigilancia o pesquisa”.

La combinación de las evaluaciones alimentaria, bioquímica, clínica, y antropométrica es la base de la evaluación nutricional.

La evaluación de la situación nutricional en una comunidad o en un individuo, necesita de tres elementos: Un índice o indicador, una medida objetiva y representativa de la situación nutricional; una población de referencia, valores de normalidad; un límite de inclusión o corte, qué valor se considera el límite de la normalidad (Lorenzo, 2007).³

La evaluación de la ingesta dietética permite conocer el ingreso de nutrientes en individuos o poblaciones, y determinar su adecuación a los estándares de referencia.

Los indicadores alimentarios brindan información: cualitativa, como gustos, hábitos y rechazos alimentarios, tipo de alimentación, calidad en la preparación y manipulación de alimentos; semicuantitativa, obtenida a través de la frecuencia de

³ Jesica Lorenzo es Licenciada en Nutrición, de la Universidad de Buenos Aires. Autora, compiladora y revisora científica.

consumo por grupos de alimentos y cuantitativa, suministrada en los distintos tipos de recordatorios, registros y pesada de alimentos.

El objetivo de la evaluación bioquímica es confirmar deficiencias nutricionales específicas sugeridas por la evaluación clínica, antropométrica o dietaria. El denominador común de los indicadores bioquímicos es que requieren de alguna metodología de laboratorio para su realización, en la mayoría de los casos orina y sangre. La depleción de las reservas orgánicas precede a la manifestación de signos clínicos de las deficiencias nutricionales. En teoría, la evaluación bioquímica detecta estados de deficiencias subclínicas por medición de los niveles del nutriente, su metabolito o la proteína o enzima dependiente.

En cuanto a la evaluación clínica, esta comprende desde la valoración crítica de la historia personal hasta la búsqueda activa de signos de carencias. Sin embargo, la mayoría de los signos clínicos de las deficiencias de nutrientes son altamente inespecíficos, tardíos y subjetivos. El examen físico, detecta aquellos cambios que se creen relacionados con la nutrición inadecuada que pueden verse o sentirse en la superficie epitelial de los tejidos, como piel, ojos, cabello, mucosa bucal o en los órganos cercanos a la superficie corporal. Los indicadores clínicos son sensibles, de bajo costo y fáciles de obtener. El único requisito es la actitud atenta y entrenada del profesional de la salud.

La antropometría es la medición de segmentos corporales que, comparados con patrones de referencia, permiten realizar diagnóstico nutricional.

Las mediciones antropométricas establecen el tamaño y la composición del cuerpo, y reflejan la ingesta inadecuada o excesiva, el ejercicio insuficiente y las enfermedades.

Las medidas corporales reflejan el proceso de crecimiento. Sin embargo no hacen diagnóstico nutricional por si solas. Entre ellas se encuentran el peso corporal, la longitud corporal – talla, el perímetro cefálico, los pliegues cutáneos y la circunferencia del brazo

El peso corporal es la determinación más común por su práctica obtención y facilidad de comprensión para madres y trabajadores sanitarios. Sus únicos requisitos son una balanza sensible, calibrada y la precaución de pesar a los niños siempre con la misma cantidad de ropa o desnudos. El peso determina masa corporal, no sirviendo para discriminar composición corporal, pues es la suma de tejido magro, adiposo, óseo y otros componentes menores.

El término "Longitud corporal" se utiliza cuando los niños son medidos en decúbito supino, y talla o estatura, cuando son medidos en posición de pie, esta medida

solamente determina la longitud de los huesos. Los cambios de estura no pueden ser detectados en cortos períodos de tiempo, días o semanas, debido a que el error de medición puede ser similar al incremento experimentado durante esos cortos periodos.

El Perímetro cefálico mide el crecimiento de la calota craneana, expresión del crecimiento cerebral. Se ha considerado en niños menores de 24 meses un buen indicador de crecimiento, tanto en niños sanos como en desnutridos. Aproximadamente el 80% del tamaño del Perímetro cefálico del adulto se completa en los primeros 2 años de vida, por lo que esta medición puede detectar problemas de crecimiento hasta esa edad, luego sólo detecta secuelas.

Los pliegues cutáneos se toman en diferentes partes del cuerpo, mediante calibres especializados, como Harpenden o Lange. En los niños, preferentemente, en el área tricipital del brazo y subescapular. Estudios realizados de composición corporal demuestran que el pliegue cutáneo refleja con cierta fidelidad los cambios de grasa corporal total.

La medición de la Circunferencia del brazo incluye hueso, músculo, grasa y piel, es sencilla y se determina con cinta métrica inextensible. Es tomada en el punto medio del brazo y varía poco entre el año y los 6 años de edad. La combinación con la medición del pliegue del brazo permite estimar la masa muscular y la grasa en esa región.

Los indicadores antropométricos surgen de combinar una medida corporal con la edad o con otra medida. Los indicadores antropométricos más utilizados son: Peso/edad; Longitud corporal/edad; Peso/talla; IMC/edad.

El indicador Peso/edad, refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica. Es de fácil obtención, con escaso margen de error y no requiere medición de la talla. Permite detectar cambios tempranos, ya que los niños rápidamente reflejan en su peso cambios cotidianos de ingesta calórica, agua, actividad física o la existencia de algún tipo de injuria como enfermedades agudas. Una de sus desventajas es que no discrimina entre desnutrición aguda o retraso crónico del crecimiento y que depende del conocimiento exacto de la edad.

En cuanto al indicador Longitud corporal/edad, se sabe que la estatura alcanzada a una edad determinada refleja la vida previa de un niño, muestra el resultado final, la suma algebraica de todo su crecimiento previo. Los cambios de talla no son tan rápidos como los cambios de peso, por lo que la deficiencia de este indicador usualmente se interpreta como *detención del crecimiento o retraso crónico del crecimiento*. Sin embargo, es importante mencionar que la baja talla no indica la razón de que un individuo sea bajo, pudiendo reflejar una variación normal o un

proceso patológico. Cuando se utiliza el término retraso crónico del crecimiento, implica que la baja talla es patológica, reflejando un proceso de fracaso en realizar su potencial de crecimiento lineal como resultado de factores nutricionales y sanitarios adversos. Se recomienda utilizarlo con el indicador de Peso/Talla. Como desventaja, no determina situación actual del niño.

El indicador Peso/Talla, evalúa el peso corporal en relación con la talla. Su combinación permite inferencias trascendentes. Por un lado la estatura no se modifica en menos en el corto término, si lo hace con el tiempo en la medida en que las circunstancias desfavorables para el niño persistan. El peso puede afectarse fácilmente en circunstancias de enfermedad, o carencias alimentarias agudas o prolongadas, y recuperarse con rapidez cuando la noxa desaparece. Es un indicador utilizado para seleccionar niños emaciados, es decir, individuos que con un peso anterior normal pierden peso o niños en los cuales la progresión de altura es mayor que la progresión del peso, y para la clasificación de niños desnutridos entre emaciados y acortados. Esta relación representa el estado actual del niño y tiene en cuenta el riesgo de enfermar o morir. La desventaja es que no es adecuada para evaluar niños menores de 1 año, pues para cada medida de longitud corporal los niños menores tienden a ser más pesados que los niños mayores.

Por último el indicador IMC/edad, refleja el peso relativo con la talla para cada edad; con adecuada correlación con la grasa corporal. Se calcula con la división del peso sobre la talla² o bien más prácticamente el peso dividido por la talla, a su vez dividido por la talla. Su interpretación es similar a la mencionada para el peso talla, pero con más precisión.

Para el análisis de los indicadores descritos anteriormente la Organización Mundial de la Salud ha elaborado nuevas referencias de uso internacional que permiten valorar el crecimiento de lactantes y niños pequeños, de 0 a 5 años, realizadas a partir de un estudio multicéntrico llevado adelante en varios países.

Estos nuevos estándares de crecimiento, a diferencia de las referencias tradicionales de índole descriptiva, constituyen referencias normativas o prescriptivas, dado que establecen la forma en que niños y niñas deberían crecer, cuando se respetan condiciones favorables para su salud y nutrición (Buenos Aires, Gobierno de la Ciudad, 2010).⁴

⁴ La reformulación de la Guía Operativa del Programa Nutricional responde a la adopción de nuevas referencias para la evaluación nutricional mediante antropometría. El uso de estas referencias implica, además, cambios en el tipo de índices y criterios propuestos para la detección de problemas nutricionales por déficit o exceso. El Programa Nutricional se propone desarrollar acciones para preservar y mejorar el estado nutricional de la población materno-

Para una aproximación al diagnóstico nutricional, se propone utilizar:

Menores de 1 año: P/E

Mayores de 1 año: combinación de los índices IMC/E y Longitud/E.

Cuadro Nº 1: Criterios de evaluación nutricional

Niños menores de 1 año – Peso/edad		
< Percentilo 3	Percentilos 3-10	> Percentilo 10
Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normo peso

Niños mayores de 1 año – IMC/edad				
< Percentilo 3	Percentilos 3-10	Percentilos 10-85	Percentilos 85-97	> Percentilo 97
Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normo peso	Sobrepeso	Obesidad

Longitud corporal/edad	
< Percentilo 3	> Percentilo 3
Baja longitud	Normal

Fuente: Buenos Aires, Gobierno de la Ciudad, 2010

Cuadro Nº 2: Criterios de diagnóstico nutricional

IMC/edad	Talla/edad	
	Normal (\geq pc 3)	Baja (< pc 3)
IMC Bajo (< pc 3)	Bajo Peso	Bajo Peso con Baja Talla
IMC entre pc 3 y 10	Riesgo de Bajo Peso	Riesgo de Bajo Peso con Baja Talla
IMC Normal (entre pc 10 y 85)	Normal	Baja Talla
IMC (entre pc 85 y 97)	Sobrepeso	Sobrepeso con Baja Talla
IMC (> pc 97)	Obesidad	Obesidad con Baja

Fuente: Fisiopatología y Dietoterapia del Niño. Trabajos Prácticos, 2013.

infanto-juvenil que es asistida por los efectores del primer nivel de atención de la Ciudad, a través de la promoción de prácticas saludables de alimentación, prevención y atención integral de problemas nutricionales.

La evaluación del crecimiento mediante antropometría es una actividad que se desarrolla de manera sistemática en los controles de salud a niños, niñas, adolescentes y embarazadas. Su utilización está ampliamente aceptada por ser un método simple, válido y no invasivo para monitorear el estado nutricional.

Implica la toma de medidas corporales, como el peso, la talla, la circunferencia de cintura, la construcción de índices que establecen relaciones entre esas medidas, la edad y el sexo de la persona y, por último, la comparación con tablas de referencia. Esta comparación permite establecer si el crecimiento es adecuado o presenta algún parámetro alterado, que requerirá una evaluación clínica y la consideración de diferentes cursos de acción.

Desde la gestación y hasta los primeros 3 años -época de la mayor velocidad de crecimiento y desarrollo corporal y cerebral- el niño es susceptible de sufrir secuelas irreversibles ante el déficit de nutrientes críticos. La transición epidemiológica nutricional de la que forma parte Argentina -como el resto de América Latina- se caracteriza por una mayor prevalencia de retraso crónico del crecimiento (RCC) por sobre la desnutrición aguda, que coexiste con sobrepeso y obesidad y con carencia de nutrientes específicos, denominada "desnutrición oculta". El crecimiento es un proceso que resulta de la interacción entre la constitución genética del individuo y la influencia ambiental. El RCC es producto de una asociación de factores biológicos, psicológicos y sociales adversos, característicos de la pobreza, tales como: bajo peso de nacimiento vinculado a carencias energético-nutricionales maternas, bajo peso y baja talla, consumo de alcohol, tabaquismo, etc.; deficiencia energética, proteica, de ácidos grasos esenciales y de micronutrientes específicos, como cinc, azufre, hierro, vitaminas A y D, folato, entre otros, ante requerimientos nutricionales proporcionalmente elevados; infecciones recurrentes, resultado de un contexto de escasa higiene y de un sistema inmunológico deficiente a consecuencia de la desnutrición; deprivación afectiva y bajo nivel de instrucción de los padres (Gullerian, Guezikaraian & Olivo).⁵

⁵ El objetivo del trabajo fue valorar el estado nutricional de niños pobres de 0 a 14 años de barrios aledaños a Puerto Iguazú.

La nutrición adecuada durante la infancia y la niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño. Es bien reconocido que el período entre el nacimiento y los dos primeros años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos. Estudios longitudinales han comprobado consistentemente que esta es la edad pico en la que ocurren las fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos nutrientes y enfermedades comunes de la niñez. Después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falta de crecimiento ocurrida anteriormente (OPS, 2003).⁶

Así, el RCC no es un hecho aislado sino el emergente de un fenómeno mucho más complejo en el que el niño pierde paulatinamente la capacidad de alcanzar todo su potencial de crecimiento y desarrollo, tanto en lo físico como en lo mental. El resultado de la baja talla es un cuerpo más pequeño, que implica la posibilidad de supervivencia frente al hambre, pero con menos fuerza, lo que reduce la capacidad de trabajo físico. Asimismo, el menor desarrollo neurológico y psicológico determina un rendimiento intelectual disminuido, lo que va en detrimento de la escolarización. Estas condiciones aunadas limitan en el futuro, la inserción psicosocial y laboral del adulto (Gullerian, Guezikaraian & Olivo).

La coexistencia de condiciones de déficit, sobrepeso y obesidad e inadecuaciones alimentarias, constituyen los problemas centrales observados en niños menores de 6 años en la Argentina. Alrededor de uno de cada diez niños presenta baja talla y la obesidad se presenta con frecuencia similar (Durán, Mangialavori, Biglieri, Kogan & Gilardon, 2009).⁷ La obesidad infantil incrementa el riesgo de aparición de patologías crónicas en la edad adulta, como hipertensión, diabetes mellitus, hiperlipoproteinemia y enfermedades cardiovasculares, que condicionarán una menor esperanza de vida y un aumento en el deterioro de la calidad de vida, junto con un incremento del gasto sanitario, directo e indirecto (Hidalgo, Blanco & Garrido, 2007).⁸

⁶ Las guías descritas en el documento presentado por la OPS, son el resultado de extensas discusiones llevadas a cabo en varias consultas técnicas y documentos sobre alimentación complementaria (OMS/UNICEF, 1998; Consulta Técnica de la OMS/UNICEF sobre la Alimentación del Niño Pequeño, 2000; Consulta Mundial de la OMS sobre la Alimentación Complementaria, 2001; Academia para el Desarrollo Educacional, 1997; Dewey y Brown, 2002)

⁷ La ENNyS se realizó en una muestra probabilística, con representatividad provincial, regional y nacional según el indicador. Se estimaron los índices peso/edad, talla/edad y peso/talla, según OMS. Se valoró ingesta cuantitativamente y cualitativamente, y la distribución de hemoglobina, ferritina sérica, retinol plasmático y vitamina D, con su correspondiente prevalencia de déficit.

⁸ El estudio PONCE (Prevalencia de obesidad en niños de Ceuta) tuvo como objetivo conocer la dimensión epidemiológica de la obesidad infantil en Ceuta.

Niños obesos tienden a ser adultos obesos. Estudios han identificado una asociación consistente entre rápida ganancia de peso durante los primeros dos años de vida y obesidad en la niñez y vida adulta, en general, el riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad es dos a tres veces más alto en los niños que cruzan por lo menos un percentil mayor entre el nacimiento y el primer o segundo año de vida (Lizardo & Díaz, 2011).⁹

⁹ Adolfo, Enrique Lizardo es Médico General de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Alejandro Díaz es Médico Pediatra Endocrinólogo del Miami Children's Hospital en los Estados Unidos Americanos.



Capítulo III
Alimentación del niño
de 6 a 24 meses

En la alimentación infantil se pueden distinguir diferentes etapas, que merecen una consideración especial. Existe un período inicial de Lactancia Materna Exclusiva, seguido por un período de transición, donde comienzan a incorporarse alimentos distintos a la leche materna, llamado Alimentación Complementaria Oportuna, y por último un período de incorporación a las pautas familiares (Guías alimentarias para la población infantil, 2006).¹

La determinación de las etapas se basa en las necesidades nutricionales del niño, en su capacidad de ingestión, digestión y absorción, en el metabolismo y la capacidad de eliminación renal; sumado esto al desarrollo psicomotor del niño.

Durante el periodo inicial que va desde el nacimientos hasta los 6 meses de vida, el niño/a es capaz de succionar y deglutir, pero todavía no ha desarrollado la capacidad de digerir ciertas proteínas o de soportar cargas osmolares excesivas a nivel renal.

La leche humana es el mejor alimento y la mejor fuente de nutrición para el lactante, especialmente durante los primeros 6 meses de vida. Se recomienda, además, que se extienda hasta los 2 años de vida o más, con la adecuada complementación de otros alimentos.

El hecho de que la leche materna sea el alimento de elección en esta etapa se relaciona con su composición bioquímica, tanto en el aspecto cualitativo como cuantitativo, así como en relación con sus componentes peptídicos, inmunológicos y celulares. Esta capacidad funcional le confiere a la leche de mujer la condición de alimento específico para su especie, ideal para cubrir todas las necesidades en los primeros meses de vida.

La revalorización actual de la lactancia materna se ha centrado en las diferencias insuperables entre la leche de madre y la leche de vaca o fórmulas, tanto en los aspectos nutricionales, como en las características inmunológicas de protección de las infecciones, y su contenido en factores específicos de crecimiento y de protección respecto de ciertas patologías crónicas, como por ejemplo la hipercolesterolemia y la obesidad.

¹ Las Guías alimentarias para la población infantil surgen como una recomendación especial de las Guías alimentarias para la población argentina, editadas en el año 2000, considerando que los niños menores constituyen una población cuya alimentación requiere consejos específicos.

Además, es importante recordar que,

*“La lactancia es un proceso vital mediante el cual la madre provee un tejido vivo, que opera en un amplio espectro de intercambios, no sólo nutricionales, en respuesta a las demandas nutricionales, inmunológicas y emocionales específicas del recién nacido.”
(Lorenzo, 2007)²*

En el período que abarca desde los 6 a 12 meses de edad, período de transición, tanto la maduración digestiva como la maduración renal van progresando; avanza también la maduración neurológica. El niño/a adquiere la capacidad de digerir y absorber otros alimentos y es capaz de excretar cargas osmolares sin pérdidas excesivas de agua.

En este período el niño duplica el peso del nacimiento, pierde el reflejo de profusión y se siente solo; desarrolla capacidades y movimientos de coordinación para reconocer una cuchara y prensarla con sus labios; 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 en forma gradual la introducción de otros alimentos diferentes de la leche. Actualmente se prefiere la denominación de alimentación complementaria oportuna, en lugar de referirse a “destete” o “ablactación” utilizados en el pasado y que no son sinónimos. El término actual surge de la revalorización de la lactancia materna como alimento ideal para el inicio y los primeros meses de la vida, así como de la necesidad de no reemplazarla sino complementar su aporte, sumado a los de otros alimentos, a fin de cubrir los requerimientos nutricionales que se presentan a partir de los 6 meses de edad. Se agrega la calificación de oportuna en alusión al momento óptimo para la introducción de los alimentos.

La alimentación complementaria del niño debe estar orientada, tal como lo indica su nombre, no solamente a complementar la leche materna adecuada y oportunamente con todos los nutrientes que el niño necesita, sino también a lograr el desarrollo normal de la conducta alimentaria desde su más temprano inicio.

Se observan importantes errores en cuanto al tipo, textura y consistencia de los alimentos recomendados, que habitualmente se traducen en una baja densidad calórica.

A cierta edad se hace necesario complementar la alimentación láctea con diversas finalidades entre las que se destacan: aportar la energía, proteínas y demás

² Lorenzo Jessica es Licenciada en Nutrición de la Universidad de Buenos Aires. Actualmente se desempeña como Regional Scientific Manager en Abbott Nutrition y Jefe de Trabajos Prácticos en Universidad de Buenos Aires.

nutrientes que ya no se cubren sólo con la leche; estimular el desarrollo psicosensorial del niño; crear patrones de horarios y hábitos alimentarios; ayudar al desarrollo fisiológico de las estructuras de la cavidad orofaríngea y de los procesos masticatorios; promover la conducta exploratoria del niño; estimular el desarrollo psicoemocional del niño e integrarlo a la vida familiar. Se deberá prestar atención al orden, la exposición, la frecuencia, la viscosidad, la variedad, la higiene y los nutrientes, todo ello traducido en recomendaciones prácticas para los padres y acompañado de pautas acerca de cómo satisfacer, por medio de las comidas, las necesidades biológicas y sociales de los niños. En este punto se debe destacar que, por lo general, los primeros alimentos que recibe el menor están determinados por pautas culturales, mitos y creencias muy arraigados en la población, así como por cuestiones de accesibilidad.

La decisión acerca de cuándo iniciar la alimentación complementaria depende tanto de la edad cronológica del niño o niña, como de los signos que demuestren un desarrollo adecuado. Se debe tener en cuenta en cada caso la situación nutricional del menor, el tipo de alimentos disponibles y su accesibilidad económica, las condiciones sanitarias en que son preparados y ofrecidos, y la historia familiar de enfermedades alérgicas.

La capacidad digestiva durante el primer año de vida depende de la eficiencia con que madura el aparato digestivo, tanto en los aspectos motores como enzimáticos. Entre los primeros debemos recordar que el cardias adquiere su tonicidad normal cerca de los tres meses, por lo que puede esperarse cierto grado de reflujo hasta esta edad. El reflejo gastrocólico suele estar presente y se puede manifestar más intensamente en los niños amamantados.

Alrededor de los 6 meses empieza la erupción dentaria, que indica mayor madurez funcional: progresan el uso de la musculatura masticatoria y la percepción sensorio – espacial de la lengua y los labios; la función deglutoria pasa de ser instintiva y refleja a ser una deglución somática; el reflejo de extrusión se extingue progresivamente y se desarrolla la discriminación de nuevas texturas, sabores, olores, colores, temperaturas y consistencias en los distintos alimentos. A partir de todos estos cambios, el niño puede manifestar preferencias o rechazos, lo cual debe ser considerado relevante, en especial frente a la incorporación progresiva de alimentos no lácteos y, de esta forma, evitar que el niño o la niña rechace los alimentos nuevos.

El inicio adecuado de la alimentación complementaria resulta imprescindible para el lactante ya que después de los seis meses de edad necesita mayor cantidad de nutrientes que la leche materna. Los nuevos alimentos prepararan el terreno para el consumo de los alimentos sólidos que el lactante compartirá con la familia, esta

situación involucra a dos personas: al lactante que las consume y la madre que los prepara, es por este motivo que esta última persona tiene un papel importante en este proceso.

Destacar esto es importante ya que la incorporación tanto temprana como tardía de la alimentación complementaria puede tener repercusiones sobre la salud y estado nutricional de los niños (Jiménez Huaman, 2008).³

La inmadurez neuromuscular es un factor asociado a problemas de deglución, los lactantes que reciben alimentación complementaria antes del sexto mes pueden presentar accesos de tos al momento de ser alimentados y en ocasiones se observan signos de dificultad respiratoria lo que sucede cuando una pequeña fracción de papilla deglutida alcanza la glotis del niño. Otro problema radica cuando ha saciado su hambre, lo cual puede conducir a que sea sobrealimentado por su madre.

Existen riesgos a corto plazo en la implementación temprana de la alimentación complementaria. La introducción de alimentos diferentes a la leche materna, disminuye la frecuencia e intensidad de la succión y como consecuencia de la producción láctea. En la mayoría de los casos el valor nutricional del alimento complementario será menor que el de la leche materna, y por lo tanto, el niño se encontrará en desventaja.

Otro riesgo a corto plazo está relacionado con la carga renal de solutos del lactante durante los primeros meses de edad. El menor presenta cierta inmadurez renal lo cual impide concentrar la orina con la misma eficiencia de niños mayores o del adulto. En esta situación, la introducción de alimentos con exceso de solutos aunado a eventuales pérdidas extrarenales de agua, como sucede con la diarrea, puede ocasionar una deshidratación hipertónica como consecuencia grave en el sistema nervioso central. Existe un mayor riesgo de caries dentales con la introducción de jugos o aguas endulzadas a temprana edad, sobre todo cuando estos alimentos son suministrados con biberón, cuando existe una exposición prolongada de los dientes a líquidos que contengan hidratos de carbono, se desarrolla un patrón característico de destrucción dentaria.

Otro problema importante es el síndrome diarreico agudo, se observa sobre todo en los lugares marginados de países subdesarrollados, donde las inadecuadas condiciones de higiene aumentan el riesgo de contaminación de los alimentos. Por este motivo es de suma importancia mantener una adecuada higiene durante la preparación de los alimentos para reducir al mínimo el riesgo de contaminación por

³ Tesis sobre el Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza, realizada en Lima, Perú en el año 2008.

microorganismos patógenos. La potabilidad del agua es otro punto importante a destacar, en zonas donde el suministro de esta no sea posible se debe instruir a la población sobre las técnicas de potabilización de la misma.

Las prácticas de alimentación complementaria inadecuadas pueden tener un impacto negativo en la salud a largo plazo, al crear hábitos de alimentación que conducen a prácticas dietéticas indeseables, las que a su vez condicionan problemas de salud.

En caso contrario, si la alimentación complementaria empieza después de los 6 meses de edad, el niño no recibirá suficiente alimentación y puede ser más difícil el periodo de adaptación a nuevas consistencias, texturas y sabores de los alimentos. El niño podría estar recibiendo insuficiente energía para apoyar un óptimo crecimiento y desarrollo, tener dificultad para la aceptación de otros alimentos, y la incorporación tardía, también aumenta el riesgo de malnutrición y deficiencia de micro nutrientes, principalmente el hierro.

Los alimentos complementarios son definidos por la Organización Mundial de la Salud como:

“Cualquier alimento sólido o líquido con aporte de nutrientes, incorporado en el momento de la alimentación complementaria diferentes a la leche materna”.

Desde el punto de vista nutricional, la alimentación complementaria tiene la finalidad de asegurar una ingesta energético – proteica y de micronutrientes acorde con los requerimientos propios de la edad.

Establecer estos requerimientos resulta a veces dificultoso porque existe una variación natural de la ingesta de leche materna y varían también las concentraciones de energía y nutrientes en la misma leche. Las características que debe reunir la alimentación complementaria son:

Una densidad energética mayor de 60 kcal/100 gr. Si partimos de la base de que la lactancia materna aporta 65 kcal/100 gr., la cantidad de energía requerida del “alimento complementario” oscila entre 65 y 80 kcal./100 gr. Esto no es fácil de alcanzar en la primera etapa de introducción de los alimentos. Algunas papillas, según cuáles sean sus componentes principales, resultan de baja densidad energética. Por ejemplo, el puré de zapallo o zanahoria es un alimento “hipocalórico”. También se destaca la baja densidad de nutrientes en muchos alimentos líquidos como jugos, sopas, y caldos de escaso valor nutricional.

Otro requerimiento es la adecuada proporción de proteínas de origen animal. Dado que las proteínas de origen vegetal presentan deficiencias de aminoácidos

esenciales como lisina en el trigo y maíz; treonina en el arroz; metionina en la soja, se recomienda que las proteínas de origen animal representen el 45% del aporte total de proteínas. Respecto del porcentaje de calorías aportadas por las proteínas se recomienda que sea alrededor del 9% en los menores de 1 año, y de un 5-6% en los mayores de 1 año, para que las proteínas cumplan con su función plástica específica.

También deben tenerse en cuenta las grasas totales, las cuales deben representar más del 30% del Valor Calórico Total. La grasa tiene suma importancia para lograr una adecuada composición corporal y, fundamentalmente, el desarrollo del sistema nervioso central, asimismo, para alcanzar el aporte requerido de energía. No es recomendable limitar la cantidad o el tipo de grasas de la alimentación durante los dos primeros años de vida. La restricción de grasas durante los dos primeros años de vida puede traer consecuencias indeseables para el crecimiento y desarrollo, y no ofrece ventajas respecto de la prevención de enfermedades crónicas. Los aceites y grasas, especialmente vegetales, deben añadirse en pequeña cantidad a la comida, ya que aportan una buena cantidad de energía en poco volumen de alimento y, además, brindan sabor y palatabilidad agradables a las comidas.

En cuanto a los Hidratos de Carbono Complejos, cuando se introducen alimentos semisólidos, aumenta el aporte de hidratos de carbono; se recomienda que este aumento no sea sólo a expensas de azúcares simples, azúcar, dulces y otros, ya que estos pueden inducir hábitos inadecuados relacionados con el gusto, así como el exceso de peso. En consecuencia, hay que priorizar los alimentos con Hidratos de Carbono complejos, tales como tubérculos, cereales y legumbres, que además aportan otros nutrientes a la alimentación.

Durante este periodo no es recomendable aumentar la fibra dietética. Durante los dos primeros años de vida el aporte de fibra no debe ser elevado, ya que esto puede interferir en la absorción de algunos micronutrientes tales como el hierro, el zinc y también el calcio. Por esta razón se recomienda evitar las preparaciones con harina integral y las cáscaras de legumbres. Además, la fibra aumenta el volumen de la dieta y disminuye la densidad energética en forma proporcional a su contenido. El aporte no debe superar 1 g/100 g de alimento, 1%, durante los 2 primeros años de vida. Cantidades mayores pueden limitar la absorción de micronutrientes críticos por la acción del ácido fítico contenido en los alimentos de origen vegetal como cereales integrales y legumbres (Sociedad Argentina de Pediatría, 2001).⁴

⁴ Documento producto del trabajo de profesionales del área de Nutrición, pertenecientes a instituciones de distintas áreas del país convocados por el Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría.

El alto contenido de fitatos de la fibra vegetal es la principal causa de la baja absorción de calcio, hierro y zinc de las dietas vegetarianas. El contenido de fitatos puede ser disminuido sustancialmente a través de la fermentación, la germinación y el remojo.

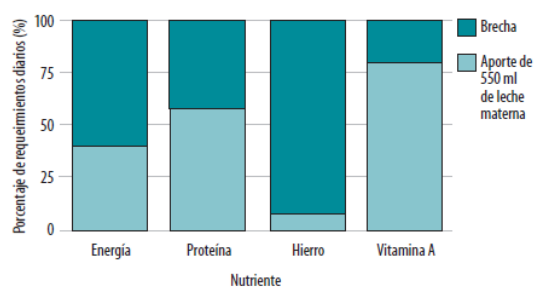
Es muy importante la adecuada concentración y biodisponibilidad de hierro. Este mineral es el micronutriente más deficitario, especialmente en niños y embarazadas. Esta situación casi siempre obedece a una baja ingesta del mismo en relación con los altos requerimientos, el consumo de hierro de baja biodisponibilidad o las pérdidas aumentadas. Para prevenir esta deficiencia se recomienda estimular el consumo de alimentos fuente de hierro hemínico, y asociar la ingesta de alimentos con hierro no hemínico a la de otros alimentos que contengan ácido ascórbico y/o carnes. También se deben evitar aquellas sustancias que bloquean la absorción, como los taninos y las xantinas, presentes en el café, té y el mate. Se sugiere también la indicación de lactancia materna y alimentos apropiados para la edad fortificados con hierro, así como la suplementación medicamentosa a partir del 4^o mes.

Para prevenir la deficiencia de hierro, a partir de los 6 meses, la OMS recomienda introducir pequeñas cantidades de carne; aumentar la ingesta de vitamina C brindando purés de vegetales y frutas; prolongar la lactancia materna durante 2 años; usar lácteos fermentados; utilizar alimentos fortificados con hierro.

En el cuadro pueden observarse las brechas a ser llenadas por la alimentación complementaria, para un niño/a de 12-23 meses que recibe lactancia materna.

Cuadro N°3 ⁵

Brechas a ser llenadas con la alimentación complementaria, para un niño o niña de 12–23 meses que recibe lactancia materna



Fuente: OMS, La alimentación del lactante y el niño pequeño

Los alimentos que contienen gluten: harina de trigo, avena, cebada y centeno, se introducen hacia finales del 6^o mes. En caso de que existan antecedentes familiares de enfermedad celíaca se recomienda postergar la introducción hacia los 9 meses o más.

Ciertos alimentos poseen indicaciones especiales, ya que pueden ser alérgenos potenciales. Tal es el caso de la yema/huevo, se pueden incorporar a los 6 meses, si no hay antecedentes de alergia en la familia; el pescado puede incorporarse desde el 7^o mes, con las recomendaciones de preparación adecuadas si no hay antecedentes de alergia.

Para niños con alto riesgo de desarrollar alergia, promover lactancia materna exclusiva o utilizar fórmula hipoalérgicas. En estos casos, se indica retrasar la incorporación de productos lácteos hasta el año de edad; la incorporación de huevos hasta los 2 años, y la incorporación de maníes, nueces y pescado, hasta los 3 años de edad.

No es aconsejable adicionar sal a las comidas, ya que el contenido natural de sodio de los alimentos es suficiente para satisfacer las necesidades de los niños y niñas. Por lo tanto, se desaconseja el agregado de sal en las comidas, así como la

⁵ En la tabla se muestra que las brechas de energía, proteína, hierro y vitamina A requieren ser cubiertas mediante la alimentación complementaria, para un niño de 12–23 meses de edad. La parte clara de cada barra muestra el porcentaje de las necesidades diarias que puede ser aportado mediante un promedio de ingesta de 550 ml de leche materna. La parte oscura de la barra muestra la brecha que debe ser completada mediante los alimentos complementarios.

ingesta de alimentos con alta cantidad de sal tales como enlatados, embutidos, fiambres, productos de copetín, o los que contienen ciertos compuestos de sodio como conservadores, tales como caldos en cubitos y sopas deshidratadas. La ingesta aumentada de sodio puede provocar sobrecarga renal de solutos. Por otra parte, el consumo de sal agregada durante la niñez condiciona la instalación de hábitos alimentarios poco saludables para la edad adulta, en que existe una estrecha relación entre el alto consumo de sodio y la hipertensión arterial.

Otro factor a tener en cuenta durante la implementación de la alimentación complementaria es aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los mismos. Los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los 6 meses de edad. A los 8 meses, la mayoría de niños también pueden consumir alimentos que se pueden comer con los dedos. A los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia. Los alimentos semisólidos o purés son necesarios al comienzo, hasta que aparezca la habilidad de mordisquear, es decir, de realizar movimientos de la mandíbula hacia arriba y abajo, o masticar.

Es importante que los lactantes se acostumbren a lo largo de su desarrollo, a los distintos cambios de consistencia, de papilla a semisólido y finalmente sólido. Los resultados de varios estudios demuestran que a los 12 meses, la mayoría de los niños ya puede consumir los alimentos familiares de consistencia sólida, aunque muchos aún reciben alimentos semisólidos, presumiblemente porque pueden consumirlos más eficientemente y por ende, significa una demanda más baja del tiempo requerido para alimentarlos. Algunas pruebas sugieren que existe una “ventana crítica” de tiempo para introducir alimentos sólidos “grumosos”: si estos no se introducen antes de los 10 meses de edad, es posible que aumente el riesgo de dificultades durante la alimentación en el futuro (Lamas, 2012).⁶ También resulta importante realizar una oferta reiterada (10-12 veces) de los alimentos nuevos con el fin de lograr la aceptación de los mismos y evitar la neofobia, ya que de lo contrario puede resultar una alimentación monótona donde pueden aparecer carencias (Wilson Daza & Silvana Dadán).⁷

Para lograr un aporte nutricional adecuado por medio de los alimentos complementarios, es necesario tener siempre en cuenta dos elementos importantes:

⁶ Guía de práctica clínica. Alimentación complementaria para el niño sano entre los 6 meses y los dos años.

⁷ Alimentación complementaria en el primer año de vida.

en primer lugar establecer número y frecuencia de las comidas y en segundo lugar, establecer la densidad calórica de las mismas.

Cuadro N° 4: Número de comidas diarias recomendadas de acuerdo a la edad

Edad	Número de comidas diarias	Densidad calórica (kcal/g)
Hasta los 6 meses	Leche materna a demanda	
6 – 7 meses	1 a 2 Leche materna + 1 comida inicial	0,93
7 – 8 meses	Leche materna + 2 ó 3 comidas	0,79
9 – 23 meses	Leche materna + 3 ó 4 comidas	0,73

Fuente: Guías alimentarias para la población infantil, Ministerio de Salud de la Nación, 2006.

La miel debe evitarse hasta el año de vida ya que puede ocasionar botulismo en el lactante, cuyo intestino está inmaduro.

La utilización de soja en forma de porotos, harinas o bebible de soja es un tema controvertido en pediatría. Existen factores negativos de la soja en la alimentación infantil por los que su consumo se considera especialmente contraindicado para menores de 2 años (Marcandares, 2011).⁸

Los cuestionamientos para la utilización de la soja en la alimentación infantil están sustentados en: el alto contenido de fibra; el déficit de aminoácidos azufrados, metionina y cistina, en las etapas de crecimiento rápido, de 0 a 2 años; los factores inhibidores de tripsina, que pueden afectar la digestión y absorción de las proteínas si no están adecuadamente inactivados; la presencia de isoflavonas, cuyos efectos estrogénicos se cree que pueden ser responsables de telarca precoz y el adelanto de los eventos puberales en niñas, o ginecomastia en niños, y producir anomalías inmunológicas; las bebidas de soja formulados con jugos ácidos (como los cítricos) y azúcares representan un factor de riesgo de caries y erosión dentaria en niños; el patrón de composición mineral de la soja presenta una relación calcio – fósforo inadecuada, que puede ocasionar complicaciones de mineralización ósea en niños pequeños.

Se debe tener en cuenta 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 alimentos.

⁸Actualización de recomendaciones nutricionales para distintos grupos etarios.

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

Es conveniente decirle a la madre o cuidador del niño que los alimentos que ella utiliza para la comida familiar pueden ser la base de una buena papilla.

Los tubérculos como la papa, batata y mandioca y los cereales como el arroz, maíz, trigo, entre otros, son buenos alimentos siempre y cuando se preparen espesos como purés, y se combinen adecuadamente.

Los alimentos de origen animal contienen proteínas de alta calidad. Además, algunos de ellos, como todas las carnes incluyendo el pollo, el pescado, el hígado, las partes cremosas de la morcilla, contienen mucho hierro. Resultan indispensables para favorecer el crecimiento y el desarrollo y, a la vez, para la prevención de anemias nutricionales. Si estos alimentos están disponibles en el hogar, es importante incluirlos en una pequeña cantidad, 2 cucharadas soperas de carne triturada, diariamente o por los menos 3 veces por semana.

En cuanto a las legumbres, las arvejas, lentejas, y otras son muy nutritivas si se combinan con cereales como arroz, maíz, trigo, o con tubérculos, en una relación de dos porciones de cereal por una de legumbres. Proporcionan hierro, aunque de menor biodisponibilidad que el de origen animal; no obstante, son una fuente de proteínas. Pueden ser incluidas en la alimentación entre el 7º y el 8º mes, en purés, tamizadas y sin piel. A partir del año pueden consumirlas enteras y naturalmente, también pueden utilizarse sus respectivas harinas.

Las frutas y verduras, de variados tipos y colores, deben ser parte de la alimentación del niño. Siempre se ofrecerán limpias, frescas; al principio, se presentarán cocidas y luego crudas en forma de puré, pisadas, o en jugos acompañando las comidas. A medida que el niño crece, podrán ser crudas y cortadas en trocitos pequeños.

Es conveniente aportar cada día una fruta y una verdura amarilla, anaranjada o de color verde oscuro para garantizar el aporte de sus vitaminas y minerales.

Para proveer alimentos complementarios que cubran con los requerimientos nutricionales, las prácticas alimentarias, en particular la frecuencia y el estilo de alimentación para aumentar la ingesta, son determinantes de un adecuado crecimiento.

Se debe destacar que, por lo general, los primeros alimentos que recibe el niño están determinados por pautas culturales, mitos y creencias muy arraigadas en la población, así como por cuestiones de accesibilidad, la educación materna, en un

amplio contexto de fuerzas sociales, políticas y económicas. Los cambios económicos que disminuyen la seguridad alimentaria o impiden el acceso a servicios de salud y sanidad pueden provocar efectos adversos en el cuidado de los niños.

En Argentina, donde la mayoría de los cuidadores de los niños consultan al equipo de salud con frecuencia durante el primer año de vida, a los factores antes citados deben agregarse los conocimientos propios del equipo de salud, elementos ambos que merecen ser trabajados en conjunto.

Es necesario que las madres adopten prácticas óptimas de lactancia materna y que las madres o personas encargadas de velar por los niños adopten prácticas óptimas de alimentación complementaria, para asegurar el crecimiento y desarrollo apropiado de los lactantes y niños pequeños. Aunque las decisiones de las madres o personas responsables del cuidado de los niños son las que finalmente determinan cómo será alimentado el lactante y niño pequeño, estas decisiones no ocurren aisladamente, sino que reflejan el ambiente inmediato y general en el cual se toman y llevan a cabo las decisiones (OPS, 2003).⁹

El periodo de incorporación de las pautas familiares comienza alrededor del primer año de vida del niño y se prolonga hasta los 6 – 8 años de edad. A partir de este momento, puede afirmarse que los mecanismos fisiológicos han alcanzado prácticamente la maduración y la eficiencia de un adulto. En consecuencia, si en este período se establecen hábitos alimentarios saludables, éstos pueden persistir a lo largo de toda la vida.

La nutrición, pues, especialmente durante los primeros años, constituye una inversión a largo plazo sobre la salud y la calidad de vida de todas las personas.

Un número importante de padres refiere problemas con la alimentación de sus hijos. Se estima que en un 25-30% de las consultas pediátricas se plantean dificultades en este sentido. Por eso, todo el equipo de salud debe estar informado, a fin de poder contener y dar información y consejos a estos padres, evitando que el problema se agrave con el tiempo.

En esta etapa la velocidad de crecimiento disminuye, lo que produce un descenso relativo de las necesidades nutricionales, en relación al peso. El apetito del niño/a está orientado a satisfacer las necesidades energéticas, así a medida que incrementa la densidad energética y la consistencia de los alimentos, disminuye el volumen ingerido y se produce una disminución fisiológica del apetito.

⁹ Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado.

A esta edad el menor se adscribe paulatinamente a los horarios de alimentación del resto de la familia. Un niño/a con un buen estado nutritivo, debe realizar 4 comidas principales, desayuno, almuerzo, merienda y cena.

El momento de las comidas debe ser compartido, toda vez que se pueda, con el resto del grupo familiar, con la máxima frecuencia que permitan las actividades del grupo y las necesidades de alimentación y del ciclo sueño-vigilia del menor. La participación del niño/a en su propia comida y en la del grupo familiar debe representar, para todos, una experiencia de socialización positiva, que de ninguna manera se asocie a reproches, castigo o imposiciones, pero tampoco a gratificaciones que vayan más allá de la experiencia placentera de alimentarse.

La participación del pequeño en actividades sociales de los adultos, en conjunto con la televisión y otros medios de comunicación, afectan la oferta y consumo de alimentos y contribuye a establecer patrones de vida sedentarios desde la infancia. Existen en el mercado productos de alta densidad calórica, con elevado contenido de grasas, azúcar y/o sal, como golosinas, alimentos fritos, gaseosas y otros, que producen saciedad y llevan al rechazo de las comidas regulares, con inapetencia aparente, que genera angustia en los padres o cuidadores; es deseable evitar este tipo de alimentos. El consumo habitual de estos alimentos deteriora la calidad de la dieta y favorece el desarrollo de obesidad, caries dentarias y otras enfermedades propias de los tiempos actuales, como enfermedades crónicas no transmisibles del adulto.

Desde el punto de vista fisiológico, la erupción dentaria continúa y con ella aumenta progresivamente la madurez de las funciones bucales, aparecen los primeros molares, con lo cual está en condiciones de comer una alimentación de mayor consistencia. Solamente cuando el niño/a tiene todos los molares, mayores de 2 años, está en condiciones de masticar adecuadamente alimentos enteros, blandos, los que siempre deben ser incorporados paulatinamente. Es necesario también, que ejercite los labios para lograr el cierre bucal normal, lo que se facilita permitiéndole que coma trozos de alimentos blandos manejados con sus propias manos y también enseñarle a beber de un vaso sin que derrame líquido. No olvidar que debe y quiere aprender la mecánica de la alimentación para hacerse autosuficiente con respecto al acto de alimentarse (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2005).¹⁰

¹⁰ El Ministerio de Salud, conformó una Comisión de Expertos de la Rama de Nutrición de la Sociedad Chilena de Pediatría, quienes en conjunto con el Departamento de Nutrición y Ciclo Vital de este Ministerio, revisaron la evidencia científica disponible en alimentación del lactante, y desarrollaron la actualización de la "Norma de Alimentación del Niño(a) menor de 2 años".

Indudablemente, la leche materna es el alimento ideal durante los primeros meses de vida por las innumerables ventajas que representa para el niño por sus características nutricionales, inmunológicas, psicoafectivas, económicas, etc. Sin embargo, existen circunstancias especiales que hacen necesario buscar otras alternativas de alimentación para complementar o suplir la lactancia materna.

Para las situaciones donde no es posible brindar lactancia materna, existen dos alternativas para la alimentación del lactante. La primera son las fórmulas artificiales basadas en leche de vaca modificada, cuya composición procura ser semejante a la de la leche materna y que se conocen como Fórmulas de Inicio, para lactantes de 0 a 6 meses y Fórmulas de Continuación, para lactantes de 6 a 12 meses. La segunda alternativa, en caso de no tener acceso a las fórmulas infantiles, es la utilización de la leche entera de vaca modificada. La leche entera de vaca no es la opción más apropiada para lactantes, de hecho la Academia Americana de Pediatría no recomienda su uso durante el primer año de vida. Sin embargo, existen situaciones especiales donde su uso puede ser indicado.

Debido a que la leche de vaca sin modificaciones es inadecuada para los lactantes menores de un año, ya que tiene una concentración excesiva de proteínas, calcio, fósforo y sodio y además es deficiente en ácidos grasos esenciales, vitamina C, E y D, es que se realizan modificaciones en su composición con el objetivo de mejorar el perfil energético, corregir el exceso proteico y de ciertos minerales, fundamentalmente los determinante de la excesiva carga renal de solutos de la leche de vaca. De todas formas, pese a estas modificaciones, prevalecen deficiencias que son imposibles de mejorar mediante la adaptación, como es el caso del hierro, zinc, y ciertas vitaminas, que deben ser aportadas mediante suplementación en la dieta del niño. Se recomienda siempre utilizar leche entera, ya sea en polvo o fluida.



Diseño metodológico

El presente trabajo según el periodo y la frecuencia del estudio es de tipo transversal ya que se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

Según el análisis y alcance de los resultados, la investigación es descriptiva. Se busca determinar “cómo es” o “cómo está” la situación de las variables que se estudian en una población. Permite evaluar las características de las variables a analizar, su comportamiento y de esta forma valorar la magnitud del problema.

La población a ser estudiada está conformada por las madres de niños de 6, 8, 12, 15, 18 y 24 meses que concurren a los controles de un plan federal destinado a mejorar la cobertura de salud y la calidad de la atención de mujeres embarazadas y niños menores de 6 años, en un centro de salud de la ciudad de Mar del Plata.

La muestra serán 120 madres de niños de 6, 8, 12, 15, 18 y 24 meses que asisten a dichos controles.

A continuación se exponen los criterios de inclusión y exclusión del presente trabajo:

- Criterios de inclusión
 - Madres de niños de 6, 8, 12, 15, 18 y 24 meses de edad
 - Madres de niños que acuden a los controles de un centro de salud de la ciudad de Mar del Plata.
- Criterios de exclusión
 - Madres que rechacen participar en la encuesta
 - Madres de niños con edades que no correspondan al intervalo anteriormente mencionado.
 - Madres de niños con enfermedad metabólica congénita; enfermedades crónicas diagnosticadas que pudieran asociarse con el deterioro del estado nutricional como cardiopatías congénitas, enfermedad renal, parálisis cerebral, alteraciones neurológicas y niños de muy bajo peso al nacer (inferior a 1500 gramos); enfermedades que requieran una alimentación específica.

De acuerdo a la bibliografía existente sobre métodos de evaluación cualitativos se consideró pertinente para realizar la evaluación de dicha variable la utilización de la entrevista estructurada, la cual será grabada para su posterior análisis. En el caso de las prácticas alimentarias, las mismas serán evaluadas mediante un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas.

Este procedimiento se llevará a cabo contando previamente con el consentimiento informado de las madres de cada niño.

Las variables seleccionadas para el trabajo son:

- Creencias alimentarias
- Prácticas alimentarias
- Estado nutricional del niño
- Características socio-demográficas (edad materna, nivel de instrucción materna, ocupación materna, paridad)
- Percepción materna del estado nutricional de sus hijos

Definición conceptual y operacional de variables

Creencias alimentarias

Definición conceptual

Generalizaciones que las personas hacen o dicen, en relación con los alimentos. Para muchos individuos y comunidades pueden ser parte de herencias que se van transmitiendo de generación en generación. Se forman a partir de ideas, experiencias y emociones (Romo, 2010).¹

Definición operacional

Generalizaciones que las madres participantes en el estudio hacen o dicen, en relación con los alimentos. Se indagará a través de una entrevista con preguntas abiertas sobre:

- Importancia que las madres participantes en el estudio atribuyen a la lactancia materna.
- Edad considerada por las madres participantes en el estudio hasta la cual es necesario continuar con la lactancia materna.
- Edad que consideran las madres participantes en el estudio como óptima para incorporar alimentos distintos a la leche.
- Opinión que tienen las madres participantes en el estudio sobre la conducta de repetir la exposición a un mismo alimento hasta que este sea aceptado.
- Opinión que tienen las madres participantes en el estudio sobre cómo debe alimentarse su hijo para crecer saludablemente.
- Frecuencia diaria con la que las madres participantes en el estudio consideran que su hijo debe comer.

¹ Estudio en el que se identificaron creencias alimentarias, en usuarios de dos centros de salud de la Comuna Pedro Aguirre Cerda de la Región Metropolitana de Santiago de Chile.

Prácticas alimentarias

Definición conceptual

Conjunto de acciones y relaciones sociales que se estructuran en torno al acto central de la ingesta de sustancias alimenticias que puede o no estar relacionado a la perpetuación del organismo vivo (Marschoff).²

Definición operacional

Conjunto de acciones y relaciones sociales que se estructuran en torno al acto central de la ingesta de sustancias alimenticias que puede o no estar relacionado a la perpetuación del organismo vivo. Los datos se tomarán mediante un cuestionario con preguntas cerradas en el que se evaluará: (Lactancia Materna) (Alimentación complementaria) (Elaboración de alimentos) (Cantidad de comidas que se realizan por día)

- Lactancia Materna

Definición conceptual

Proceso vital mediante el cual la madre provee un tejido vivo que opera en un amplio espectro de interacciones, no sólo nutricionales, sobre la diada madre-hijo en respuesta a las demandas nutricionales, inmunológicas y emocionales específicas del recién nacido (Lorenzo, et al., 2007).³

Definición operacional

Proceso vital mediante el cual la madre provee un tejido vivo que opera en un amplio espectro de interacciones, no sólo nutricionales, sobre la diada madre-hijo en respuesta a las demandas nutricionales, inmunológicas y emocionales específicas del recién nacido.

La lactancia materna puede ser:

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

² Como toda práctica social, constituye la materialización de discursos acerca de la alimentación que a su vez se encuentran imbricados en discursos más amplios o generales de una determinada sociedad en un momento dado.

³ Actualización bibliográfica realizada por docentes de la Escuela de Nutrición de la Universidad de Buenos Aires.

Se evaluará si la madre se encuentra amamantando al momento de realizar el estudio y con qué frecuencia. También se preguntará si alguna vez lo hizo y hasta qué edad, en caso de que no se encuentre brindando lactancia al momento de la entrevista. Si el niño/a es alimentado con fórmulas o leche de vaca se indagará acerca de la reconstitución y administración de las mismas.

- Alimentación complementaria

Definición conceptual

Periodo durante el cual otros alimentos o líquidos son provistos al niño pequeño, juntamente con la lactancia materna (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006).⁴

Definición operacional

Periodo durante el cual otros alimentos o líquidos son provistos al niño pequeño, juntamente con la lactancia materna.

Se evaluará la edad en la que se incorporó el primer alimento en la dieta del niño. A su vez se indagará sobre los distintos tipos de alimentos incorporados en la dieta del menor y quién es el encargado de su alimentación.

- Elaboración de alimentos

Definición conceptual

Acto mediante el cual un alimento es sometido a operaciones o procesos alimentarios que modifican su presentación, sus caracteres organolépticos o su composición. Durante estas operaciones o estos procesos los alimentos que constituyen la materia prima pueden adicionarse o no a otros ingredientes con o sin valor nutritivo (Ordenanza Bromatológica Municipal del Departamento de Florida).⁵

Definición operacional

Acto mediante el cual un alimento es sometido a operaciones o procesos alimentarios que modifican su presentación, sus caracteres organolépticos o su composición.

Se evaluarán los métodos de cocción principalmente utilizados en el hogar.

Pueden ser: Cocción al vapor, cocción en horno, fritura, plancha, hervido, parrilla. También se evaluará el agregado de grasa o aceite a la comida del niño, como, grasa, manteca, aceite, margarina, mayonesa, así como también el agregado de sal a la misma.

- Número de ingestas diarias

Definición conceptual

Momentos del día en los cuales distintos alimentos son incorporados al organismo

⁴ Guías alimentarias para la población infantil. Consideraciones para los equipos de salud

⁵ Capítulo I: Definiciones.

Definición operacional

Momentos del día en los cuales distintos alimentos son incorporados al organismo. En los niños de 6 a 12 meses se evaluará la cantidad de veces al día que los mismos ingieren alimentos distintos a la leche materna, mientras que en los niños de 12 a 24 meses se evaluará la cantidad de comidas principales que los mismos realizan por día.

Estado nutricional

Definición conceptual

Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes (Alimentación y nutrición).⁶

Definición operacional

Situación en la que se encuentran los niños participantes en el estudio en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Se evaluará el peso y la longitud corporal. Luego se compararán los datos obtenidos con las tablas (OMS, 2006)⁷ correspondientes, para determinar el estado nutricional del niño según los estándares de referencia.

- Peso

Definición conceptual

Mide la masa corporal total. Esta medida indica la situación actual y no permite discriminar si la misma es el resultado de situaciones presentes o pasadas.

Definición operacional

Este dato se tomará de la historia clínica del paciente, luego de ser pesado por la enfermera.

- Longitud corporal

Definición conceptual

Determina la longitud de los huesos largos. En los niños de hasta 1 año 11 meses y 29 días debe medirse la longitud corporal en decúbito supino. Desde esa edad en adelante se medirá la estatura en posición de pie.

Definición operacional

Este dato se tomará de la historia clínica del paciente, luego de ser medido por la enfermera.

⁶ Página conformada por nutricionistas, clínicos y sociólogos interesados en difundir sus conocimientos sobre alimentación y nutrición.

⁷ Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento.

Para la evaluación se considerarán los Parámetros de Crecimiento de la OMS:

- Menores de 1 año: P/E
- Mayores de 1 año: combinación de los índices IMC/E y LC/E.

Niños menores de 1 año – Peso/edad		
< Percentilo 3	Percentilos 3-10	> Percentilo 10
Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normo peso

Niños mayores de 1 año – IMC/edad				
< Percentilo 3	Percentilos 3-10	Percentilos 10-85	Percentilos 85-97	> Percentilo 97
Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normo peso	Sobrepeso	Obesidad

Longitud corporal/edad	
< Percentilo 3	> Percentilo 3
Baja longitud	Normal

Fuente: Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad, 2010

Características socio-demográficas

- Edad de la madre

Definición conceptual

Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento (Larousse Editorial, 2007).⁸

Definición operacional

Edad que auto reporten las madres participantes en el estudio.

- Nivel de instrucción de la madre

Definición conceptual

Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Se corresponden con las necesidades individuales de las etapas del proceso psico-físico-evolutivo articulado con el desarrollo psico-físico social y cultural (INDEC).⁹

Definición operacional

El grado académicamente alcanzado que auto reporten las madres participantes en el estudio. Los niveles de educación son: Primario Completo o incompleto, secundario completo o incompleto, terciario y universitario.

⁸ Diccionario Manual de la Lengua Española.

⁹ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

- Paridad

Definición conceptual

Número de hijos (Calvo, 2003).¹⁰

Definición operacional

Número de hijos que auto reporten las madres participantes en el estudio.

Percepción materna del estado nutricional de sus hijos

Definición conceptual

“Valoración que el individuo hace a partir de la información sensorial que ha adquirido, al ver y escuchar los patrones significativos forjados en la infancia, desde lo cultural y social.”

La distorsión de la imagen corporal, se produce cuando la representación mental del cuerpo no coincide con el cuerpo real que está siendo representado (Giordano & Sartori, 2012).¹¹

Definición operacional

Valoración que las madres participantes del estudio hacen a partir de la información sensorial que han adquirido, al ver y escuchar los patrones significativos forjados en la infancia, desde lo cultural y social. Se evaluará la percepción materna sobre el estado nutricional de su hijo mediante la prueba de “Percepción por palabras” (PP).

¹⁰ Estudios sobre nutrición en menores de 3 años

¹¹ La prevalencia de sobrepeso y obesidad en la infancia ha aumentado en estas últimas décadas. La percepción distorsionada de las madres sobre la imagen corporal y los hábitos alimentarios de sus hijos son predictores de sobrepeso y obesidad.

A continuación se presentan el consentimiento informado y la encuesta utilizada para la recopilación de datos:

Nombre de la evaluación:

Creencias y prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses.

Se me ha invitado a participar de la siguiente evaluación, explicándome que consiste en la realización de una encuesta nutricional; la misma servirá de base a la presentación de la tesis de grado sobre el tema arriba enunciado, que será presentado por Ma. Carolina Rolandi, estudiante de Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad FASTA. Dicha encuesta consiste en la realización de una serie de preguntas y la toma de datos sobre el peso y talla del menor. La misma no provocará ningún efecto adverso hacia mi persona, ni implicará algún gasto económico. Es necesario que se utilice una grabadora de voz, cuyo contenido será sólo utilizado para dicha investigación. Los resultados que se obtengan serán manejados de forma anónima. La firma de este consentimiento no significa la pérdida de ninguno de los derechos que legalmente me corresponden como sujeto a la investigación, de acuerdo a las leyes vigentes en la Argentina.

La decisión de participar es voluntaria.

Desde ya se agradece su colaboración.

En mi carácter de madre, habiendo sido informada y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar en la Encuesta "Creencias y prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses".

FECHA:

FIRMA:

Fecha:

Nº de encuesta:

Nº de Historia clínica del niño/a:

Evaluación antropométrica

1. Sexo: F M
2. Control (meses): 6 8 10 12 15 18 24
3. Edad (meses):
4. Fecha de nacimiento:
5. Peso:
6. Longitud Corporal:
7. IMC:
8. Diagnóstico nutricional:

Datos socio-demográficos

9. Edad de la madre:
10. Número de hijos:
11. ¿Fue al colegio? SI () NO ()
12. ¿Hasta qué nivel?

Nivel	Completo	Incompleto
a. Primario		
b. Secundario		
c. Terciario		
d. Universitario		

13. ¿Tiene trabajo actualmente? SI () NO ()

14. ¿De qué trabaja? _____

Percepción materna sobre el estado nutricional de su hijo

15. ¿Cómo describiría el peso de su niño/a en este momento?

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| a. Muy bajo peso () | d. Con Sobrepeso () |
| b. Bajo peso () | e. Con mucho Sobrepeso () |
| c. Peso Normal () | |

Prácticas alimentarias

16. ¿El niño/a es amamantado? SI () NO ()
Si es no, pasar a la pregunta N° 18

17. ¿Cuántas veces al día?

- | | |
|-------------------------------------|------------------|
| a. Menos de siete veces por día () | d. A demanda () |
| b. Siete veces al día () | e. Otro: |
| c. Doce veces al día () | |

18. ¿El niño/a fue amamantado alguna vez? SI () NO ()
Si es no, pasar a la pregunta N° 20

19. ¿Hasta qué edad fue amamantado?

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| a. Menos de 6 meses () | d. Hasta los dos años () |
| b. Hasta los 6 meses () | e. Otro |
| c. Hasta el año () | _____ |

20. El niño/a es alimentado con leche materna de alguna otra manera que no sea mediante el pecho (mamadera, cuchara, taza) SI () NO ()

21. ¿Cuál fue el motivo por el que no amamantó o dejó de amamantar a su hijo/a?

- | | |
|---|---|
| a. Me quedé sin leche () | g. Quedé embarazada () |
| b. El/la bebé no aumentaba de peso () | h. Me enfermé () |
| c. Tuve que salir a trabajar () | i. El/la bebé se enfermó () |
| d. Ya no lo necesitaba () | j. Es la edad a la que dejó el anterior () |
| e. Me lo indicó el médico () | k. Es adoptado/a () |
| f. Me aconsejaron (familiar / amiga / vecina) que debía dejar () | l. No se prendió () |
| | m. Otros |
- _____

22. El niño/a es alimentado con alguna leche diferente a la leche materna

SI () NO () Si es no, pasar a la pregunta N° 28

23. ¿Cuál?

- | |
|--|
| a. Leche de vaca entera () |
| b. Leche de vaca semidescremada () |
| c. Leche de vaca descremada () |
| d. Fórmula infantil (especificar cuál) : _____ () |

24. ¿Cómo la prepara?

25. ¿Posee agua potable? SI () NO ()

32. ¿Qué método de cocción utiliza con mayor frecuencia?

- | | | | | | |
|----|---------|-----|----|----------|-----|
| a. | Horno | () | d. | Hervido | () |
| b. | Fritura | () | e. | Parrilla | () |
| c. | Plancha | () | f. | Vapor | () |

**33. ¿Le agrega grasas o aceites a la comida del niño/a? SI () NO ()
¿Cuál?**

- | | | | | | |
|----|---------|-----|----|-----------|-----|
| a. | Aceite | () | c. | Mayonesa | () |
| b. | Manteca | () | d. | Margarina | () |

34. ¿Le agrega sal a la comida del niño/a? SI () NO ()

35. ¿Cuántas comidas por día realiza el niño/a? (sin contar la leche materna)

- | | | | | | |
|----|-----------|-----|----|-------------|-----|
| a. | A demanda | () | e. | 4 comidas | () |
| b. | 6 comidas | () | f. | 3 comidas | () |
| c. | 2 comidas | () | g. | Otro. _____ | |
| d. | 5 comidas | () | | | |

36. ¿Quién le da de comer al niño/a?

- | | | | | | |
|----|-----------|-----|----|------------|-----|
| a. | Madre | () | d. | Abuela/o | () |
| b. | Padre | () | e. | Otro _____ | |
| c. | Hermano/a | () | | | |

Creencias alimentarias

37. ¿Qué opinión tiene sobre la importancia de amamantar a su hijo/a?

38. ¿Qué piensa acerca de la edad hasta la cual se debe dar el pecho?

39. ¿Cuál es su opinión sobre la edad adecuada para incorporar alimentos distintos a la leche?

40. Si su hijo prueba un alimento nuevo y no le gusta ¿Qué piensa que debería hacer?

41. ¿Cómo cree que debe alimentarse su hijo/a para crecer saludablemente?

42. ¿Qué opinión tiene acerca de la cantidad de veces que su hijo/a debería comer?



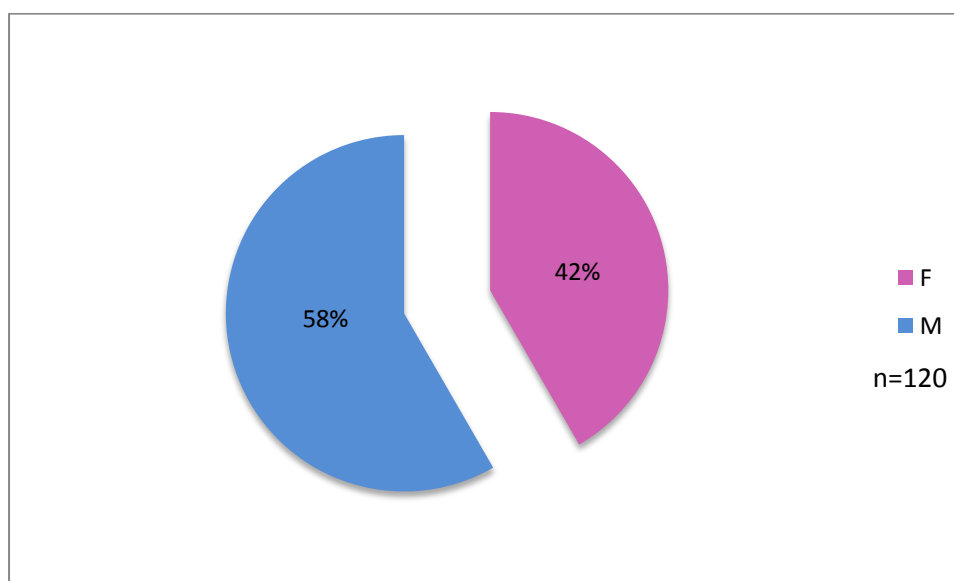
Análisis de datos

Para el desarrollo de la presente investigación se utiliza como método de recolección de datos una encuesta con preguntas abiertas y cerradas con el fin de recabar información acerca de diversas prácticas alimentarias que llevan a cabo un grupo de 120 madres de niños de 6 a 24 meses, que asisten a los controles pediátricos del centro de salud N° 2 de la ciudad de Mar del Plata. Como parte de este instrumento de recolección de datos se realiza una frecuencia de consumo, con el fin de obtener información sobre consumo de alimentos y diversidad alimentaria. Asimismo, la encuesta indaga acerca de aspectos sociodemográficos, tales como edad, sexo, paridad, nivel de educación y ocupación.

En este trabajo también se realizan entrevistas estructuradas e individuales a las madres para conocer sus creencias en cuanto a lactancia materna, alimentación complementaria y hábitos alimentarios.

A continuación se detalla la distribución por sexos de los niños:

Gráfico N° 1: Distribución según sexo de los niños

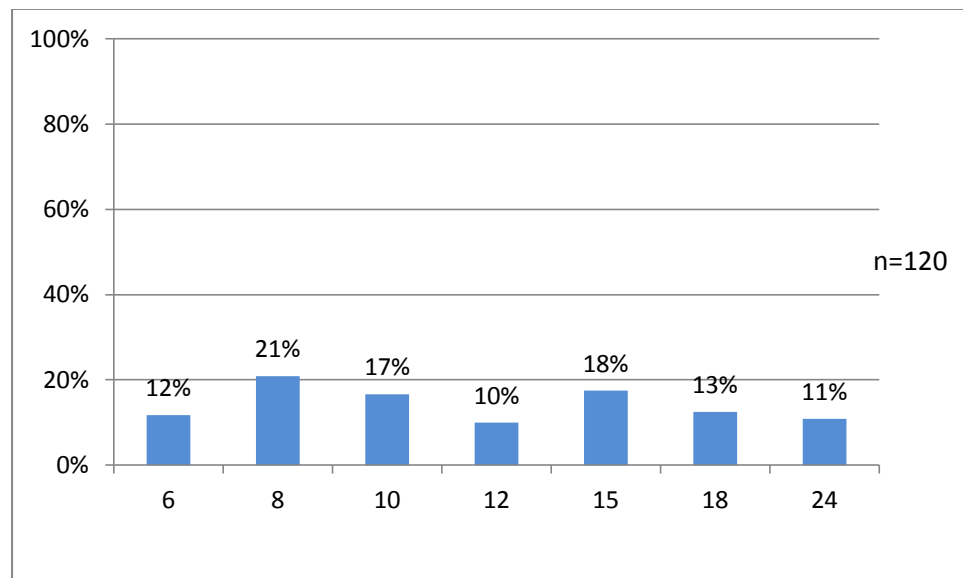


Fuente: Elaboración propia

Se puede observar a través del presente gráfico que el porcentaje de niños varones de la muestra es ligeramente superior al de mujeres.

En el siguiente gráfico se observa la distribución de la muestra de acuerdo al mes correspondiente al control pediátrico:

Gráfico N° 2: Distribución de la muestra de acuerdo al mes de control pediátrico

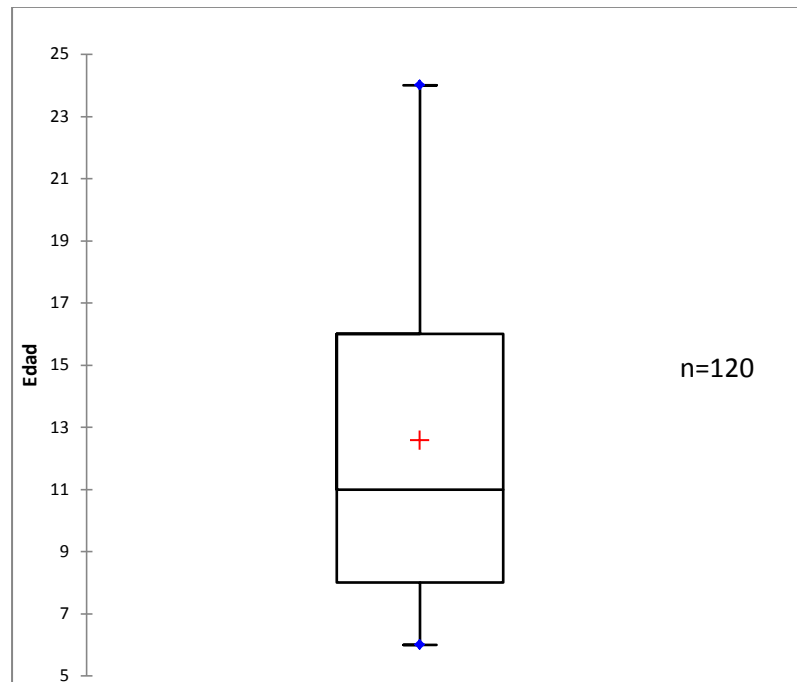


Fuente: Elaboración propia

Podemos observar que hay una distribución relativamente homogénea de la muestra en los distintos controles, siendo levemente superior la cantidad de niños que asistieron a los controles correspondientes a los 8, 10 y 15 meses.

Al indagar las edades específicas de cada niño, se obtienen los siguientes resultados:

Gráfico N° 3: Distribución etaria de la muestra de niños



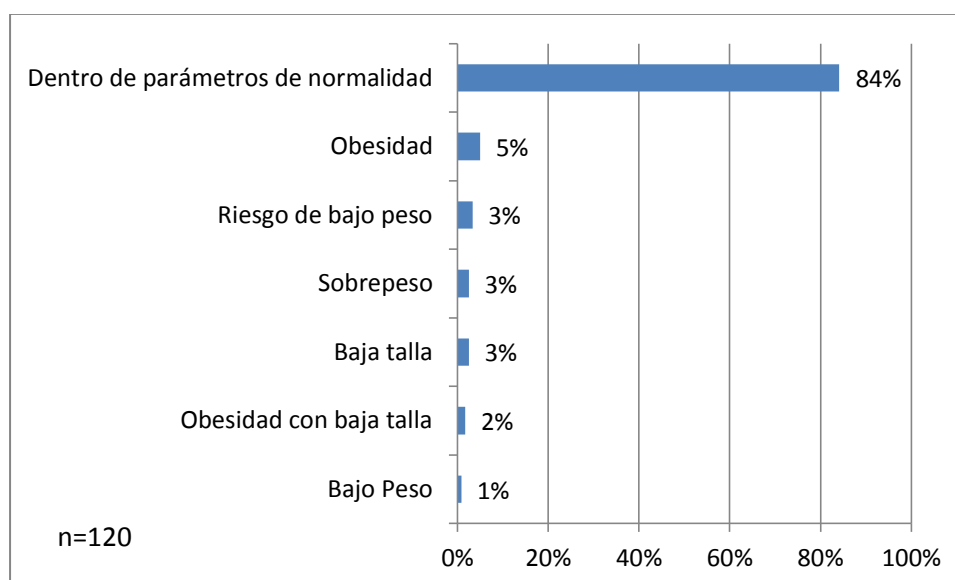
Fuente: Elaboración propia

El gráfico anterior se desarrolla debido a que las edades de los niños varían en mayor o menor grado dentro del control correspondiente.

Al analizar el gráfico, podemos ver que el intervalo de edades queda comprendido entre los 6 y 24 meses, donde el 50% central de los datos se corresponde con las edades de 8 a 16 meses. La mediana de la muestra representa un valor de 11 meses y la media de 12 meses y medio. La distribución es asimétrica positiva, ya que los datos se concentran en la parte inferior de la distribución.

Al tomar los datos de peso y talla de los niños durante los distintos controles pediátricos, se obtienen los siguientes resultados:

Gráfico N° 4: Estado nutricional de los niños



Fuente: Elaboración propia

Si observamos el gráfico, podemos ver que el 84% de los niños se encuentra dentro de los parámetros de normalidad, mientras que un 5% de la muestra presenta obesidad y en porcentajes iguales encontramos niños con riesgo de bajo peso, sobrepeso y baja talla.

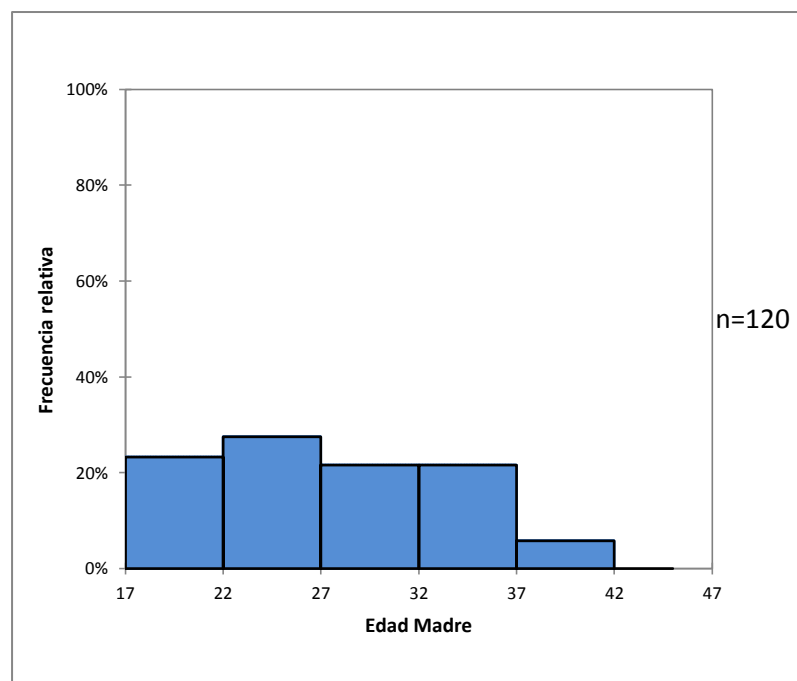
La baja talla junto con la obesidad, son tanto por su prevalencia como por su repercusión sobre el futuro y calidad de vida, los principales problemas nutricionales de la niñez argentina. El retraso de crecimiento de origen social es prácticamente irreversible y el potencial de crecimiento perdido en los primeros dos años de vida es muy difícil de recuperar, de allí la importancia de su prevención. Durante el periodo de mayor crecimiento y, por consiguiente, con mayores necesidades nutricionales, la transición de la lactancia materna a la dieta familiar constituye un momento de particular riesgo para la aparición de carencias (Lorenzo, Guidoni, Díaz, Marenzi, et al, 2007). Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares (OMS).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad obtenida en la presente investigación es baja, lo cual puede hablar del importante trabajo de prevención que realiza el equipo de salud del centro N°2, donde además del seguimiento puntual de cada paciente se brindan charlas informativas donde se dan lineamientos a los padres para el crecimiento y desarrollo óptimo de sus hijos, como también de la cobertura brindada por el Plan NACER y el Programa Materno Infantil.

En cuanto a los niños diagnosticados con baja talla, es importante destacar que no se realizaron cálculos teniendo en cuenta la talla de los padres (blanco genético), por lo que cabe la posibilidad de que se esté calificando con Retraso Crónico del Crecimiento a niños que crecen de acuerdo a su potencial genético.

A continuación se exponen los datos correspondientes a la distribución etaria de las madres que participaron en la muestra:

Gráfico N° 5: Distribución etaria de las madres



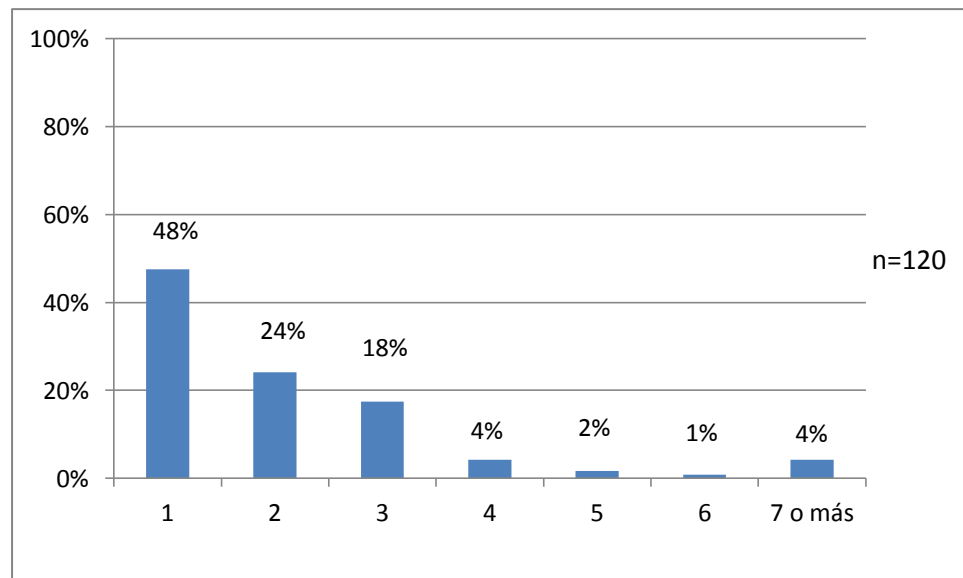
Fuente: Elaboración propia

A través del gráfico anterior podemos observar que las edades de las madres se encuentran comprendidas dentro un intervalo que va desde los 17 a 42 años, donde el valor de la media corresponde a los 27 años. El mayor porcentaje de la muestra (28%) está representado por madres con edades que van desde los 22 a 27 años, siendo

similar la distribución porcentual de las madres con edades comprendidas entre los 17 y 22 años (23%), entre 27 y 32 años (22 %) y entre 32 y 37 años (22%).

Seguidamente se indaga sobre la cantidad de hijos que tienen cada una de las madres encuestadas. Los resultados se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 6: Distribución de la muestra según cantidad de hijos

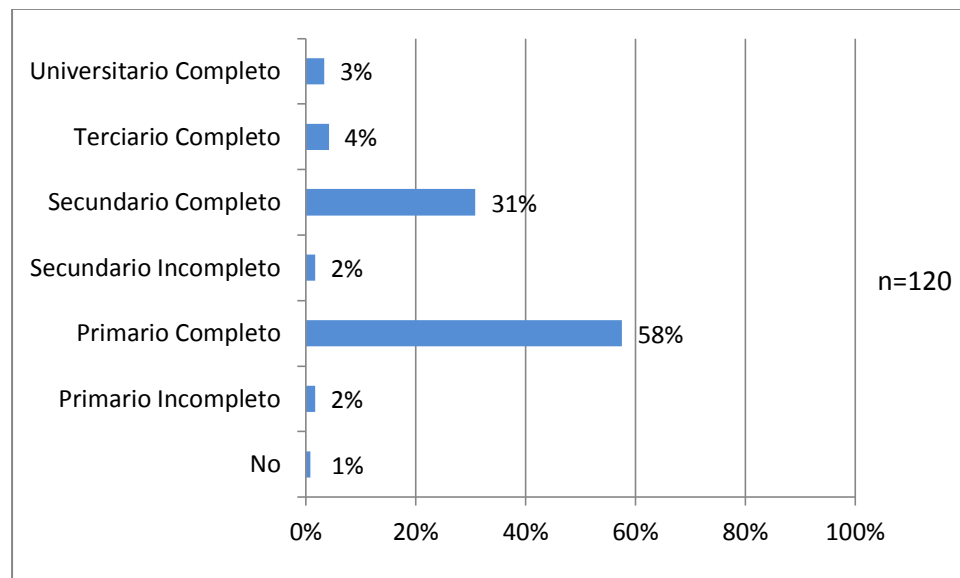


Fuente: Elaboración propia

Aquí se observa que la paridad de acuerdo a los datos tomados, es baja. El 48% de las madres posee un solo hijo, mientras que el 24% y el 18% poseen 2 y 3 hijos, respectivamente. El 11% restante se encuentra conformado por valores de 4 a 7 o más hijos.

En cuanto al nivel educativo de las madres, lo datos arrojados fueron los siguientes:

Gráfico N° 7: Distribución de la muestra según escolaridad



Fuente: Elaboración propia

En el presente gráfico se observa que el 58% de las madres han alcanzado el nivel primario de escolarización, viendo afectada su inserción en el mercado laboral formal, dada la mayor exigencia de títulos de nivel medio y superior. En segundo lugar encontramos que un 31% ha concluido el nivel secundario. Es importante destacar que un mínimo porcentaje, solo el 1% de la muestra, no posee escolarización alguna.

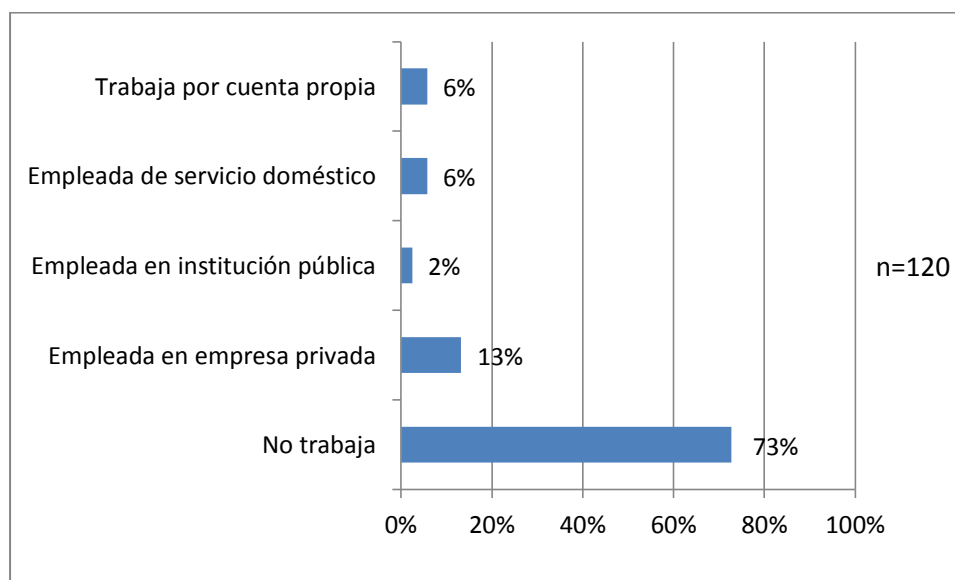
Se ha demostrado que el nivel educativo tiene gran influencia sobre el patrón alimentario el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y familias. UNICEF considera que la alfabetización y progresión en niveles educativos por parte de la mujer, específicamente de la madre, es un factor importante para el desarrollo infantil (Tejada, González de Tineo, et al, 2005)¹.

¹ Miren de Tejada Lagonell es Psicólogo Clínico – Investigador. Centro Clínico Nutricional. Instituto Nacional de Nutrición. Profesor Asistente Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

América González de Tineo se desempeña como Médico Pediatra - Nutriólogo. Centro Clínico Nutricional. Instituto Nacional de Nutrición.

A continuación, se presentan mediante el siguiente gráfico los resultados obtenidos al momento de indagar sobre la ocupación de las madres que participaron de este estudio:

Gráfico N° 8: Distribución de la muestra según ocupación



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se puede observar que hay un alto porcentaje de desocupación entre las madres participantes en el estudio. Del 27% que trabaja, lo hace en trabajos precarios, caracterizados por baja remuneración, inestabilidad y ausencia de protecciones laborales y previsionales. Podemos ver que la mayor parte son empleadas de una empresa privada, que al indagar en profundidad la mayoría corresponden a fábricas de pescado, y en segundo lugar empleadas de servicio doméstico y trabajadoras por cuenta propia.

Al preguntar a las madres sobre cómo creían que se encontraban sus hijos en relación a su peso, se obtienen los siguientes resultados, que se comparan con los valores correspondientes al diagnóstico nutricional establecido previamente. Cabe destacar que debido a que el instrumento utilizado para evaluar la percepción materna del estado nutricional de sus hijos pregunta sobre el peso de los mismos y no incluye las mismas categorías que las pertenecientes al diagnóstico nutricional, algunas han sido contabilizadas dentro de otras. Así es como los niños con obesidad y baja talla se encuentran dentro de la categoría “Obesidad”, los niños con Baja talla dentro de un peso “Normal”, mientras que los niños en riesgo de bajo peso fueron contabilizados como niños con “Bajo Peso”.

Tabla N° 1: Percepción materna del estado nutricional de su hijo

Estado nutricional / Percepción materna	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Mucho sobrepeso
Bajo Peso	2	3	0	0
DPN	13	89	2	0
Sobrepeso	0	2	1	0
Obesidad	0	6	1	1

Fuente: Elaboración propia

Mediante el análisis de la tabla podemos decir que, la mayor parte de las madres tienen una percepción correcta del peso de sus hijos, sin embargo, de total de chicos que se encuentran dentro de los parámetros de normalidad, las madres de 13 de ellos los perciben con bajo peso.

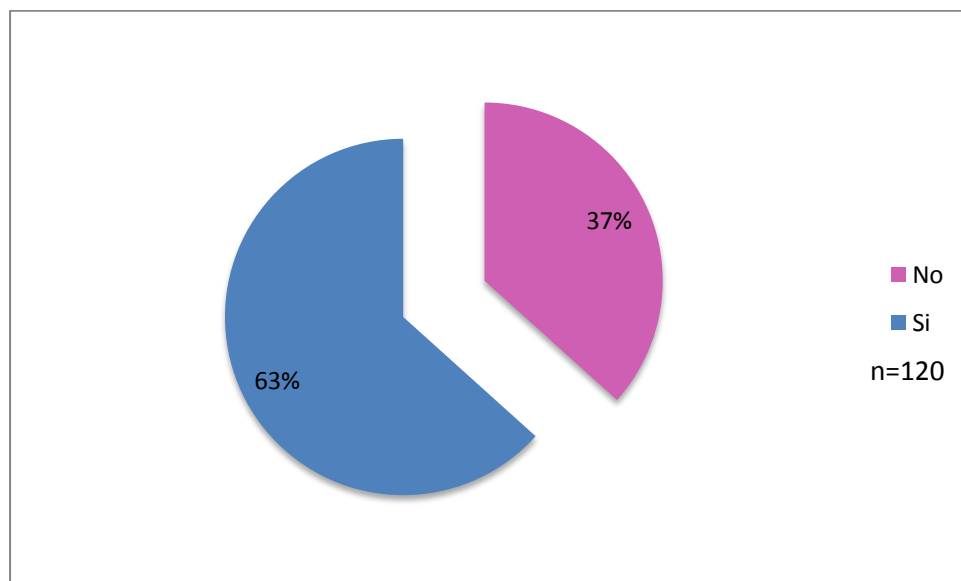
De los 5 niños que poseen un estado nutricional deficitario, 3 de ellos son percibidos por sus madres como niños con un peso normal, aumentando el riesgo del menor a sufrir carencias con repercusiones en su crecimiento y desarrollo. En el caso de los niños con sobrepeso y obesidad, la mayoría de las madres no evidencian esta problemática.

Se puede observar a través de la presente tabla una ligera tendencia de las madres a subestimar el estado nutricional de sus hijos. Se han realizado numerosos estudios que afirman que la percepción de la imagen corporal que tienen las madres

respecto a sus hijos es un factor de riesgo que aumenta la prevalencia de una mala nutrición ya sea por exceso o por déficit (López & Sánchez, 2010)².

A continuación se presentan mediante un gráfico las respuestas obtenidas luego de preguntar a las madres si se encontraban amamantando al momento de realizar la encuesta:

Gráfico N° 9: Distribución de la muestra según Lactancia Materna



Fuente: Elaboración propia

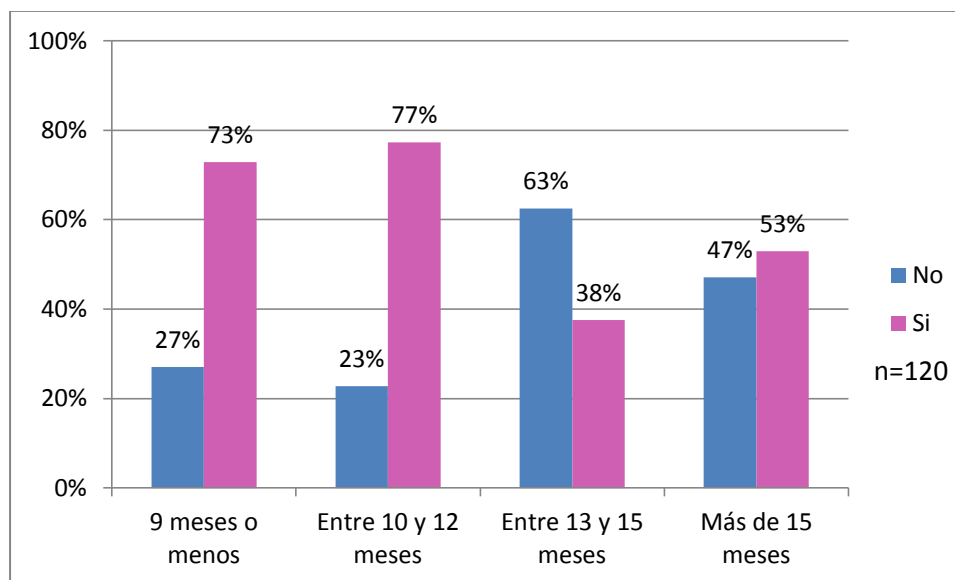
Del total de madres encuestadas el 63% continuaba brindando lactancia materna luego de los 6 meses de edad de su hijo.

Esta práctica tiene una correlación positiva con la creencia acerca del valor que las madres atribuyen al acto de amamantar.

² Tesis de grado sobre Percepción de la imagen corporal que tienen las madres respecto a sus hijos para optar por el título de Licenciado en Enfermería.

Al comparar las respuestas obtenidas en el gráfico anterior con las edades de los niños presentes en cada control, se obtiene el siguiente gráfico:

Gráfico N° 10: Distribución de la muestra según edades de Lactancia Materna



Fuente: Elaboración propia

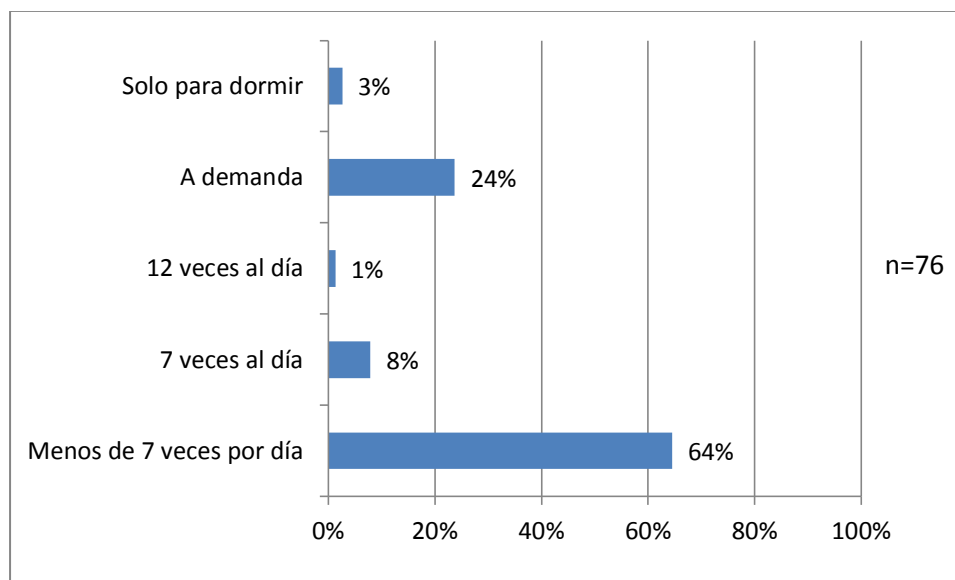
Al mirar el gráfico observamos que desde los 6 hasta los 9 meses de edad de los niños, es elevada la cantidad de madres que se encuentran dando de lactar, lo mismo sucede con los niños entre 10 y 12 meses, mientras que en el caso de niños de 13 a 15 meses esta tendencia se invierte. Las últimas columnas representan a los niños de más de 15 meses, donde podemos ver que el porcentaje de madres que continuaban amamantando es ligeramente mayor al de aquellas que no lo hacían.

Los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, muestran que si bien el inicio de la Lactancia Materna en el país es alto, su continuidad descende aproximadamente un 50% entre los 12 y 14 meses de edad, mientras que en este grupo particular un 53% de las madres continúan amamantando luego de los 15 meses de edad.

En líneas generales y teniendo en cuenta los resultados expuestos en el gráfico anterior, podemos decir que la lactancia materna es una práctica frecuente y continuada dentro de este grupo de madres.

El siguiente gráfico muestra la frecuencia con la que las madres amamantan a sus hijos a lo largo del día:

Gráfico N° 11: Frecuencia de amamantamiento



Fuente: Elaboración propia

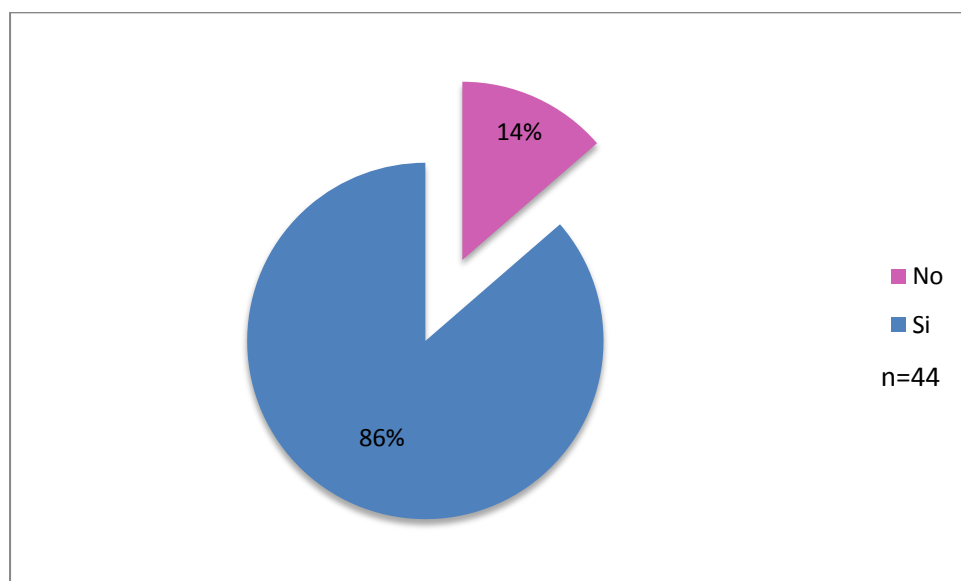
Podemos ver que la mayor parte de las madres encuestadas amamantan con una frecuencia menor a 7 veces por día, sin embargo un porcentaje importante continúa brindando lactancia a libre demanda. En los Principios de Orientación para la Alimentación complementaria de la OMS, se sugiere continuar con lactancia materna frecuente y a demanda hasta los dos años de edad o más, mientras que en las Guías de Alimentación para la Población Infantil del gobierno de la Nación Argentina se sugiere brindar al niño aproximadamente 7 tomas diarias de leche materna entre los 6 y 12 meses y disminuir a 5 tomas después del año. La leche materna continúa aportando nutrientes de calidad, así como factores protectores. Es una fuente crítica para la provisión de energía y nutrientes durante la enfermedad y reduce la mortalidad entre los niños desnutridos (OMS, 2010)³. Sin embargo, al indagar con mayor profundidad, se ha encontrado que en este grupo de madres la elevada frecuencia de tomas de leche materna disminuye el consumo de otros alimentos por parte de los

³ Capítulo Modelo que reúne el conocimiento esencial sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño que los profesionales de la salud deberían adquirir como parte de su formación básica. Enfoca las necesidades nutricionales y las prácticas alimentarias en niños menores de 2 años de edad – el período más crítico para la nutrición del niño, luego del cual el crecimiento inadecuado es difícil de ser revertido.

niños, por lo que podría llegar a presentarse un inadecuado aporte de nutrientes y energía, razón por la cual los pediatras de la institución recomiendan ir disminuyendo gradualmente la frecuencia de amamantamiento.

En la presente investigación se evaluó si las madres que no se encontraban amamantando al momento de realizar la entrevista lo habían hecho en algún momento. Los resultados se muestran a continuación:

Gráfico N°12: Madres que alguna vez amamantaron

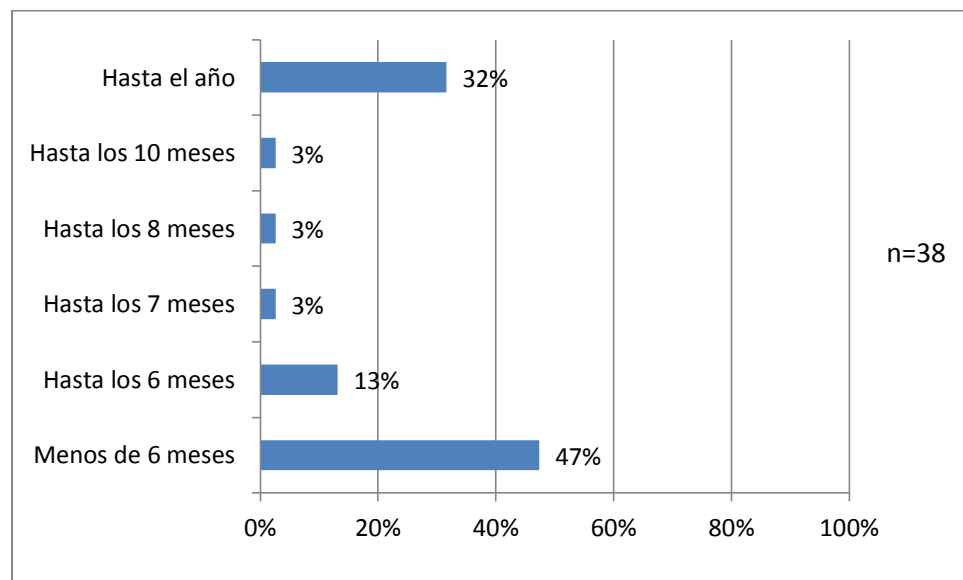


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico anterior podemos ver que de las madres que no se encontraban amamantando cuando se realizó la toma de datos, el 86% lo habían hecho en algún momento.

El gráfico que se presenta a continuación muestra la edad hasta la cual se brindó lactancia materna, dentro del grupo de madres que no amamantaban al momento de realizar el cuestionario, pero sí lo habían hecho en algún momento:

Gráfico N°13: Edad hasta la cual se brindó Lactancia Materna

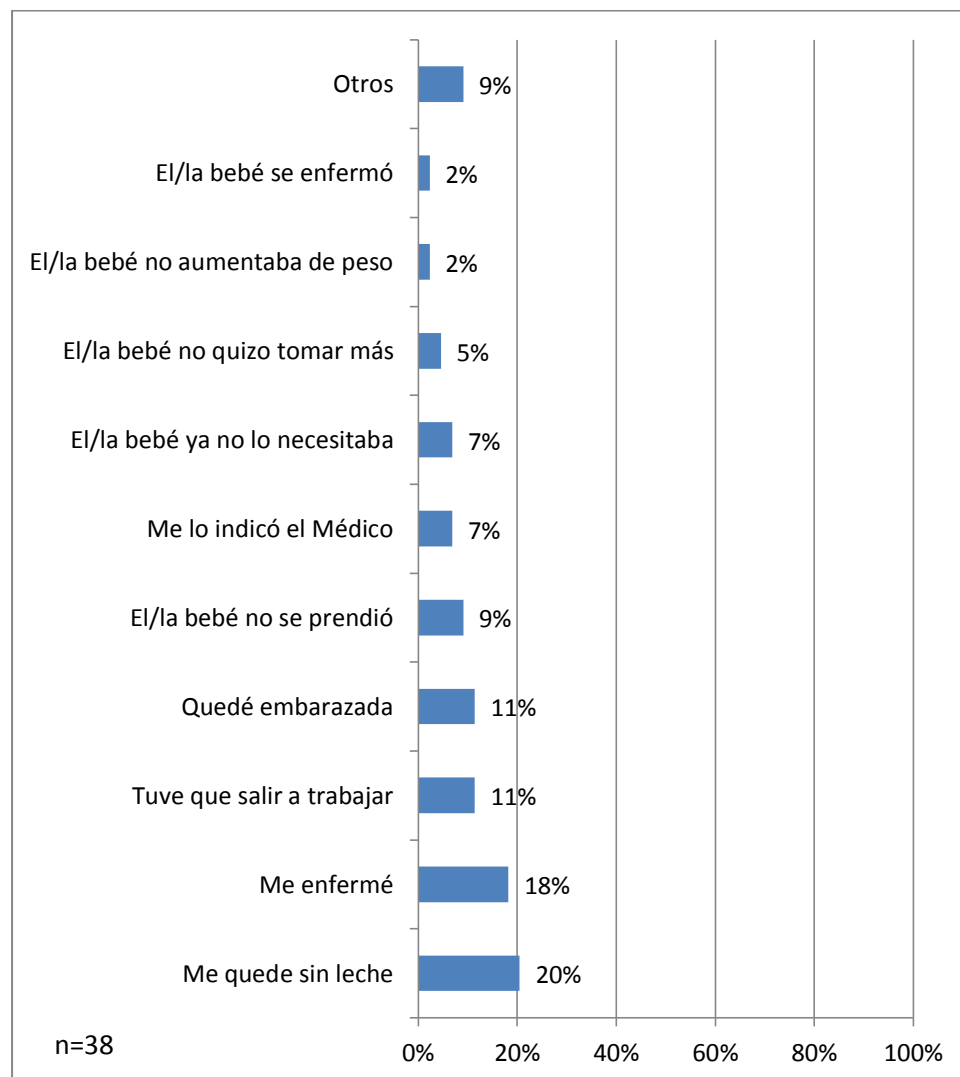


Fuente: Elaboración propia

Al analizar el gráfico se puede ver que un gran porcentaje de madres dio a su hijo lactancia materna por un periodo menor a 6 meses, mientras que un porcentaje significativo amamantó hasta el año. Un porcentaje menor pero destacable, brindó lactancia hasta los 6 meses de edad del niño.

Al indagar sobre las razones por las cuales algunas madres no amamantaron o abandonaron la lactancia materna se obtienen diferentes respuestas que se exponen en el siguiente gráfico:

Gráfico N°14: Razones de cese o ausencia de amamantamiento



Fuente: Elaboración propia

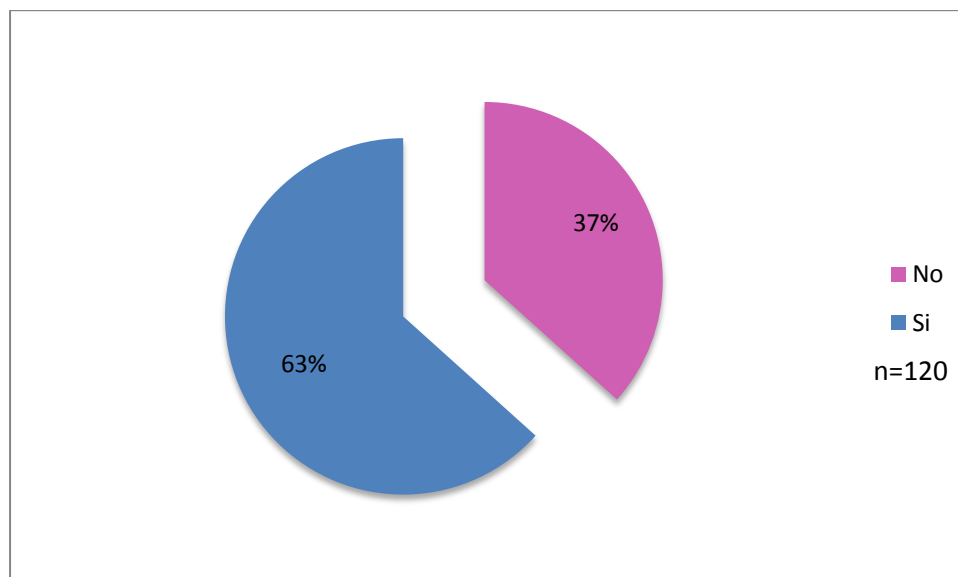
Al hacer un análisis del gráfico podemos ver que la principal causa por la cual las madres abandonan la lactancia es por falta de producción láctea, causa que con un adecuado apoyo e instrucción puede revertirse, lo mismo sucede con las madres que dicen que el niño “no se prendió”. En segundo lugar las madres refieren no continuaron o no brindaron lactancia, debido a problemas de salud y en tercer lugar por trabajo o presencia de otro embarazo. Si hacemos una observación más profunda

del gráfico, podemos ver que las razones que las madres otorgan a la ausencia o cese del amamantamiento, pueden dividirse en dos categorías, por un lado las atribuidas al niño (25%) y por otro las relacionadas con la propia madre.

Las madres que abandonaron la lactancia por problemas de salud, en algunos casos lo hicieron también bajo indicación médica, ya que la problemática presente no era compatible con el amamantamiento.

Luego de indagar acerca de las razones por las cuales no se brindó o se abandonó la lactancia, se pregunta a las madres si alimentan a sus hijos con alguna leche diferente a la leche materna. Los resultados se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 15: Alimentación con leche no materna

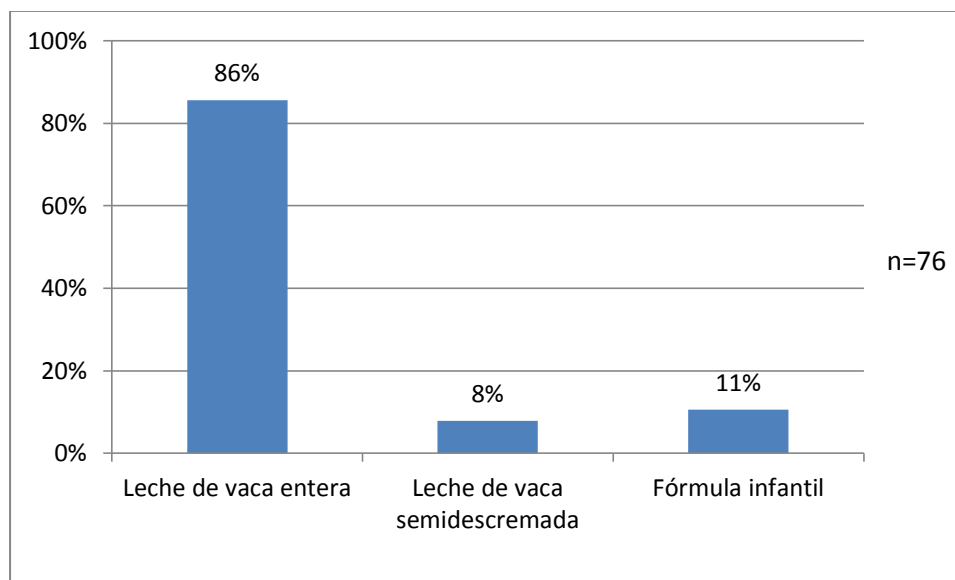


Fuente: Elaboración propia

De la lectura del gráfico se desprende que la mayor parte de las madres alimentan a sus hijos con leches diferentes a la materna. Dentro de este 63% encontramos al grupo de madres que no se encontraban amamantando al momento de realizar la entrevista, pero también a algunas madres que sí lo hacían y complementaban la alimentación con leche de vaca o fórmulas.

Seguidamente, se presentan en un gráfico los datos acerca del tipo de leche administrada por las madres que brindaban a sus hijos alguna diferente de la materna:

Gráfico N° 16: Tipo de leches administradas



Fuente: Elaboración propia

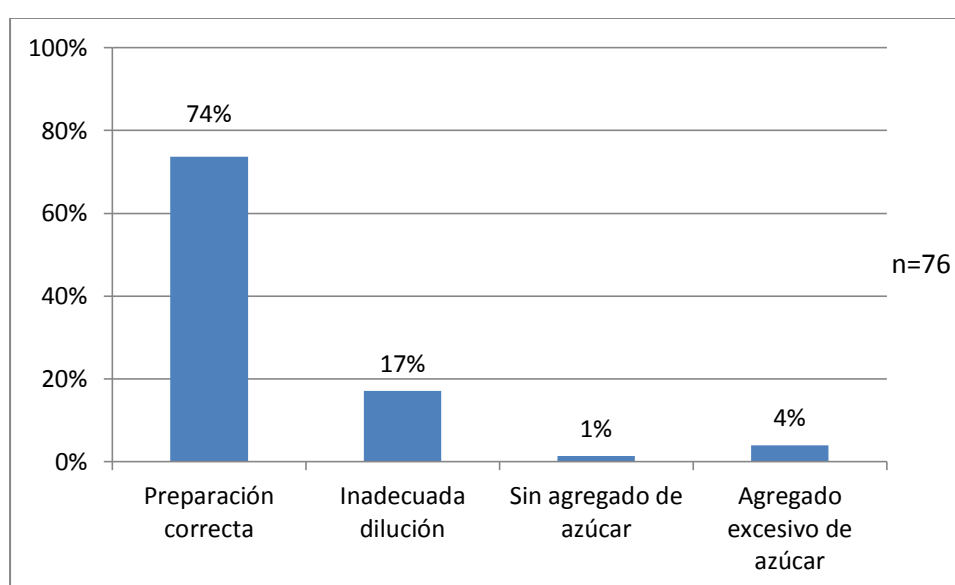
Para las situaciones donde no es posible brindar lactancia materna, existen dos alternativas para la alimentación del lactante. La primera son las fórmulas artificiales basadas en leche de vaca modificada, cuya composición procura ser semejante a la de la leche materna y que se conocen como Fórmulas de Inicio, para lactantes de 0 a 6 meses y Fórmulas de Continuación, para lactantes de 6 a 12 meses. La segunda alternativa, en caso de no tener acceso a las fórmulas infantiles, es la utilización de la leche modificada, entera, de vaca. La leche entera de vaca no es la opción más apropiada para lactantes, de hecho la Academia Americana de Pediatría no recomienda su uso durante el primer año de vida. Sin embargo, existen situaciones especiales donde su uso puede ser indicado.

La mayor parte de las madres utilizan leche de vaca entera para la alimentación de sus hijos, esto se debe, más allá de ser una opción más económica que las fórmulas infantiles, a que es la leche que se otorga gratuitamente en la sala como parte del Programa Materno Infantil. La leche de vaca suministrada, es leche en polvo entera fortificada con Hierro, Zinc y vitamina C.

Un pequeño porcentaje de madres utilizaban formulas infantiles, las cuales fueron las apropiadas para la edad de sus hijos.

A continuación se presentan los resultados que se obtienen tras indagar sobre la forma de preparación de las leches administradas. Para recabar esta información se realiza una pregunta abierta, la cual permite a las madres narrar paso a paso la forma en la cual preparan la leche a sus hijos. A través de esa información y teniendo en cuenta las recomendaciones brindadas por las Guías Alimentarias para la Población Infantil del Gobierno de la Nación, es que se pueden agrupar las respuestas en las categorías que se muestran en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 17: Preparación de la leche administrada



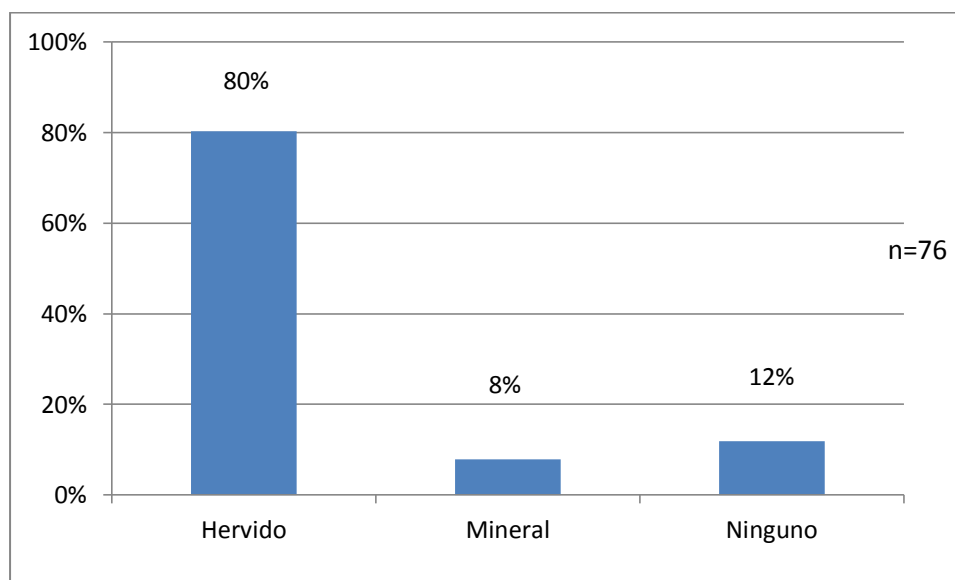
Fuente: Elaboración propia

Considerando que la leche de vaca sin modificaciones es inadecuada para los lactantes menores de un año, ya que tiene una concentración excesiva de proteínas, calcio, fósforo y sodio, además de ser deficiente en ácidos grasos esenciales, vitamina C, E y D, es que se realizan modificaciones en su composición con el objetivo de mejorar el perfil energético, corregir el exceso proteico y de ciertos minerales, fundamentalmente los determinantes de la excesiva carga renal de solutos de la leche de vaca.

El 74% de las madres preparó de forma adecuada la leche a suministrar para la alimentación de sus hijos. En el caso de aquellas madres que no realizaron una preparación correcta, la principal causa se debe a una inadecuada dilución, ya sea por exceso o déficit, mientras que un pequeño porcentaje lo hizo debido a un agregado excesivo de azúcar.

Al preguntar a las madres sobre el tratamiento realizado al agua utilizada para preparar la leche de sus hijos se obtienen los resultados que se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 18: Tratamiento del agua



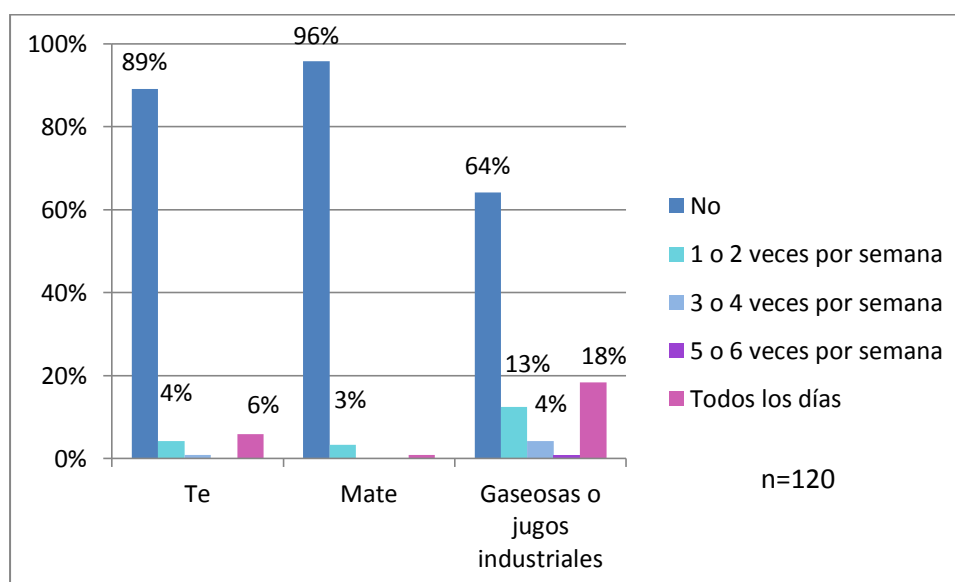
Fuente: Elaboración propia

Es importante destacar, en primera instancia, que todas las madres que brindaban a sus hijos leches diferentes a la materna, contaban con agua potable.

El 80% de estas madres hiere previamente el agua utilizada para la dilución o reconstitución de la leche, mientras que un pequeño porcentaje, no realiza tratamiento alguno.

En el siguiente gráfico se muestran los datos que se obtienen luego de preguntar a las madres acerca del consumo infantil de infusiones, bebidas gaseosas y jugos industriales.

Gráfico N° 19: Frecuencia de consumo de infusiones/gaseosas o jugos



Fuente: Elaboración propia

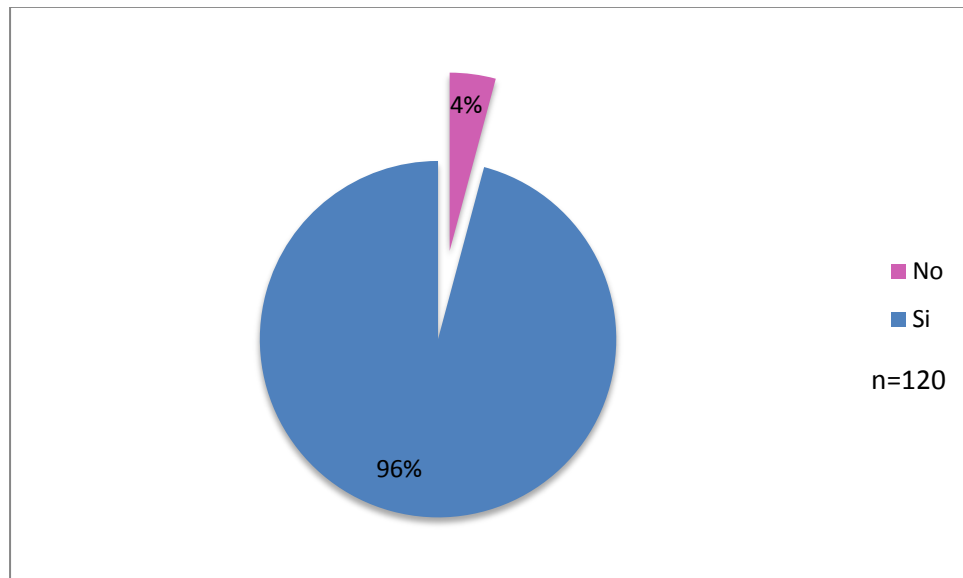
Como primer lectura del gráfico se observa que la mayor parte de los niños no consumen infusiones ni bebidas azucaradas, hecho que cobra mayor relevancia en el caso de las infusiones.

En el caso de las gaseosas y jugos industriales, si bien un 64% de la muestra no consume estas bebidas, encontramos un porcentaje significativo que sí lo hace y con una frecuencia diaria.

La Asociación Americana de Pediatría (AAP) declaró que los problemas potenciales que se asocian al alto consumo de bebidas azucaradas son: sobrepeso u obesidad atribuible a las calorías adicionales en la dieta; desplazamiento del consumo de leche, dando por resultado deficiencia de calcio con un concomitante riesgo de osteoporosis y fracturas; caries dentales y potencial erosión del esmalte (Lorenzo, Guidoni, Díaz, Marenzi, et al, 2007).

A continuación se presenta a través de un gráfico la cantidad de niños que consumen alimentos diferentes a la leche:

Gráfico N° 20: Consumo de alimentos diferentes a la leche

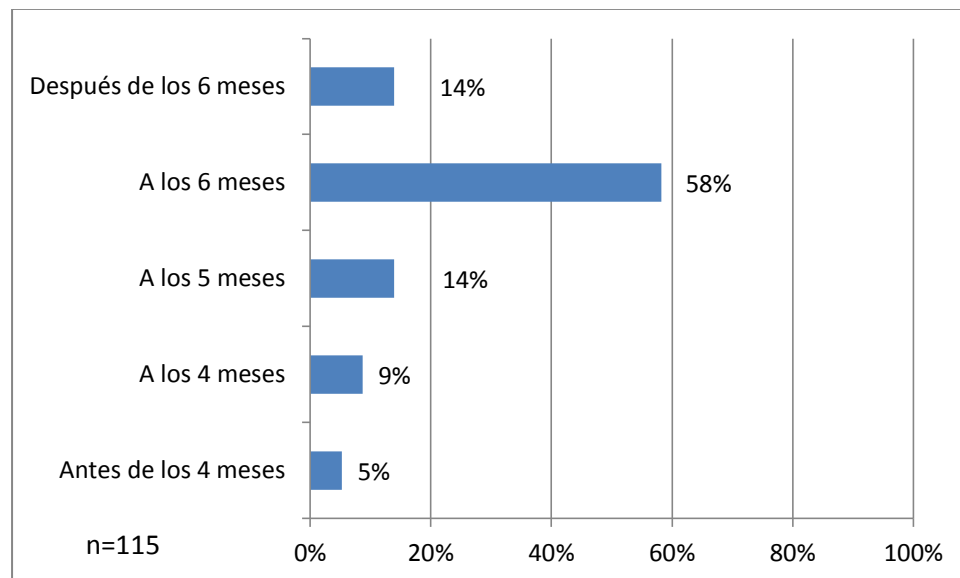


Fuente: Elaboración propia

Podemos observar que el 96% de los niños participantes del estudio consumen alimentos diferentes a la leche.

Seguidamente se muestra la edad a partir de la cual los niños comienzan a incorporar alimentos diferentes a la leche materna:

Gráfico N° 21: Edad de incorporación de alimentos



Fuente: Elaboración propia

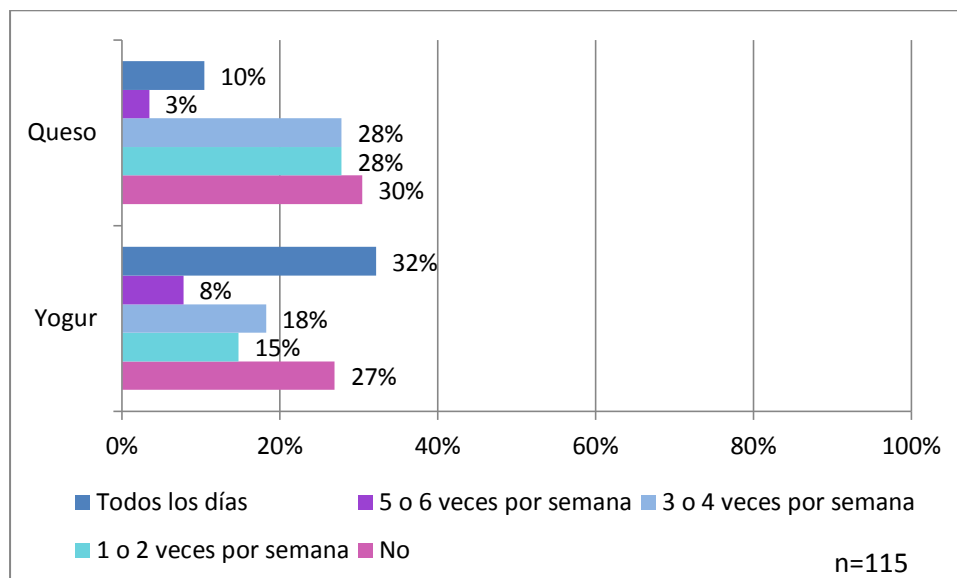
El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los 6 meses de edad, cuando surge la necesidad de cubrir requerimientos nutricionales que no alcanzan a ser satisfechos con la lactancia materna. Esto encuentra su fundamento en el crecimiento y desarrollo de la función digestiva, renal y de la maduración neurológica del niño.

Del gráfico anterior se desprende, que la mayor parte de las madres comienzan a brindar alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, cumpliendo con las recomendaciones establecidas por organismos nacionales e internacionales. Sin embargo, un porcentaje significativo de madres (28%) incorpora alimentos antes de los 6 meses de edad, donde un 14% de ellas lo hace a edades particularmente riesgosas. Por otra parte, un 14% de las madres comienza con la alimentación después de los 6 meses de edad.

Se sabe que no existen ventajas nutricionales en la introducción temprana de otros alimentos diferentes a la leche materna. El crecimiento infantil no mejora; incluso en condiciones óptimas (es decir, con alimentos inocuos y nutritivos), pueden llevar a un cese temprano de la lactancia y precipitar o exacerbar la prevalencia de anemia. El riesgo de morbilidad por diarrea, en poblaciones pobres, es de 2 a 13 veces mayor

Respecto del consumo de lácteos, los resultados se presentan en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 22: Frecuencia de consumo de lácteos



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los lácteos podemos observar que el yogur es consumido por la mayor parte de los niños y con una frecuencia elevada, gran parte de ellos lo consumen todos los días o entre 3 a 4 veces por semana.

En relación al queso, podemos ver que su consumo es más bajo, aunque un 56% de la muestra de niños lo consume entre 1 a 4 veces por semana.

Tabla N°2: Frecuencia de consumo de Yogur según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	50%	48%	19%
1 o 2 veces por semana	17%	20%	13%
3 o 4 veces por semana	17%	12%	20%
5 o 6 veces por semana	17%	4%	8%
Todos los días	0%	16%	39%

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°3: Frecuencia de consumo de Queso según edad

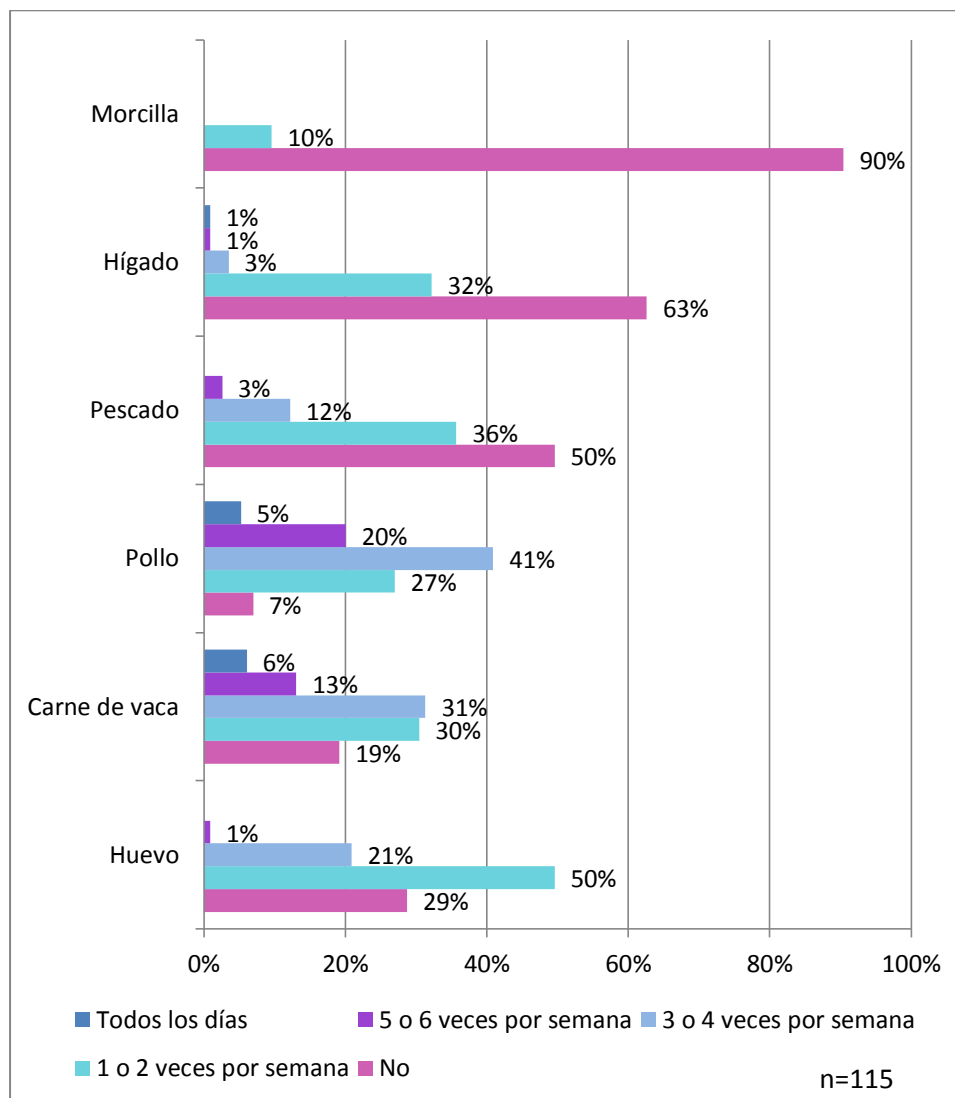
	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	83%	48%	21%
1 o 2 veces por semana	17%	32%	27%
3 o 4 veces por semana	0%	20%	32%
5 o 6 veces por semana	0%	0%	5%
Todos los días	0%	0%	14%

Fuente: Elaboración propia

Al desglosar la información por edades podemos ver que la mitad de los niños de 6 consumen yogur con una frecuencia de entre 1 a 6 veces por semana, mientras que la otra mitad no lo hace. En el caso del queso, la mayor parte de los niños no lo consume a esta edad. En el grupo de niños de 7 a 8 meses la cantidad de niños que consumen yogur es similar al grupo anterior, sin embargo es mayor la frecuencia de consumo diaria. En el caso del queso la mayoría lo consume entre 1 a 4 veces por semana. A partir de los 9 meses aumenta tanto el consumo como la frecuencia, más de la mitad de la muestra consume estos lácteos entre 3 a 7 veces por semana.

Seguidamente se presentan los resultados del consumo de huevo y carnes.

Gráfico N° 23: Frecuencia de consumo de Huevo, Carnes y Derivados



Fuente: Elaboración propia

Al analizar el consumo de este grupo de alimentos, podemos ver que más de la mitad de la muestra consume huevo entre 1 a 4 veces por semana. En el caso de las carnes encontramos un mayor consumo de pollo, frente a la carne vacuna y pescado, sin embargo resulta importante destacar, que un 48% de la muestra incorpora el pescado en su alimentación entre 1 a 4 veces por semana.

El consumo de morcilla e hígado es bajo, siendo este último el que más se consume, un 36% lo hace 1 o 2 veces por semana.

Tabla Nº 4: Frecuencia de consumo de Huevo según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	100%	24%	25%
1 o 2 veces por semana	0%	60%	50%
3 o 4 veces por semana	0%	16%	24%
5 o 6 veces por semana	0%	0%	1%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 5: Frecuencia de consumo de Carne vacuna según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	83%	24%	13%
1 o 2 veces por semana	17%	44%	27%
3 o 4 veces por semana	0%	24%	36%
5 o 6 veces por semana	0%	8%	15%
Todos los días	0%	0%	8%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 6: Frecuencia de consumo de Pollo según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	50%	12%	2%
1 o 2 veces por semana	33%	36%	24%
3 o 4 veces por semana	0%	40%	44%
5 o 6 veces por semana	0%	12%	24%
Todos los días	17%	0%	6%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 7: Frecuencia de consumo de Pescado según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	67%	72%	42%
1 o 2 veces por semana	33%	24%	39%
3 o 4 veces por semana	0%	4%	15%
5 o 6 veces por semana	0%	0%	4%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 8: Frecuencia de consumo de Hígado según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	100%	60%	61%
1 o 2 veces por semana	0%	36%	33%
3 o 4 veces por semana	0%	4%	4%
5 o 6 veces por semana	0%	0%	1%
Todos los días	0%	0%	1%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 9: Frecuencia de consumo de Morcilla según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	100%	100%	87%
1 o 2 veces por semana	0%	0%	13%

Fuente: Elaboración propia

Si hacemos un análisis más detallado de este grupo de alimentos, teniendo en cuenta las edades de los niños, podemos observar que en general el consumo de estos alimentos aumenta, como es de esperarse, conforme aumenta la edad.

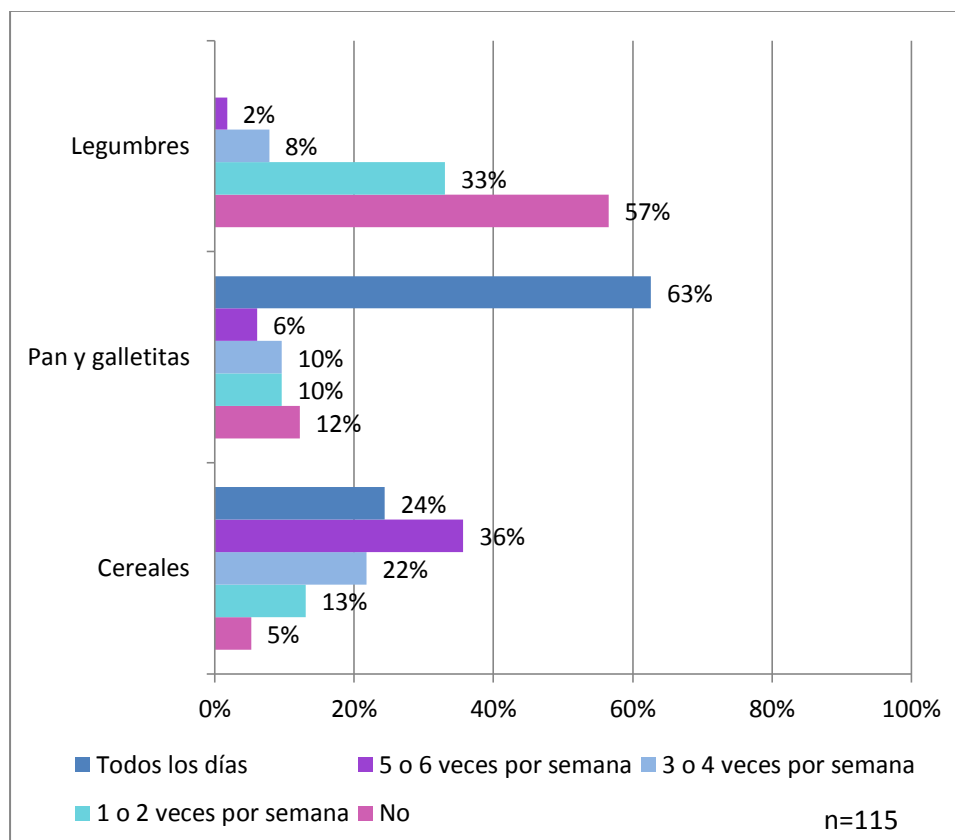
A los 6 meses de edad el consumo de alimentos fuente de proteínas y hierro es en general bajo. Sin embargo, podemos destacar el caso del pollo, el cual es consumido por la mitad de los niños y el del pescado el cual es consumido por un 33% de la muestra entre 1 y 2 veces por semana.

En el grupo de los niños de 7 a 8 meses, evidenciamos un marcado aumento en el consumo, salvo el caso del pescado, el cual decrece, aunque en un pequeño porcentaje (5%). La mayor parte de los niños consume estos alimentos entre 1 a 4 veces por semana. La morcilla no forma parte de la alimentación de los niños hasta los 9 meses de edad o más.

Al analizar la categoría 9 meses o más, vemos que el consumo de huevo se mantiene similar al grupo anterior, mientras que en el caso de la carne y el pollo, aumenta tanto la cantidad como la frecuencia de consumo, la mayoría de los niños los consume entre 3 y 7 veces por semana. El consumo de pescado también aumenta, más de la mitad de la muestra lo consume entre 1 a 4 veces por semana. El hígado y la morcilla son consumidos, en general, entre 1 a 2 veces por semana.

A continuación se presentan los resultados respecto del consumo de cereales y legumbres.

Gráfico N° 24: Frecuencia de consumo de Cereales y Legumbres



Fuente: Elaboración propia

En cuanto al consumo de cereales y legumbres, podemos ver a través del gráfico anterior que el consumo de cereales, pan y galletitas es en general alto, con una frecuencia de consumo entre 5 a 7 veces por semana. En el caso de las legumbres, podemos observar que un 33% de la muestra las consume entre 1 a 2 veces por semana, mientras que un 57% manifiesta no consumir este tipo de alimento.

Tabla N° 10: Frecuencia de consumo de Cereales según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	67%	8%	0%
1 o 2 veces por semana	33%	20%	12%
3 o 4 veces por semana	0%	32%	18%
5 o 6 veces por semana	0%	36%	38%
Todos los días	0%	4%	32%

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 11: Frecuencia de consumo de Pan y galletitas según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	67%	32%	2%
1 o 2 veces por semana	17%	24%	5%
3 o 4 veces por semana	17%	16%	7%
5 o 6 veces por semana	0%	12%	5%
Todos los días	0%	16%	81%

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 12: Frecuencia de consumo de Legumbres según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	100%	56%	55%
1 o 2 veces por semana	0%	36%	35%
3 o 4 veces por semana	0%	4%	10%
5 o 6 veces por semana	0%	4%	1%

Fuente: Elaboración propia

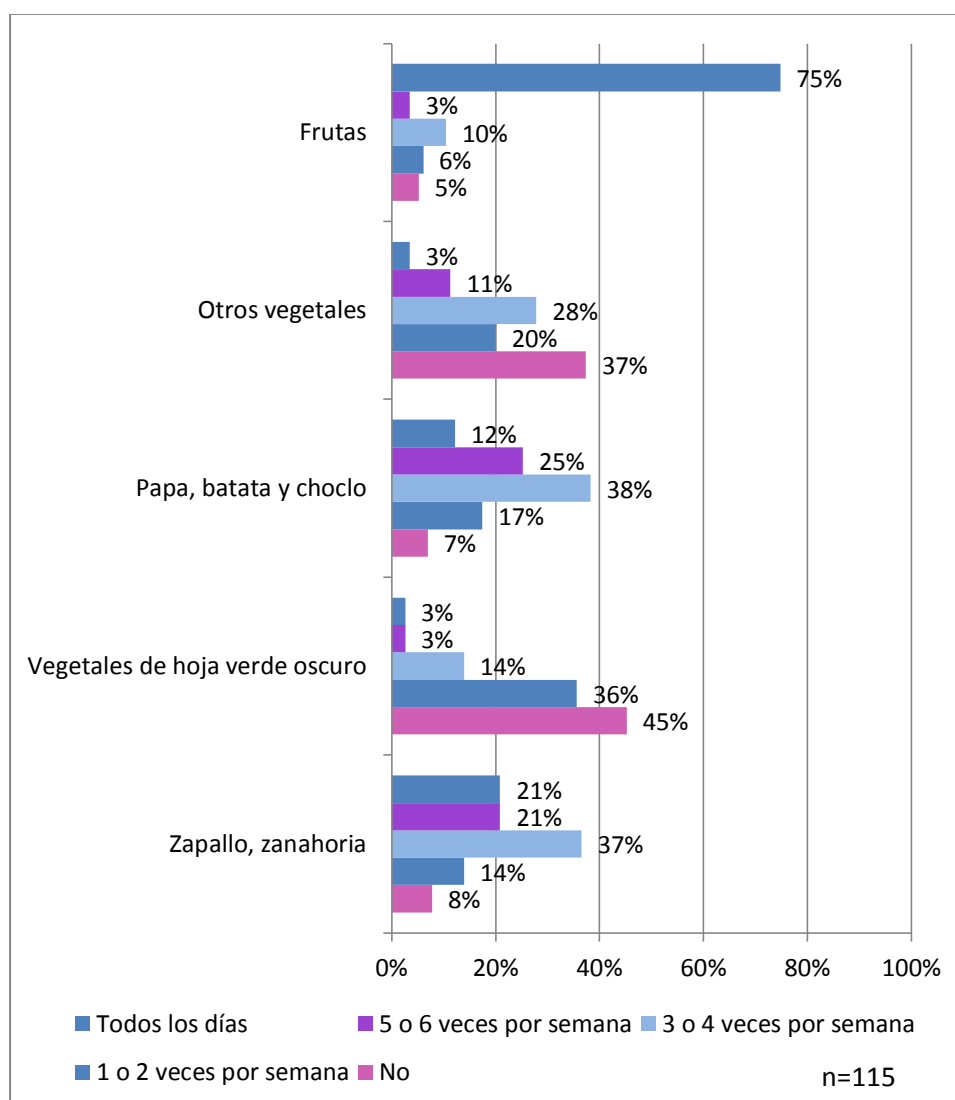
En el primer grupo etario podemos ver que el consumo de cereales, pan y galletitas es en general bajo.

A partir del séptimo mes comienza a aumentar el consumo de cereales, con una frecuencia de entre 3 a 6 veces por semana, pasando a un mayor consumo diario a partir del noveno mes. En el caso del pan, este es consumido mayormente entre 1 a 2 veces por semana a partir de los 7 meses, tendencia que se invierte luego de los 9 meses donde el consumo diario cobra gran importancia.

El consumo de legumbres es nulo a los 6 meses de edad, aumenta a partir del séptimo mes y se mantiene en valores similares luego de los 9 meses de edad de los niños.

Respecto del consumo de vegetales y frutas, los resultados obtenidos se presentan a continuación.

Gráfico N° 25: Frecuencia de consumo de Vegetales y Frutas



Fuente: Elaboración propia

Al hacer un análisis del grupo de alimentos presentes en el gráfico anterior, vemos en primer lugar un marcado consumo de frutas, donde la frecuencia diaria es indicada por el 75% de la muestra.

En segundo lugar se observa que los vegetales consumidos con mayor frecuencia son los vegetales C, el zapallo y la zanahoria, mientras que los vegetales de hoja color verde oscuro y otros vegetales se consumen en menor cantidad entre 1 y

4 veces por semana. Para estos últimos dos tipos de vegetales aproximadamente un 40% de la muestra manifiesta no consumirlos.

Tabla Nº 13: Frecuencia de consumo de Zapallo y zanahoria según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	17%	0%	10%
1 o 2 veces por semana	17%	8%	15%
3 o 4 veces por semana	17%	28%	40%
5 o 6 veces por semana	0%	28%	20%
Todos los días	50%	36%	14%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 14: Frecuencia de consumo de Vegetales de hoja verde según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	100%	68%	35%
1 o 2 veces por semana	0%	24%	42%
3 o 4 veces por semana	0%	0%	19%
5 o 6 veces por semana	0%	4%	2%
Todos los días	0%	4%	2%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 15: Frecuencia de consumo de Papa, batata y choclo según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	33%	8%	5%
1 o 2 veces por semana	17%	12%	19%
3 o 4 veces por semana	50%	36%	38%
5 o 6 veces por semana	0%	32%	25%
Todos los días	0%	12%	13%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 16: Frecuencia de consumo de Otros vegetales según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	100%	52%	29%
1 o 2 veces por semana	0%	24%	20%
3 o 4 veces por semana	0%	12%	35%
5 o 6 veces por semana	0%	8%	13%
Todos los días	0%	4%	4%

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 17: Frecuencia de consumo de Frutas según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	17%	8%	4%
1 o 2 veces por semana	17%	4%	6%
3 o 4 veces por semana	0%	20%	8%
5 o 6 veces por semana	0%	8%	2%
Todos los días	67%	60%	80%

Fuente: Elaboración propia

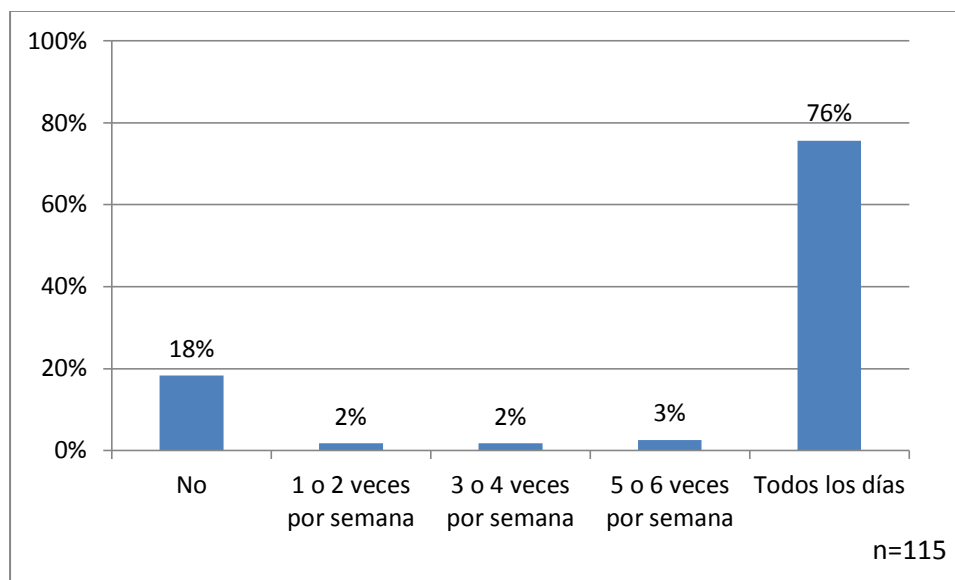
A los 6 meses de edad los primeros vegetales que incorporan los niños son el zapallo, la zanahoria y los vegetales C, siendo los primeros, consumidos en un gran porcentaje con una frecuencia diaria. El consumo de frutas a esta edad también es elevado, un 67% de los niños las consumen diariamente.

A partir del séptimo mes los niños comienzan a incorporar vegetales de hoja color verde oscuro y otros vegetales como el zapallito verde, aumenta la cantidad de niños que consumen vegetales C y frutas.

En la categoría de 9 meses o más podemos ver que disminuye la frecuencia diaria de consumo de zanahoria y zapallo, pasando a ser consumida mayormente 3 a 4 veces por semana. Aumenta el consumo de vegetales de hoja verde oscuro, entre 1 a 4 veces por semana y lo mismo sucede en el caso de otros vegetales. El consumo de vegetales C se mantiene elevado, con un consumo de entre 3 y 6 veces por semana. Las frutas siguen formando parte importante de la alimentación de los niños, el 80% de ellos las consume diariamente.

En cuanto al consumo de grasas y aceites, los resultados obtenidos se presentan en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 26: Frecuencia de consumo de Grasas y Aceites



Fuente: Elaboración propia

A través del gráfico anterior podemos ver que la mayor parte de los niños consume algún tipo de grasa con una frecuencia diaria. Mediante el diálogo con las madres se pudo saber, que en la mayoría de los casos se trata de aceite y manteca con menor frecuencia.

Tabla N° 18: Frecuencia de consumo de Grasas y Aceites según edad

	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	67%	8%	15%
1 o 2 veces por semana	33%	8%	0%
3 o 4 veces por semana	0%	0%	2%
5 o 6 veces por semana	0%	0%	4%
Todos los días	0%	84%	79%

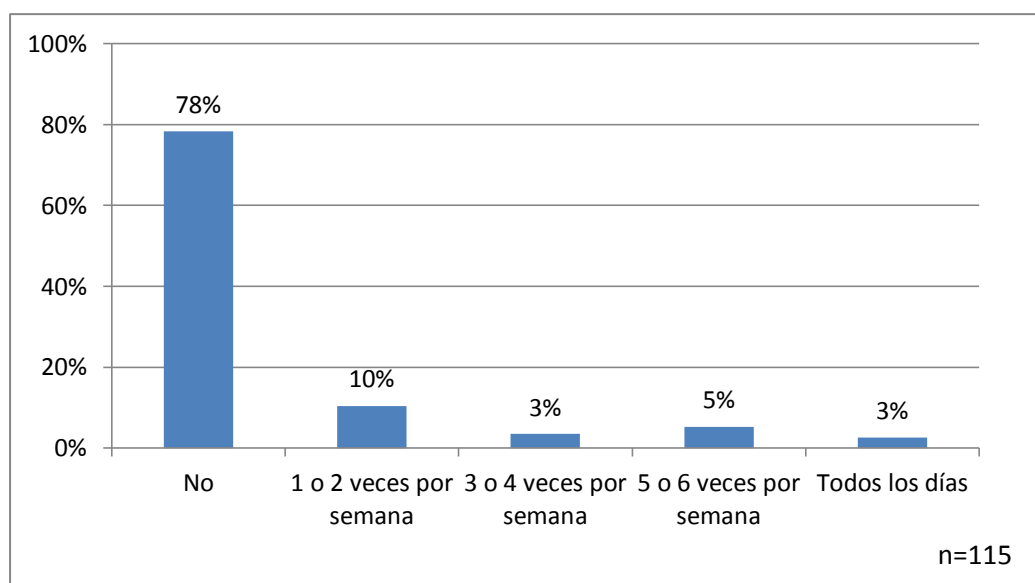
Fuente: Elaboración propia

El desglose por edades nos permite obtener datos significativos, ya que observamos que del total de niños que han iniciado la alimentación complementaria a los 6 meses, el 67% de ellos no incorpora en su alimentación ningún tipo de grasa o aceite. En el caso de los niños de 7 y 8 meses podemos ver que la mayor parte de ellos los consume diariamente. Por último, se observa que a partir de los nueve

meses el consumo de grasas o aceites es alto, sin embargo, un 15% de la muestra no los consume.

La importancia del consumo de estos nutrientes en los niños menores de 2 años se debe a su rol en el desarrollo del sistema nervioso central.

Gráfico N° 27: Frecuencia de consumo de Golosinas



Fuente: Elaboración propia

De la observación del gráfico se desprende que la mayor parte de los niños no consumen ningún tipo de golosina.

Tabla N° 19: Frecuencia de consumo de golosinas según edad

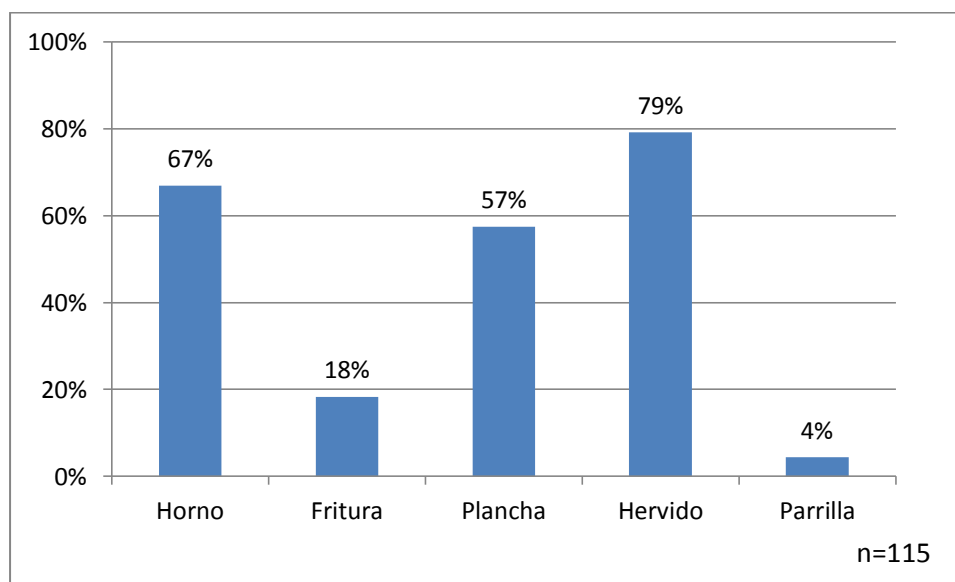
	6 meses	7 u 8 meses	9 meses o más
No	83%	100%	71%
1 o 2 veces por semana	17%	0%	13%
3 o 4 veces por semana	0%	0%	5%
5 o 6 veces por semana	0%	0%	7%
Todos los días	0%	0%	4%

Fuente: Elaboración propia

Al analizar el consumo por edades podemos ver que de los niños de 6 meses solo uno de ellos, que representa un 17% del grupo, ya ha incorporado algún tipo de golosinas, mientras que a los 7 y 8 meses su consumo es nulo, volviendo a aumentar a partir del noveno mes, donde un 29% de la muestra los consume.

Al preguntar a las madres qué métodos de cocción utilizaban con mayor frecuencia en el hogar, se obtienen los resultados que se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 28: Métodos de cocción



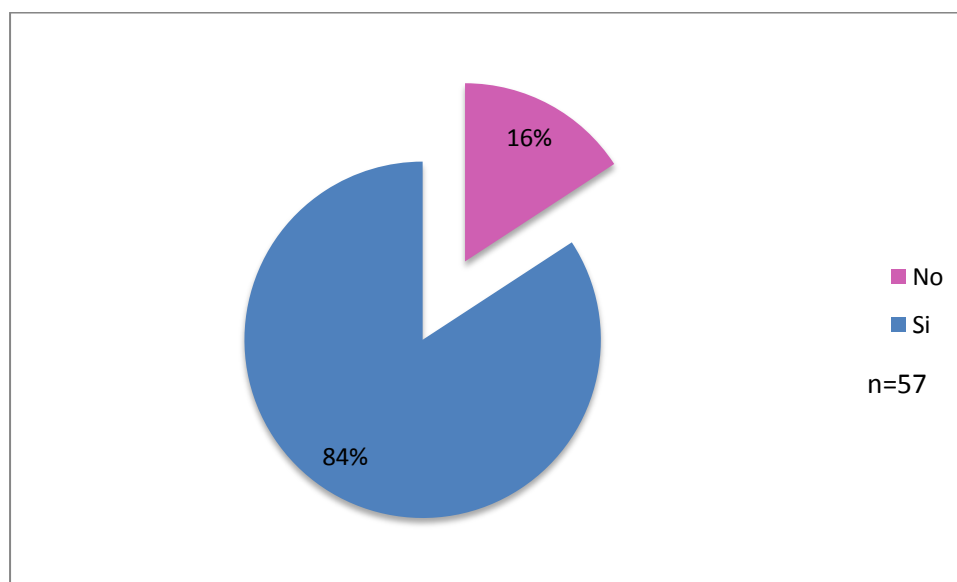
Fuente: Elaboración propia

El principal método de cocción utilizado por las madres es la cocción por hervido, seguido por el horno y la plancha. Al realizar la entrevista también se pudo observar que muchas madres utilizaban la “essen” para la cocción de los alimentos. El consumo de frituras es bajo, pero no despreciable, un 18% de las madres refiere que utiliza este método con frecuencia en su hogar. El comienzo de la alimentación es una etapa óptima para incorporar hábitos alimentarios saludables, y si bien un consumo esporádico de una fritura bien hecha, puede enmarcarse dentro de este concepto, su consumo frecuente no es recomendable debido a la alta cantidad de grasas saturadas que posee.

En líneas generales podemos decir que en la mayoría de los casos las madres utilizan métodos de cocción acordes con una alimentación saludable.

Fue de interés para la presente investigación conocer si las madres cuyos hijos son menores a 1 año de edad agregan alguna grasa o aceite a la comida del menor. Los resultados se exponen a continuación:

Gráfico N° 29: Agregado de grasa o aceite a la comida del niño



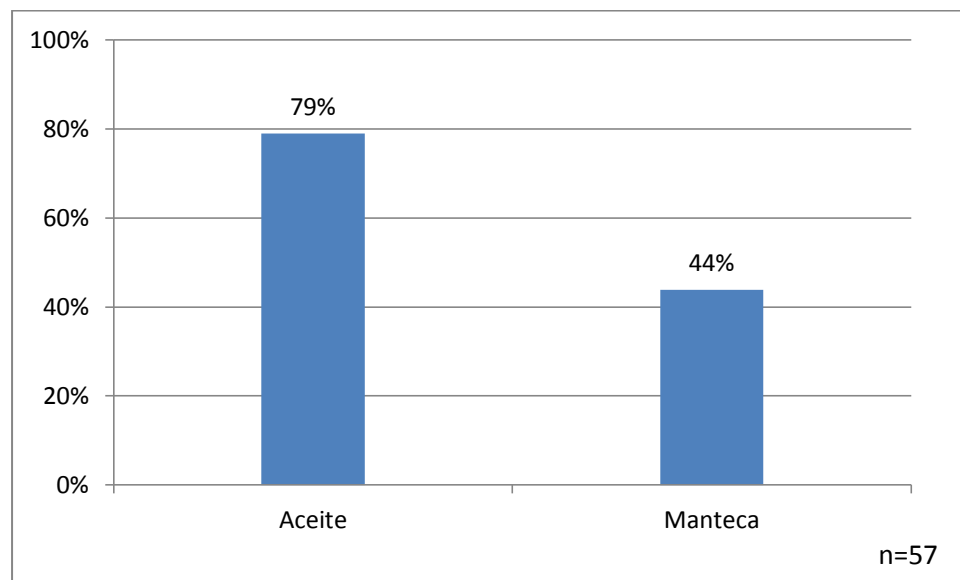
Fuente: Elaboración propia

Durante el primer año de vida del niño la densidad calórica recomendada no es fácil de alcanzar, fundamentalmente en nuestra cultura donde los purés de hortalizas constituyen uno de los principales alimentos. Por las características propias de estos alimentos y la baja capacidad gástrica de los niños a esta edad, es que se requiere aumentar la densidad energética de las comidas, razón por la cual se recurre al agregado de grasas o aceites.

El 84% de las madres de niños menores de 1 año agregan alguno de estos nutrientes a la comida de sus hijos.

Luego de preguntar a las madres si incorporaban algún tipo de grasa a la alimentación de sus hijos se indagó sobre el tipo de grasa utilizada. Los resultados se exponen en el siguiente gráfico:

Gráfico Nº 30: Tipos de grasa utilizadas



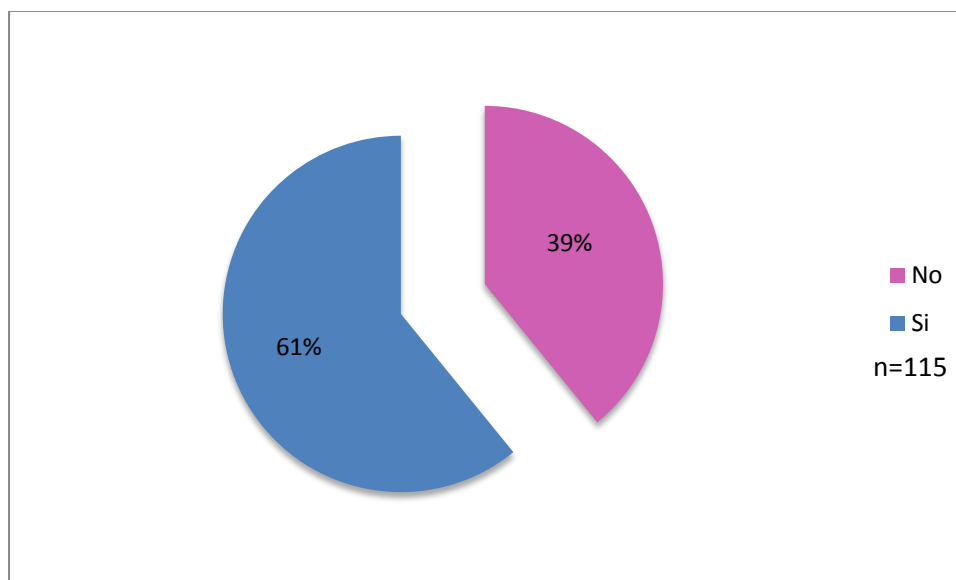
Fuente: Elaboración propia

Al observar el gráfico podemos ver que el aceite y la manteca son los alimentos que se utilizan con mayor frecuencia para enriquecer la comida de los niños, siendo el aceite el que se utiliza en la mayor parte de los casos. Otras grasas, como la margarina, no fueron utilizadas en ninguno de los casos.

El agregado de aceite en los alimentos de los niños ayuda a mejorar la densidad energética y la palatabilidad sin aumentar la viscosidad de los mismos. Si bien no se debe hacer restricción de grasas en niños menores de 2 años se recomienda elegir aceite crudo y emplear el resto de las grasas (manteca, margarina, crema) con moderación.

Al preguntar a las madres, que brindan a sus hijos alimentos distintos a la leche, sobre el agregado de sal a la comida del niño/a, se obtienen los siguientes resultados:

Gráfico N° 31: Agregado de sal a la comida del niño/a



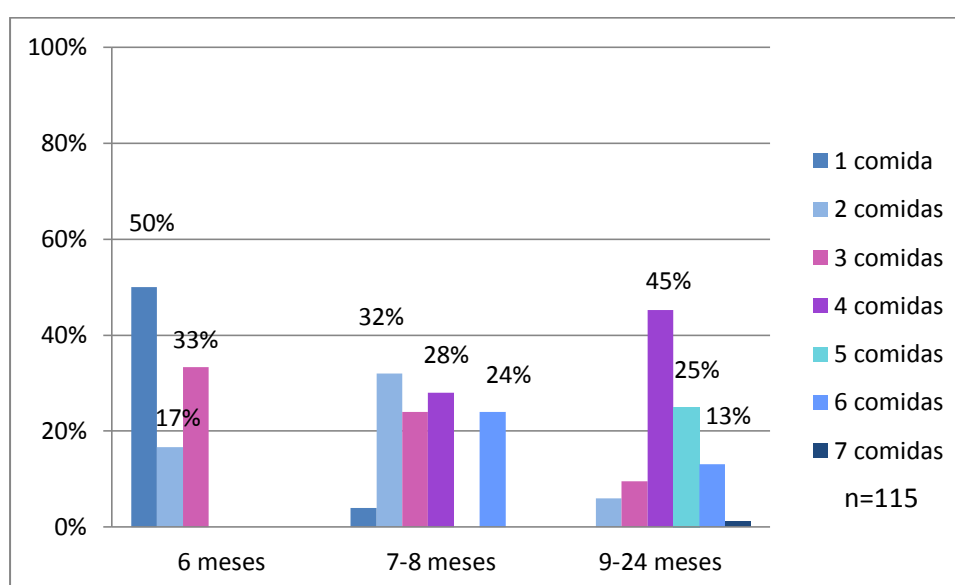
Fuente: Elaboración propia

Al observar el gráfico anterior podemos ver que un alto porcentaje de madres refiere que agrega sal a la comida de sus hijos.

Esta práctica no es recomendable debido a que el contenido natural de sodio de los alimentos es suficiente para satisfacer las necesidades de los niños y niñas. La ingesta aumentada de sodio puede provocar sobrecarga renal de solutos. Por otra parte, el consumo de sal agregada durante la niñez condiciona la instalación de hábitos alimentarios poco saludables para la edad adulta, ya que existe una estrecha relación entre el alto consumo de sodio y la hipertensión arterial.

A continuación se presentan los resultados obtenidos tras preguntar a las madres la cantidad de comidas realizadas por el menor a lo largo del día. En los niños de 6 a 12 meses se evalúa la cantidad de veces al día que los mismos ingieren alimentos distintos a la leche materna, mientras que en los niños de 12 a 24 meses se contabilizan la cantidad de comidas principales, y en ambos casos también se tuvo en cuenta si se brindaba al niño alguna “colación”. Para un mejor análisis, los datos se agrupan de acuerdo a la edad de los niños, ya que las recomendaciones varían en función de ello:

Gráfico N° 32: Número de comidas por día



Fuente: Elaboración propia

La OPS y la OMS recomiendan aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo.

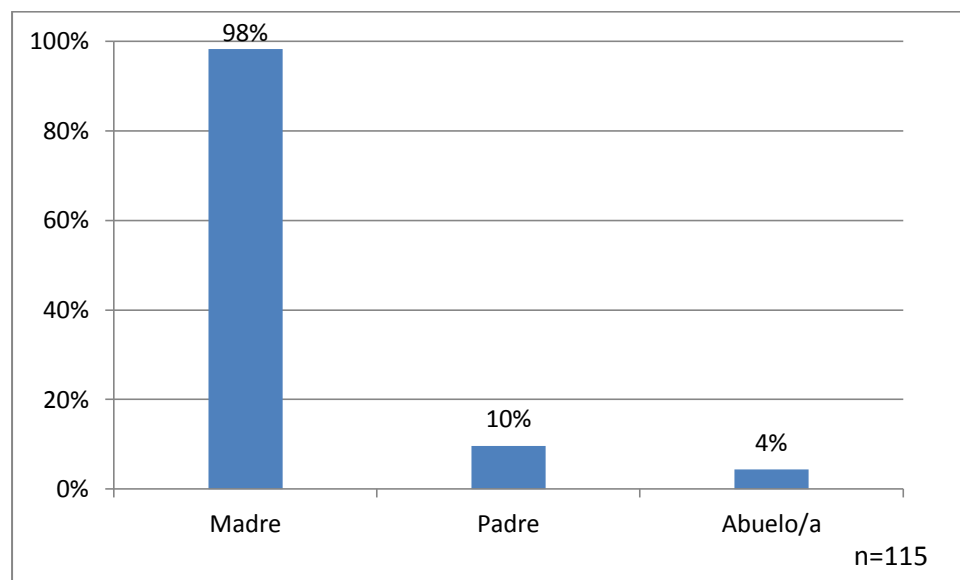
Para el niño amamantado promedio, se sugiere comenzar a los 6 meses con una comida inicial, progresar a 2 o 3 comidas entre los 7 y los 8 meses, y realizar entre 3 y 4 comidas entre los 9 y 24 meses. También es posible ofrecer 1 o 2 colaciones por día (por ejemplo fruta) si el niño lo desea.

En el caso de los niños participantes de la investigación, podemos ver que en la mayoría de los casos el número de comidas se ajusta a las recomendaciones. Gran parte de los niños de 6 meses de edad realizan 1 comida, mientras que un porcentaje no despreciable realiza 3. En el caso de los niños de 7 y 8 meses, encontramos porcentajes similares para 2 y 4 comidas, así como también para 3 y 6 comidas,

teniendo en cuenta que se contabilizaron todas las ingestas diarias de los niños, estos valores se encuentran dentro de lo recomendado. Finalmente, los menores de 9 a 24 meses realizan en su mayoría entre 4 y 5 comidas, lo que representa un 70% del grupo etario, cumpliendo también con las recomendaciones establecidas para esta edad.

Finalmente se pregunta a las madres quién es el/los adultos involucrados con mayor frecuencia en la alimentación del menor. Los datos obtenidos se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 33: Persona que da de comer al niño



Fuente: Elaboración propia


Luego de observar el gráfico podemos ver que en la mayor parte de los casos son las madres quienes se encargan de la alimentación del niño, lo cual refuerza la importancia de conocer las creencias y prácticas alimentarias que estas llevan a cabo y desarrollar estrategias educativas destinadas a las mismas para mejorar la alimentación y calidad de vida de los niños.

- y...el, todo teta le di, y el es diferente, por el tema que es más grandote, no necesitaba tantas cosas. Y ella es más, como que tarda más, en crecer y todas esas cosas. Igual a ella la teta la llena, pero aquel (refiriéndose a su otro hijo) le tomó un montón de lo que necesitaba ella. Y hoy en día le estoy dando teta porque la llena, por más que la doctora diga que, viste que dicen, no porque no la llena o algo, para mi la llena a ella. No la llena del todo pero la deja tranquila.
10. Para mi es primordial, primordial. Traté de darle lo que más pude, pero como viste mucho no toma.
 11. Para mi es importante, pero también entiendo a veces cuando las mamás no pueden y sacan el tema este de amamantar y se ponen mal y eso, pero igual para mi es re importante, desde el primer momento.
 12. Es lo mejor para el crecimiento del niño.
 13. Y es lo mejor. Pero yo no pude porque estuve tomando morfina y un par de medicamentos y me suspendieron la leche. Tomó menos de un mes.
 14. Es importante. Porque...ay me da vergüenza.
 15. Y para el para mi tiene mucha, porque lo ayuda con las defensas.
 16. Ay, para mi es tan importante. Y porque es como que tienen más protección para mi, como que tiene más vitaminas, más eh...todo lo que necesitan ellos. No sé cómo explicarte.
 17. Sí, es bueno criarlo con teta.
 18. ¿Amamantar? Mucha, para prevención de las enfermedades, bueno, y un montón de prevenciones más, darle el pecho.
 19. Todo. Soy una mamá que por ejemplo tengo un nene de 6 años y hasta los 2 años y medio le di. Entonces como que es importante. Me gusta aparte, no es que digo se la saco porque ya no, no me gusta. Es importante por las defensas, más por el vínculo en realidad.
 20. Mucha y por ahí me quedó eso de no poder darle, que siempre quise, y por ahí las veo a las mamás y digo qué importante, y bueno el no la tuvo. Es importante por todas las vitaminas que tiene, más allá del contacto con la mamá que eso bueno, es fundamental, pero si todos los nutrientes que tiene, todo. Yo siempre venía acá y me decían, tratá de darle el pecho, intentábamos de todas maneras, pero no.
 21. Para mi la importancia, previene un montón de enfermedades, primero. Que el por no tomar la teta, estuvo internado un mes por bronquiolitis, principio de neumonía. Le faltan muchas defensas que yo me doy cuenta, por ahí el peso que tiene (excesivo) es al no tomar la teta, porque por ahí incorpora más

comida. Por ahí si tomara la teta hoy por hoy, no tendría el peso que tiene, sería menos. **Es la conexión más linda con mi hijo**, que no la pude disfrutar mucho y me hubiese gustado que así sea. Y después sí, eso más que otras cosas.

22. **Es la base del crecimiento.**
23. Y mirá, **tengo entendido que le pasás todas las defensas**, todo, pero no le pude dar, por la anemia. Con todos mis hijos me pasó lo mismo. Mi mamá tiene anemia crónica, por ahí es hereditario, siempre me agarró en los embarazos y no pude darles.
24. Y...mucha. Y por las **vitaminas** que tiene.
25. Y bueno, bien, hasta los dos años dicen que se le puede dar, así que yo voy a tratar de darle hasta los dos años. Y para mí, aunque algunos digan que no, **me parece lo más mejor para el crecimiento de ellos**. Porque dicen es muy grande para tomar la teta.
26. No sé, no sabría qué decirte. Pienso que es importante.
27. Y...está bueno. Todo es importante, porque es para ella. Es para ellos. Sabés que podés seguir ofreciendo porque ahora ya no sabés, un año te cambian una cosa otro año te cambian otra. Un año te trajeron una cosa y otro año no. No yo me fijo mucho. Lo que puedo que me ayudan a decir qué es lo que le puedo dar lo hago. Siempre y cuando porque en el mercado no te podés confiar, en las cosas tampoco. Siempre miro el vencimiento, yo hasta de los juguitos en caja miro el vencimiento, y bueno, si comieron es porque está bueno.
28. 100% importante. **Evitás que el chico se enferme** y que tenga todo lo que necesita.
29. No, no, es muy importante. Porque tiene todos los **nutrientes**, y los eh...**tiene los anticuerpos, todo lo que pueda tener de protegerla de salud**. Los primeros meses.
30. Eh la lactancia materna? Bueno, tengo pensado y tengo escuchado que dijeron que es muchísimo mejor, que **los nenes se enferman menos**, que digamos que **les transmiten más calor las madres a los hijos**, pero bueno, yo a ella no le pude dar, pero bueno, pero estoy contenta que algunas madres le den la teta a sus hijos por lo menos hasta los dos años que es lo que nos dicen siempre los médicos.

Creencia sobre la importancia de amamantar

Crecimiento del niño/a		4
Vínculo madre-hijo		5
Nutrientes		7
Pasaje de defensas		12
Indiferente		1

Al analizar las creencias que tienen las madres acerca de la importancia de la lactancia, podemos ver que para la gran mayoría de ellas amamantar representa un acto de suma relevancia, tanto para las madres que dieron de lactar como para aquellas que por diversas razones no pudieron hacerlo. Expresiones como “Ay, para mí es tan importante”, “Para mí es primordial, primordial”, dan cuenta de que tiene una connotación muy fuerte para este grupo de madres. Algunas madres remarcan que la leche materna es muy importante para el crecimiento del niño al expresar, “Y para mí tiene mucha importancia porque es el crecimiento del bebé”, “Es lo mejor para el crecimiento del niño”. En el discurso también se resaltan las defensas, los nutrientes y el vínculo madre-hijo, como los beneficios más importantes de la leche materna. En cuanto a lo inmunológico las madres manifiestan, “Para mí la importancia, previene un montón de enfermedades [...]”, “[...] lo ayuda con las defensas”, “Yo creo que las defensas, la acumulación de defensas que segrega”. Esta es la asociación que se encuentra con mayor frecuencia, está presente en la mayor parte de los discursos, por lo que podría decirse que es el beneficio que las madres consideran más importante. La vinculación positiva entre lactancia y nutrientes, se evidencia cuando las madres expresan, “[...]es muy importante. Porque tiene todos los nutrientes.”, “[...]como que tiene más vitaminas, más eh...todo lo que necesitan ellos.”, “Y tiene muchos nutrientes la leche materna.”. En el discurso de algunas madres se hace referencia al vínculo madre-hijo que se genera a través del acto de amamantar, “Es importante por las defensas, más por el vínculo en realidad.”, “Y para mí es muy importante, más allá del vínculo”, “Es la conexión más linda con mi hijo”. Esta relación es la que se observa con menor frecuencia.





Al continuar con el análisis, se puede observar el valor que las madres le otorgan a la lactancia, al vincular ciertos problemas de salud a la ausencia de leche materna “[...] el por no tomar la teta, estuvo internado un mes por bronquiolitis, principio de neumonía.”. También se hace referencia al peso en relación a la leche materna, “Por ahí el peso que tiene (excesivo) es al no tomar la teta, porque por ahí incorpora más comida. Por ahí si tomara la teta hoy por hoy, no tendría el peso que tiene, sería menos.”

En las respuestas recopiladas no se observa ninguna referencia a los beneficios que tiene para la madre amamantar, el valor de la leche materna se vincula solo con los beneficios que tiene para el niño, lo cual podría deberse a falta de información o desconocimiento de las madres a este respecto.

Por último se puede observar que al hablar de la importancia de amamantar, las madres se expresan de dos formas distintas. Por un lado se encuentran aquéllas, que han internalizado el valor de la lactancia y para quienes esta acción tiene un profundo significado, “Ay, para mi es tan importante”, “Y para mi, aunque algunos digan que no, me parece lo más mejor”. Mientras que existe un segundo grupo de madres que se refieren al valor de la lactancia de acuerdo a lo que han escuchado o les han dicho, “Y mirá, tengo entendido que le pasás todas las defensas”, “[...] tengo escuchado que dijeron que es muchísimo mejor”.

12. Para mi hasta el año, año y medio creo yo. Hay mamás que dan hasta los tres, pero para mi año y medio como mucho.
13. Hasta el año.
14. Y hasta el año y medio, dos.
15. Hasta los dos años, pero yo ya se lo quería dejar. Puse de todo, igual ella. Le puse labial y le daba miedo, pero después ya no le dio más miedo, y la noche llora y llora.
16. Y...yo tenía entendido hasta los dos, tres, así que tenía pensado darle más o menos hasta esa edad.
17. Para mi por lo menos al año, por lo menos.
18. Y para mi ya a los 6 meses y a los 8 ya pueden empezar a comer un poquito más.
19. ¿Hasta qué edad? Y yo diría que mínimo hasta los dos años.
20. Y no sé, ponele con el hasta el año y medio.
21. Y para mi hasta el año, hasta el año y bueno por ahí hasta el año y medio. Más ya me parece mucho.
22. Para mi que a el le sirve bien la leche es hasta el año.
23. Hasta el año.
24. Y...hasta los 6 meses.
25. Hasta los dos años. Ya nosotras ya estamos frustradas, yo le pensaba dar la lactancia, pero acá con el equipo médico decidimos no darle.
26. Un poco más, más o menos un año y medio.
27. Y yo tendría que sacárselo ya. Porque ella lo está usando de chupete, o sea me sale leche todavía pero para ella ya veo que no es alimento y peor para mí porque me está dejando cada vez más flaca a mi (23 meses de edad).
28. Y yo sostenía que hasta los dos, pero no llegué. Casi dos (risas).
29. Para mí a los 6 porque incorporan ya la comida.
30. Por lo menos hasta los dos años que es lo que nos dicen siempre los médicos.

Creencia sobre la edad hasta la cual se debería dar el pecho

Menos de un año		4
Hasta el año		10
Hasta el año y medio		8
Hasta los dos años		9




Al indagar sobre la edad hasta la cual las madres consideran que debe darse el pecho, se puede observar que este grupo tiene fuertemente incorporada la idea de lactancia materna hasta aproximadamente los dos años de edad, acorde con las recomendaciones de los organismos nacionales e internacionales. Podemos ver que la gran mayoría de ellas cree que entre el año y los dos años es la edad más adecuada para brindar lactancia materna. Resulta importante resaltar que en ningún caso las madres manifiestan falta de deseo para amamantar, incomodidad, molestia o fastidio, sino más bien lo contrario, ya que incluso las madres que no pudieron continuar amamantando, por diversas razones, hubiesen deseado hacerlo. Expresiones como “Para mí, yo hasta el año, año y medio. Para mí pienso que estaría bien. En mi caso yo me quedé sin leche, pero si no le hubiera dado”, “Ya nosotras estamos frustradas, yo pensaba darle la lactancia, pero acá acompañada con el equipo médico se decidió no dar”, dan cuenta de ello.

De algunos discursos se desprende que un pequeño grupo de madres considera que la leche materna es importante solo hasta el momento en el que se comienzan a incorporar otros alimentos o bebidas a la dieta del niño/a. Esto se evidencia cuando expresan, “Y para mí ya a los 6 meses y a los 8 ya pueden empezar a comer un poquito más”, “Para mí a los 6 porque incorporan ya la comida”, “Y hasta los 9 meses porque después es cuando empiezan a tomar los jugos y eso y en vaso”.

9. Yo le di a los 4 meses (no fue por indicación del pediatra sino por propia decisión).
10. Después del año.
11. Y yo lo respeté, o sea a los 6 meses, porque me pareció que era mejor. Porque con mi hija anterior, le di antes y como que se complicó, entonces preferí esperar un poco más.
12. Y a partir de los 6 meses.
13. Y...a los 7-8 meses.
14. No, podés darle la teta e incorporarle a los 5 meses.
15. Y...al año.
16. No, mientras que coma, yo no tengo problema, come de todo (Vuelvo a hacer la pregunta) Para los 10 meses, más o menos.
17. Y para mi ya a los 6 meses y a los 8 ya pueden empezar a comer un poquito más.
18. Y a partir de los 6 meses.
19. ¿La edad indicada? Yo le empecé a dar a los 6 meses. Me parece que es la edad indicada porque más chiquito, me dio la sensación por más que yo veía que otros chicos ya a los 4 meses tomaban, era como que digo, le agrandás el estómago, es bebé, ¿con qué necesidad? Me parecía a mí, no sé.
20. Bueno a los 6 meses con el estuve bárbaro, ni antes ni después.
21. Y yo empecé a los seis por miedo a que le generara...cuando era más chico a que se ahogue, pero si a los 6 meses me parece, 5-6 meses.
22. A los 6 meses está bien.
23. Y yo para mí a los 4 meses ya tienen que empezar a comer. Para que vayan dejando un poco el pecho y consuman otros alimentos. Yo a él a los tres le empecé a dar porque estaba chiquitito, flaquito y levantó un montón cuando le empecé a dar.
24. Al año, creo, no sé (se repite la pregunta) Ah, ella empezó a los cuatro, me parece bien esa edad y si mi hija comió eso, por qué otros no pueden.
25. Y a partir del año, qué se yo. Sí a partir del año. (Se repite la pregunta) Leche y después lo más tranqui no tanto hamburguesas y todo eso. (Se aclara que se hace referencia al momento en que se comienzan a consumir alimentos distintos a la leche) Ah, no sólo leche. No, sí, también al año, año y medio por ahí.
26. Ya en realidad algo come, no sé, yo por ahora le doy (tiene 18 meses).

27. Y yo, porque tuve el error de encajarle mucho la teta, porque también fue mi culpa de que lloraba y tomá, tomá, y así la tenía, siempre en la teta. Y capaz que en la hora de la comida ya estaba dormida y no comía y yo capaz me levantaba tomaba la teta y ya no me comía la comida. Pero para mí de que se le empieza a dar, desde los 6 meses ya, a probar guisos, pucheros, siempre y cuando con cuidado, picado, que no haiga puntitas.
28. Y según el nene. Mi nene (otro hijo) siempre fue más glotón y arrancamos a los cuatro meses, con orden médica. Pero si no cuando empiecen a sentir hambre, yo calculo 4 meses.
29. No, también a los 6. Yo, no sé si habría otra, pero a mí me parece esa. Antes no, me da miedito ver a las chicas que ponele, estaba una había que le daba galletitas y todavía no tenía 5 meses el bebé.
30. Y yo en ellos los míos, les empecé a dar a partir de los 6 meses, pero le empecé a dar, a poner Nestúm en la mamadera, le daba en una tacita, para hacerle probar, pero le ponía siempre más en la mamadera.

Creencia sobre la edad a la cual iniciar la alimentación complementaria

Antes de los 6 meses		5
A los 6 meses		17
Después de los 6 meses		6

Luego de observar los diferentes discursos podemos realizar la siguiente lectura. La mayor parte de las madres consideran que los 6 meses es la edad más adecuada para comenzar a incorporar alimentos distintos a la leche en la alimentación de sus hijos. Algunas madres, si bien consideran que actualmente la edad adecuada es los 6 meses de edad, refieren que con otros hijos la alimentación complementaria comenzó a edades más tempranas por diferentes razones. Hay quienes lo atribuyen al desarrollo propio de cada niño/a, “Depende del desarrollo de cada uno. Porque la primera a los 4 meses ya quería manotear toda la comida”, otras hacen referencia a los cambios en las recomendaciones por parte del equipo de salud, “Con mi otra nena fue a los 3, pero depende del pediatra también, aparte ahora cambió mucho el tema de la alimentación”. En algunos casos se habla de los riesgos que pueden producirse

por incorporar alimentos a edades más tempranas. Algunas madres hacen referencia a experiencias pasadas, “Y yo lo respeté, o sea a los 6 meses, porque me pareció que era mejor. Porque con mi hija anterior, le di antes y como que se complicó, entonces preferí esperar un poco más.”, otras hablan del miedo a que al niño le ocurra algo “Y yo empecé a los seis por miedo a que le generara...cuando era más chico a que se ahogue [...]”, “Antes no, me da miedito ver a las chicas que ponele, estaba una había que le daba galletitas y todavía no tenía 5 meses el bebé.”

Si bien la mayor parte de las madres considera los 6 meses como la edad adecuada, hay un grupo no despreciable de madres que creen apropiada el comienzo antes y después de esta edad.

En cuanto a las madres que piensan que la edad más apropiada para incorporar alimentos distintos a la leche es antes de los 6 meses, encontramos que la mayoría de ellas refiere los 4 meses como una edad óptima, “Y yo para mí a los 4 meses ya tienen que empezar a comer. Para que vayan dejando un poco el pecho y consuman otros alimentos.”, “Ah, ella empezó a los cuatro, me parece bien esa edad y si mi hija comió eso, por qué otros no pueden.”, “Y según el nene. Mi nene (otro hijo) siempre fue más glotón y arrancamos a los cuatro meses, con orden médica. Pero si no cuando empiecen a sentir hambre, yo calculo 4 meses.”




Por otro lado encontramos a las madres que consideran apropiado el comienzo de la alimentación complementaria luego de los 6 meses de edad del niño. En estos casos, cabe destacar, que se realizó varias veces la pregunta porque había una contradicción muy importante entre la práctica (la edad en la que las madres efectivamente comenzaron la alimentación complementaria) y la creencia, sin embargo, la respuesta fue la misma. Es puntualmente llamativo que este grupo de madres refiere que luego de los 8 meses es la edad adecuada para comenzar a incorporar alimentos, “Y sería más o menos a los 9 meses. Como le estoy dando más o menos como la eduqué a ella (refiriéndose a una hija mayor).”, “No, sí, también al año, año y medio por ahí.”, “Para los 10 meses, más o menos.” Hoy se sabe que no existe ningún beneficio en la incorporación tanto temprana como tardía de la alimentación complementaria y que por el contrario, existen potenciales riesgos que pueden afectar el normal crecimiento y desarrollo del niño.

A través de los discursos podemos observar que a diferencia de la lactancia materna, no existe en este caso un concepto claro sobre por qué los

10. Probar con otras cosas, pero lo mismo, pero ponele. En el caso que fuera salado ponerle otras cosas que no tenga tanto gusto, y en el caso que fuera dulce, estem...ponerle otra cosa, más que todo por el color, viste que ellos se guían por el color.
11. Y por ahí si sé que es un alimento importante trato de mezclárselo con alguna otra cosa como para que lo coma bien.
12. Darle la manera de dárselo. Porque yo, va, mi opinión es que la mamá hace el paladar del hijo, para mí. Viste hay mamás que les sacan, que les sacan, para mí no, yo le doy todo.
13. Y hacer de que lo siga probando.
14. Intentar otra vez y dárselo.
15. Y más que nada, no el mismo, al otro día o al otro, trato de volver a insistirle o probar con otras cosas mezcladas.
16. Y trato de incorporárselo, si hoy no quiere mañana le vuelvo a dar.
17. Y no dárselo más. Capaz como ellos no saben...los bebés ven la comida y te los sacan pa' fuera y uno dice bueno, es que ya no le gusta. Pero bueno a veces pruebo, pero en general no.
18. Y la verdad que al ser madre primeriza no sabría qué decirte, hay muchas cosas que no sé hacer, por eso cuando estoy ahí o preguntan, en la charla, me quedo callada porque yo escucho nada más, porque hay cosas que no entiendo. Porque aprendo de a poquito.
19. No, por ejemplo, me pasó. Insisto, por ejemplo dos o tres veces más, veo y si ya veo que no le gusta o que lo padece, entonces ahí si digo bueno se lo saco, si no le insisto al principio.
20. Eh, bueno, después volvérselo a dar. No me pasó mirá, todo lo que le di, todo lo comió bien. Pero siempre, como ellos comen y empujan para afuera, pero no, hay que intentar.
21. Seguir intentado hasta que él se acostumbre a la comida nueva. Me ha pasado con el tomate, no le gustaba el tomate, porque a mí no me gusta entonces yo no le daba. Hasta que el primer día hizo caras, después ya cuando empezó a probarlo, por ahí le ponía un poquito de sal o por ahí en alguna comida le ponía un poco de tomate como para que el incorpore, igual que la acelga. A mí las verduras ya de por si no me gustan, es muy poco las verduras que como. Pero a él verduras si.
22. Si es por nutrición, mezclarlo con otro tipo de cosas para que lo acepte.

23. Cuando le doy algo que no le gusta? Yo, no, no, después **se lo vuelvo a dar a ver si le gusta, sigo intentando.**
24. **Incorporárselo en otro lado.**
25. **Y, yo se lo doy, yo se lo trato de dar, no te digo que a prepo pero se lo doy.** Como el otro día...ahora le quiero dar remolacha, pero hasta ahí, de a poquito va queriendo.
26. **Va si no le gusta no se lo doy.**
27. Y yo siempre cosas que...mi marido que cocina muchas cosas, que mezcla, ellos quieren y yo siempre les digo que prueben. Probá, si te gusta lo comés, y si no bueno no lo comas. No para servir y que dejen, no, probamos si nos gusta. Ella prueba y por ahí si le gusta te dice, sí, sí, te dice, y come. Si, no, pero ella siempre come todo lo que come el padre.
28. **Se lo vuelvo a repetir.**
29. No, yo se lo sigo insistiendo dándoselo. Ponele con el zapallo me hacía caras hasta que ahora **le agrego salsa blanca o lo mezclo con otras verduras y lo come.**
30. Insistir, haciéndola jugar o **intentando probar con otra cosa hasta que ella lo acepte.** Porque son novedades nuevas, hasta que ella lo pueda agarrar sola.

Creencia sobre cómo actuar frente a la neofobia

Intentar nuevamente con el mismo alimento		17
Insistir mezclando con otros alimentos		8
No dárselo más		2

En la bibliografía existe un término para referirnos al rechazo hacia los nuevos alimentos, conocido como “neofobia”, este rechazo es normal y la exposición repetida a los distintos alimentos conduce a la aceptación de los mismos.

Luego de preguntar a las madres sobre qué piensan que deberían hacer si su hijo prueba un alimento nuevo y no le gusta se obtienen respuestas que tienen un punto en común. La mayoría de las madres entrevistadas cree que debe insistir o repetir la exposición hasta que el niño acepte el alimento.

Algunas sostienen que deben seguir insistiendo, porque el niño está comenzando a probar distintos alimentos y es normal que en un principio los

rechace. A este respecto encontramos discursos como, “A todo lo nuevo le hace asco porque no le conoce el sabor y después de dos o tres cucharadas lo come, así que es cuestión de seguir intentando”, “Seguirle a ver si quiere porque es como que no conoce”, “Insistir, haciéndola jugar o intentando probar con otra cosa hasta que ella lo acepte. Porque son novedades nuevas, hasta que ella lo pueda agarrar sola”.





En algunos casos se habla de seguir intentando con un mismo alimento hasta que este sea aceptado y en otros se evidencian distintas estrategias que las madres desarrollan para que el niño incorpore determinado alimento, como mezclarlo con otros alimentos combinando sabores, “No, yo se lo sigo insistiendo dándoselo. Ponele con el zapallo me hacía caras hasta que ahora le agrego salsa blanca o lo mezclo con otras verduras y lo come”, “Probar con otras cosas, pero lo mismo, pero ponele. En el caso que fuera salado ponerle otras cosas que no tenga tanto gusto, y en el caso que fuera dulce, estem...ponerle otra cosa, más que todo por el color, viste que ellos se guían por el color”.

Si bien las madres aceptan la dificultad que muchas veces implica el momento de incorporación de nuevos alimentos a la dieta del niño, este acto se vive, en la mayoría de los casos con naturalidad, sin que llegue a convertirse en un momento traumático. Las madres aceptan que sus hijos están comenzando a incorporar sabores nuevos y que es normal que en un principio puedan rechazarlos, se percibe que respetan los tiempos que tienen sus hijos para alimentarse.

10. **Mucha verdura, mucha fruta** que es lo que trato de que el incorpore como hábito, más que nada la fruta y la verdura.
11. Y yo para mí con desayuno, almuerzo, merienda y cena y alguna colación entre medio, si están haciendo algún deporte o algo. Pero siempre con...o sea, que gasten energía porque comer, comer, comer y estar siempre en el carrito no es bueno. **Y debería comer todos los alimentos, pescado, carne, verdura**. Ella come de todo.
12. **Y verdura**, yogur, leche, todo lo que la pueda hacer fuerte.
13. **Verduras...Carne, pollo, pescado**.
14. E...**fruta, verdura**, nada de frito.
15. Y todo lo que tenga hierro, vitaminas, **todo lo que no sea artificial digamos**. Los jugos, golosinas, eso no.
16. **Comida sana, verdura**, todo lo que tenga vitaminas, hierro.
17. **Y con verdura, mucha fruta** y comida sana.
18. **Y comer, sano. Bastante verdura**, carnes, trato de no darle carnes con grasa, toda esas cosas.
19. Y bueno por ejemplo, yo hasta ahora comida así por ejemplo chatarra no doy. Tengo un nene como te decía, trato de evitarlo, come, **pero yo en mi casa son comidas elaboradas, cocino, hago guisos, pucheros, bifes, ensaladas**. Comemos, pero capaz que en el mes lo hice una sola vez. Para zafar capaz que si, porque yo tengo un nene que lo llevo a pileta y capaz que llegamos justo con el horario, y un día zafé, pero casi siempre dejo casi todo preparado entonces llegamos y ya me queda el último toque de la comida.
20. **Carne, todo lo que tenga proteínas, pescado**. Bueno la carne con él por ahí se la doy chiquitita y le da vueltas y vueltas, y después se la saca. **Bueno y después todo lo que es harinas, legumbres**, nada de comida chatarra.
21. **Verduras, frutas**, yo esas cosas en mi vida no las incorporé nunca, soy más de cosas dulces, golosinas, galletitas, lo que menos hago es comer frutas, no tengo el hábito de comerlas, igual que las verduras.
22. Y...la base, **vegetales, carne, pollo, leche**.
23. **Y no todo cocinado, todo casero**. Viste ahora es más fácil, viste con las hamburguesas, las salchichas. Bueno yo en mi casa no. Si hago hamburguesas las preparo yo, compro carne, la pico, tengo la picadora, tengo todo. Si en mi casa es todo casero.
24. Comer sano. **Todo lo que tenga vitaminas, hierro, todo un poco**.
25. Y...carne, lácteos, arvejas, lentejas, porotos, todo eso es lo más importante.

26. Verduras, esas cosas.
27. Y todo lo que es verduras, todo lo que es, o sea, verduras, mucha fruta. Mucha comida, y nada de chatarra. Por ejemplo a ella la salchicha le encanta, se las come así del paquete a las salchichas, pero ya le damos siempre y cuando menos, siempre un guisito, un pucherito, un estofadito. Capaz que nos sacamos a veces las ganas de comer unas papas fritas, pero no todos los días, una ensaladita siempre se hace.
28. Más verduras, que es imposible en mi casa. Porque mi marido dice que no y entonces los chicos escucharon el no y se les incorporó el no.
29. Eh..m...una alimentación variada. Frutas, verduras.
30. Comer todo sano. Como ser una carne, un guiso, fideos. No todo lo que es chatarra. No decir, bueno, le hago unas salchichas rápido, unas papas fritas.

Creencia sobre alimentación adecuada para un crecimiento saludable

Comer variado		11
Comer vegetales y frutas		19
Comer comidas naturales		5
Comer comidas caseras		2

Al analizar las creencias que tiene este grupo de madres sobre cómo creen que deben alimentarse sus hijos/as para crecer saludablemente, vemos que la mayor parte de ellas hace referencia a una alimentación sana, variada y con un importante consumo de frutas y verduras. El consumo de frutas y verduras asociado a un crecimiento saludable es una de las creencias que se observa con mayor frecuencia en los discursos, “Mucha verdura, mucha fruta que es lo que trato de que el incorpore como hábito, más que nada la fruta y la verdura.”, “Y todo lo que es verduras, todo lo que es, o sea, verduras, mucha fruta.”, “Comidas sanas sería, verdura, fruta.”. Incluso, algunas madres refieren la importancia del consumo de frutas y verduras, aun cuando en su casa no se acostumbra, “Más verduras, que es imposible en mi casa. Porque mi marido dice que no y entonces los chicos escucharon el no y se les incorporó el no.”, “Verduras, frutas, yo esas cosas en mi vida no las incorporé nunca, soy más de cosas dulces, golosinas, galletitas, lo que menos hago es comer frutas, no tengo el hábito de comerlas, igual que las verduras.”. Si bien es importante que

los padres no transmitan sus restricciones alimentarias a los hijos, los niños también aprenden por imitación, por lo que los gestos de aceptación o rechazo de los alimentos por parte de los padres y otras personas influyen en la conducta alimentaria, ya que tienden a copiarlos.

Es importante destacar, en una época donde parece la comida casera frente a lo industrial, rápido y fácil, la ponderación que hacen las madres de la comida hecha en casa frente a esta última, lo cual observamos en discursos como, “[...] yo hasta ahora comida así por ejemplo chatarra no doy. Tengo un nene como te decía, trato de evitarlo, come, pero yo en mi casa son comidas elaboradas, cocino, hago guisos, pucheros, bifés, ensaladas. “, “Y no todo cocinado, todo casero. Viste ahora es más fácil, viste con las hamburguesas, las salchichas. Bueno yo en mi casa no. Si hago hamburguesas las preparo yo, compro carne, la pico, tengo la picadora, tengo todo. Si en mi casa es todo casero.”.

Asociados a una alimentación saludable también se nombran otros alimentos como la carne, lácteos, cereales y legumbres “Carne, todo lo que tenga proteínas, pescado”, “Y...carne, lácteos, arvejas, lentejas, porotos, todo eso es lo más importante.”, “Y...la base, vegetales, carne, pollo, leche”. Las madres también refieren la importancia de vitaminas y minerales en la alimentación de sus hijos, principalmente el hierro, “Y todo lo que tenga hierro, vitaminas, todo lo que no sea artificial digamos. Los jugos, golosinas, eso no”, “Comida sana, verdura, todo lo que tenga vitaminas, hierro”.


En ninguno de los discursos se nombra el aceite o las grasas como parte de una alimentación saludable, en general este tipo de alimentos tienden a ser catalogados como “malos”. Si bien es importante destacar la necesidad de crear hábitos alimentarios saludables desde edades tempranas de la vida, la restricción de grasas durante los dos primeros años puede traer consecuencias indeseables para el crecimiento y desarrollo del niño, ya que estas tienen suma importancia para lograr una adecuada composición corporal y, fundamentalmente, para el desarrollo del sistema nerviosa central.

11. Y yo para mí con desayuno, almuerzo, merienda y cena y alguna colación entre medio, si están haciendo algún deporte o algo. Pero siempre con...o sea, que gasten energía porque comer, comer, comer y estar siempre en el carrito no es bueno. Y debería comer todos los alimentos, pescado, carne, verdura. Ella come de todo (EDAD: 12 MESES).
12. La del mediodía, la de la noche, yogur, una leche (EDAD: 11 MESES).
13. Son seis comidas me parece que tiene que tener el. La colación (EDAD: 12 MESES).
14. Y seis (EDAD: 18 MESES).
15. Y está bien con las dos, nada más que es mucha cantidad (EDAD: 18 MESES).
16. Las 3 comidas, sacando lo esencial digamos que serían los postres y demás, las tres comidas para mí (EDAD: 15 MESES).
17. Y, todos los días (se aclara la pregunta) Y al mediodía y a la noche (EDAD: 8 MESES).
18. Y yo digo mínimo 6 por día, poquito variado, fruta (EDAD: 9 MESES).
19. Yo como 6, no sé, parece que le estoy dando mucho. Pero como también lo veo que anda todo el día y me da la sensación de que por ahí tiene hambre. Yo soy medio golosa, me gusta comer entonces bueno, para mí mínimo 6. (EDAD: 10 MESES).
20. Dos veces, va, mediodía noche y después desayuno y merienda (EDAD: 11 MESES).
21. Y las principales son dos. De ahí a que el yo lo acostumbre diferente, es otra cosa, por mí. Pero lo principal es el almuerzo y la cena, después bueno, el desayuno y la merienda. Pero en las comidas donde más se alimenta es en el almuerzo y la cena (EDAD: 12 MESES).
22. Cuatro (EDAD: 15 MESES).
23. Y, las cuatro comidas. Sí, las cuatro comidas principales y bueno, después las colaciones que les damos. Bueno, él come de todo igual, siempre está con una galletita o algo (EDAD: 15 MESES).
24. Y...creo que son cuatro, ¿no? (EDAD: 18 MESES)
25. Y él come más de cuatro veces por día, entre los media mañana a veces come hasta 6 veces por día (EDAD: 18 MESES).
26. Yo le doy al mediodía, después a la noche y después no es de comer a la tarde así esas cosas (EDAD: 18 MESES).
27. Y ella con lo que está comiendo yo la veo bien, o sea, ella te come al mediodía, se duerme una siestita y se levanta comiendo porque después

está toda mojada, jugando, con hambre, arrasa con todo la heladera, ella y los otros dos hermanos (EDAD: 23 MESES).

28. Comidas tres. Después leche te toma tres, pero los vasos no son grandes, son de 170 más o menos. Es a la mañana, a la tarde y a la casi noche, se ve que no llega y tiene hambre (EDAD: 23 MESES).
29. Eh...no sé, dos, hasta ahora. Ir progresivamente hasta que haga las cuatro comidas (EDAD: 7 MESES).
30. Y, sería lo mejor lo cuatro (EDAD: 23 MESES).

Creencia sobre número de ingestas diarias

Debería hacer 2 comidas		7
Debería hacer 3 comidas		2
Debería hacer 4 comidas		13
Debería hacer 6 comidas		6

La OPS y la OMS recomiendan aumentar el número de comidas diarias a medida que el niño va creciendo. Las recomendaciones establecidas para el niño amamantado promedio son comenzar a los 6 meses con una comida inicial, progresar a 2 o 3 comidas entre los 7 y los 8 meses, y realizar entre 3 y 4 comidas entre los 9 y 24 meses. También es posible ofrecer 1 o 2 colaciones por día (por ejemplo fruta) si el niño lo desea.

Luego de analizar las respuestas brindadas por las madres podemos observar que en general la creencia que estas tienen sobre cuántas veces al día sus hijos deben comer de acuerdo a su edad, es correcta.

En cuanto a los niños cuyas madres creen que deberían realizar 2 comidas diarias, encontramos niños de 6, 7, 8, 9 y 18 meses. En el caso de los niños de 18 meses, cabe la posibilidad de que estos estén recibiendo una cantidad de alimentos inferior a lo requerido, sin embargo, debido a que esta encuesta no evalúa cantidad de alimentos consumidos, no es posible afirmarlo.

En los Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado de la Organización Panamericana de la Salud, se dice que una frecuencia de comidas mayor a la necesaria puede resultar en una disminución de la ingesta de leche materna, lo que puede ser importante de resaltar en el caso de

los niños de 9 y 10 meses cuyas madres refieren que deberían hacer un mínimo de 6 comidas diarias.

A través de los diferentes discursos podemos observar un mayor predominio de la intuición materna frente a las recomendaciones pediátricas. Podemos ver que en muchos casos las madres determinan las comidas que brindan a sus hijos en base a las demandas de los mismos o lo que ellas creen que estos necesitan. Por ejemplo algunas madres expresan, “Como los grandes, las cuatro y bueno puede ser alguna colación. Depende también cómo coma. Ella come bien, come bastante bien”, “Yo como 6, no sé, parece que le estoy dando mucho. Pero como también lo veo que anda todo el día y me da la sensación de que por ahí tiene hambre”. A este respecto es importante destacar que los niños no son adultos pequeños y si bien es importante aumentar el número de comidas a realizar conforme aumenta la edad e incorporar al mismo tiempo las pautas de alimentación familiar, estos tienen necesidades alimentarias propias de cada etapa de crecimiento que deben ser atendidas.

En algunas de las respuestas anteriormente presentadas también se puede observar, que las madres entienden por comida o comidas principales al almuerzo y la cena, no dándole la misma importancia a otras comidas como el desayuno.



Conclusiones

El estado nutricional de la mayoría de los niños participantes en el estudio se encontraba dentro de los parámetros de normalidad. La prevalencia de sobrepeso y obesidad obtenida en la presente investigación fue baja, lo mismo sucedió con la prevalencia de baja talla.

La mayor parte de las madres tuvieron una percepción correcta del peso de sus hijos, sin embargo se observó una ligera tendencia de las mismas a subestimar el estado nutricional de los niños.

La lactancia materna fue una práctica frecuente dentro del grupo de madres encuestadas, principalmente en el primer año de vida del niño/a. Esta práctica tuvo correlación con la creencia que tienen las madres sobre la importancia del acto de amamantar. Existe un importante conocimiento acerca de los beneficios que amamantar tiene para el niño, los cuales coinciden con el saber científico, lo que puede estar hablando del importante trabajo de educación que realiza el equipo de salud de la sala.

La mayor parte de las madres creen que entre el año y los dos años es la edad óptima hasta la cual se debería dar el pecho. No se observaron manifestaciones de cansancio, falta de interés o quejas al respecto.

Todas las madres que no se encontraban amamantando al momento de realizar la entrevista, alimentaban a sus hijos con leche no materna, pero también algunas madres que sí lo hacían complementaron la alimentación con leche de vaca o fórmulas. En general se utilizaba leche de vaca entera para la alimentación de los niños.

La mayor parte de las madres realizó una preparación correcta de la leche a administrar al niño.

En general el consumo de infusiones y bebidas azucaradas fue bajo, hecho que cobra mayor relevancia en el caso de las infusiones. Sin embargo, en el caso de las gaseosas y jugos industriales, se encontró un porcentaje significativo de consumo con una frecuencia diaria.

La mayor parte de las madres comenzaron a brindar alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, cumpliendo con las recomendaciones establecidas por organismos nacionales e internacionales. Sin embargo, un porcentaje significativo de madres incorporó alimentos antes de los 6 meses de edad. Respecto a la edad de incorporación de alimentos, se observó que las madres hablan en general más intuitivamente, sin demostrar mucho conocimiento de las razones para incorporar alimentos a los 6 meses de edad o de los riesgos de hacerlo en otras edades. De todas formas, se encontró una coincidencia entre

práctica y creencia y ambas guardan relación con las recomendaciones del equipo de salud.

La papilla de vegetales, generalmente zapallo, zanahoria, batata o papa, es el alimento con el que la mayor parte de las madres comienzan la etapa de alimentación complementaria. En segundo lugar, se comienza con manzana rallada o yogur.

En cuanto a la diversidad alimentaria podemos observar que en la mayoría de los casos, a los 6 meses de edad los niños basan su alimentación en el consumo de vegetales (zapallo, zanahoria, papa y batata) y frutas. Conforme aumenta la edad, aumenta la variedad de alimentos que forman parte de la dieta. El consumo de alimentos fuente de hierro y proteína es en general alto. En este caso resulta importante destacar el consumo de pescado, tanto por la edad de los niños como por el bajo consumo que se observa normalmente en la población general. En cuanto a los cereales y legumbres se observa un elevado consumo de cereales y derivados, mientras que el consumo de legumbres es relativamente bajo. En general los vegetales C, la zanahoria y el zapallo, son los vegetales que se consumen con mayor frecuencia. El consumo de frutas dentro de la población estudiada resultó ser elevado. Fue frecuente el consumo general de grasas y aceites, así como el enriquecimiento de las comidas con dichos nutrientes durante el primer año de vida del niño. Si bien el consumo de golosinas fue bajo, un porcentaje no despreciable de la muestra las incorpora a edades tempranas. En los discursos de las madres se observa una marcada tendencia a considerar necesario para un crecimiento saludable, el consumo de una alimentación variada y el consumo de vegetales y frutas. También se destaca la ponderación que realizan las madres de la comida casera. No se hace referencia en ninguna de las respuestas brindadas por las madres, a los aceites o las grasas como parte de una alimentación saludable, dentro del imaginario social estos alimentos son normalmente catalogados como perjudiciales. En general la diversidad alimentaria de este grupo es adecuada y se condice con la creencia que tienen las madres acerca de una alimentación apropiada para crecer saludablemente.

Del análisis del discurso respecto a qué actitud tomar frente a la neofobia, se concluye que la mayor parte de las madres considera que se debe insistir o volver a intentar tanto con un mismo alimento o realizando mezclas de sabores hasta lograr la aceptación del alimento en conflicto.

En cuanto a los métodos de cocción utilizados con mayor frecuencia dentro de los hogares, encontramos que estos son en general adecuados.

El agregado de sal a la comida del niño fue una práctica frecuente, más de la mitad de las madres participantes en el estudio reportaron hacerlo.

En el caso de los niños participantes de la investigación, podemos ver que en la mayoría de los casos el número de comidas realizadas se ajusta a las recomendaciones, los discursos brindados por las madres a este respecto también se ajustan a las pautas brindadas por los organismos nacionales e internacionales.

Habitualmente es la madre la que se encarga de la alimentación del menor, lo cual refuerza la importancia de conocer las creencias y prácticas alimentarias que estas llevan a cabo.

En este sentido, debe remarcar el rol del Licenciado en Nutrición el cual debe desarrollar estrategias educativas destinadas a las madres y a las familias en general con el objetivo de mejorar la alimentación y calidad de vida de los niños.

A su vez resulta importante destacar que durante la etapa de recolección de datos y a través de los resultados obtenidos se observa un importante interés por parte de las madres por informarse y aprender, en contraposición con la creencia generalizada que se tiene de este sector social, el cual es normalmente vinculado con falta de motivación y predisposición por aprender sobre temas vinculados al cuidado de los hijos, lo que señala una gran oportunidad para la educación alimentaria-nutricional, y de la educación para la salud en general. Resulta importante que como profesionales de la salud nos posicionemos en el rol de educadores rescatando los recursos positivos que estas madres y familias poseen, con un doble objetivo, por un lado contribuir a la prevención de enfermedades y lograr hábitos y estilos de vida más saludables y por el otro ayudar mediante el traspaso de herramientas a generar madres más seguras, reflexivas, independientes y que se sientan acompañadas por el equipo de profesionales.

Para concluir y dar lugar a nuevas investigaciones, se plantean los siguientes interrogantes:

- ✓ ¿Cuál es la relación entre el nivel de educación materno y el estado nutricional del niño?
- ✓ ¿Qué valor da el equipo de salud a las creencias y saberes maternos?
- ✓ ¿Cuáles son los hábitos alimentarios del grupo familiar y cómo influyen en el estado nutricional del niño?



Bibliografía

- Aguirre, P. (2007). *Qué puede decirnos una antropóloga sobre alimentación* [en línea]. Argentina: federación argentina de cardiología, 2007. Consultado el 18 de mayo del 2010. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c027e/aguirrep.php>
- ----- (2004). *Ricos flacos y gordos pobres*. 1ª ed. Buenos aires : capital intelectual.
- Argentina, Comité de Nutrición. (2001). *Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años* [en línea]. Buenos aires: sociedad argentina de pediatría. Consultado el 27 de agosto del 2013. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf
- Argentina, Ministerio de Salud de la nación. (2006). *Guías alimentarias para la población infantil. Consideraciones para los equipos de salud*. Buenos Aires.
- Argentina, Ministerio de Salud. (2010). *Guía operativa, orientación para la evaluación del crecimiento* [en línea] Buenos Aires: Dirección general adjunta de programas centrales, programa nutricional. Consultado el 10 de noviembre del 2013. Disponible en: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a_primaria/programas/nutricion/archivos/guia_operativa_prog_nutricional.pdf?menu_id=33022
- Boff, I. (2008) *Comensalidad: rehacer la humanidad* [en línea]. Consultado el 18 de mayo del 2010. Disponible en: <http://www.servicioskoinonia.org/boff/articulo.php?num=272>
- Briz hidalgo, F.; Cos Blanco, A. & Amate Garrido, A. (2007) Prevalencia de obesidad infantil en ceuta: estudio ponce 2005. *Nutr. Hosp.* [en línea], vol.22, n.4. Consultado el 27 de agosto del 2013. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0212-16112007000600010&lng=es&nrm=iso.

- Calvo, E. (2003). *Estudios sobre nutrición en menores de 3 años* [en línea] Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Área de Nutrición. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Consultado el 10 de septiembre del 2013. Consultado el 27 de agosto del 2013. Disponible en: http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/libros/2006/libro_nutricion.pdf
- Chile, Ministerio de Salud. (2005). *Guía de alimentación del niño(a) menor de 2 años*. [en línea] Dpto. Nutrición y ciclo vital, división de prevención y control de enfermedades. Consultado el 27 de agosto del 2013. Disponible en: http://www.chilealimentos.com/medios/2008/e_Normativas_Nacionales/Ministerio_Salud/Guia_alimentacion_ninos_y_adolecentes/Guia_alimentacion_nino_nina_minsal.pdf
- Contreras Hernández, J., & García Arnáiz, M. (2005). *Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas*. 1ª edición. Barcelona: Ariel.
- Daza, W. & Dadán, S. Alimentación complementaria en el primer año de vida [en línea]. *Precop scp, ccap*, volumen 8 número 4. Consultado el 23 de agosto del 2013. Disponible en: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_8_vin_4/alimentacion_complementaria_1ano_vida.pdf
- De Girolami, D. (2003). *Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal*. Argentina: El Ateneo.
- Durán P., Mangialavori, G., Biglieri, A., Kogan, I., & Dr. 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) [en línea]. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107(5),. Consultado el 10 de septiembre del 2013. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2009/v107n5a06.pdf>
- García Blandón, P. (1983). *Fundamentos de nutrición*. 1 ed, San José, Costa Rica: Euned.

- Gazali, C. (2005). *Representaciones sociales de lactancia materna y de las prácticas institucionales* [en línea]. Tesis para optar por el título de Licenciada en Nutrición. Universidad de Concepción del Uruguay, Facultad de Ciencias Agrarias, Centro Regional Rosario. Rosario, Argentina. Consultada el 10 de junio del 2013. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/78099584/inf05-01>
- Giordano, S. & Sartori, M. (2012). Percepción de las madres del estado nutricional de sus niños en una escuela primaria de cachi (Salta, Argentina) [en línea]. *Cimel*, Vol. 17, núm. 1, pp. 37-41. Consultado el 15 de enero del 2014. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71724868007>
- Gullerian, A., Guezikaraian, N. & Olivo, M. (2006). Situación nutricional de niños en contextos de pobreza de puerto Iguazú. *Archivos Argentinos de Pediatría*, Vol. 104, núm. 5.
- Gullerian, A., Guezikaraian, N., & Olivo, M. (2006). Situación nutricional de niños en contextos de pobreza de puerto iguazú, Misiones, Argentina [en línea]. *Archivos Argentinos de Pediatría*, Vol. 104, núm. 5. Consultado el 21 de agosto del 2013. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0325-00752006000500007&lng=es&nrm=iso. Issn 1668-3501.
- Hassink, S. (2010). *Obesidad infantil*. Madrid: ed. Médica panamericana.
- Jiménez Huamaní, C. (2008). *Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud fortaleza* [en línea]. Tesis para optar por el título de Licenciada de Enfermería. Universidad nacional mayor de san marcos, Facultad de medicina humana, E.a.p. de Enfermería. Lima, Perú. Consultada el 10 de junio del 2013. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1297/1/galindo_bd.pdf
- Lamas, F. (2012), *guía de práctica clínica: alimentación complementaria para el niño sano entre los 6 meses y los dos años*. Osecac.
- Lizardo, A. & Díaz, A. (2011) Sobrepeso y obesidad infantil [en línea]. *Revista Médica Hondureña*, Vol. 79, núm. 4. Consultada el 20 de julio del 2013. Disponible en: <http://www.bvs.hn/rmh/pdf/2011/pdf/vol79-4-2011-9.pdf>

- López, L., & Sánchez, A. (2010). *Percepción de la imagen corporal que tienen las madres respecto a sus hijos* [en línea]. Tesis para optar por el título de Licenciado en Enfermería. Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería. Minatitlán, Veracruz, México. Consultado el 15 de marzo del 2014. Disponible en: http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31653/1/tapia_lopez.pdf
- Lorenzo, J., Guidoni, E., Díaz, M., Marenzi, S. [et al]. (2007). *Nutrición del niño sano*. 1ª ed. Rosario: corpus
- Marcandares, M. (2011). *Recomendaciones nutricionales para distintos grupos etarios* [en línea]. Consultado el 15 de junio del 2013. Disponible en: <http://defensoria.jusbaire.gov.ar/attachments/article/3115/recomendaciones%20nutricionales.pdf>
- Marschoff, M. *La cocina por asalto*. [en línea]. Consultado el 18 de mayo del 2010. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/63531648/cocina-por-asalto>
- Méndez, C. (2005). *¿Cómo comemos?*. 1ª edición. Madrid: editorial fundamentos.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. [en línea] Washington, D.C.: OPS. Consultado el 20 de marzo del 2014. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Patrones de crecimiento infantil*.
- Organización Mundial de la Salud. *Sobrepeso y obesidad infantil* [en línea]. Consultado el 20 de junio del 2011. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado* [en línea]. Washington DC. Consultado el 10 de diciembre del 2013. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf

- Osorio, J., Weisstaub, G., & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. [en línea]. *Revista chilena de nutrición*, Vol. 29, núm. 3. Consultada el 29 de junio del 2010. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s071775182002000300002&script=sci_arttext
- Pedraza, D. (2004) Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. [en línea]. *Revista Salud pública*, Vol.6, núm. .2. Consultada el 10 de junio del 2011. Disponible en: Http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=s012400642004000200002&script=sci_arttext
- Romo E., López, D., López L., Morales C., & Alonso, K. (2005). En la búsqueda de creencias alimentarias a inicios del siglo XXI. [en línea]. *Revista Chilena de Nutrición*, Vol.32, núm.1. Consultado el 15 de Marzo del 2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75182005000100007&script=sci_arttext.
- Thomson, A., Metz, M. (1999) *Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria: manual de capacitación. Servicio de apoyo a la política agrícola, dirección de asistencia en materia de políticas* [en línea]. Organización de las naciones unidas para la agricultura y la alimentación y la sociedad alemana de cooperación técnica (gtz). Roma. Consultado el 27 de agosto del 2013. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/004/w3736s/w3736s00.htm>

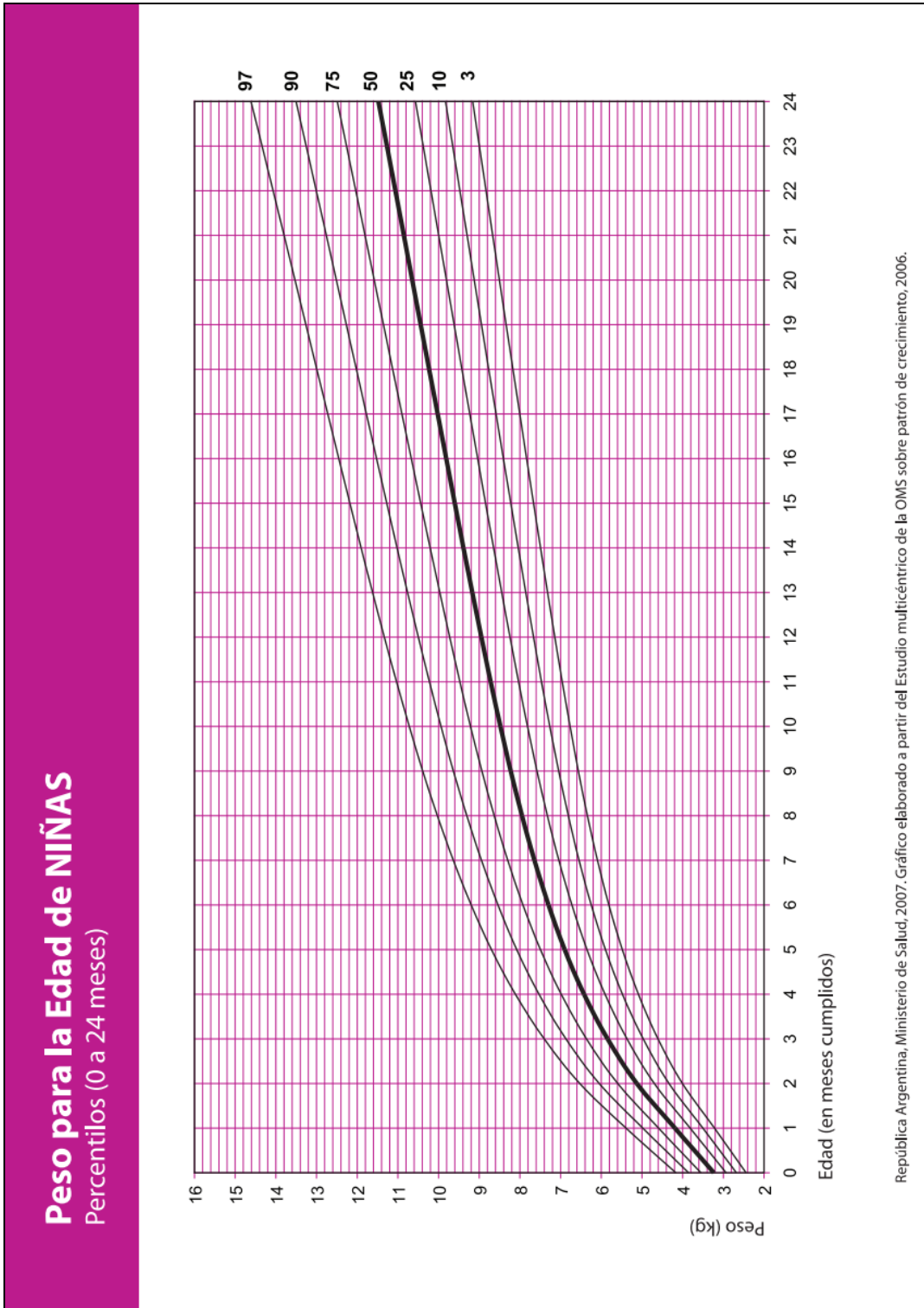
Sitios web consultados:

- www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=114
- <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/economia/econo8.htm>
- <http://www.estadistica.chubut.gov.ar/archivos/operativos-sen/cne/cne-resultados%20finales/defifami.doc>
- http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/7/definiciones_sesd_educacion.pdf
- <http://www.juntaflorida.gub.uy/documentos/ordenanzas/bromatologia.htm>



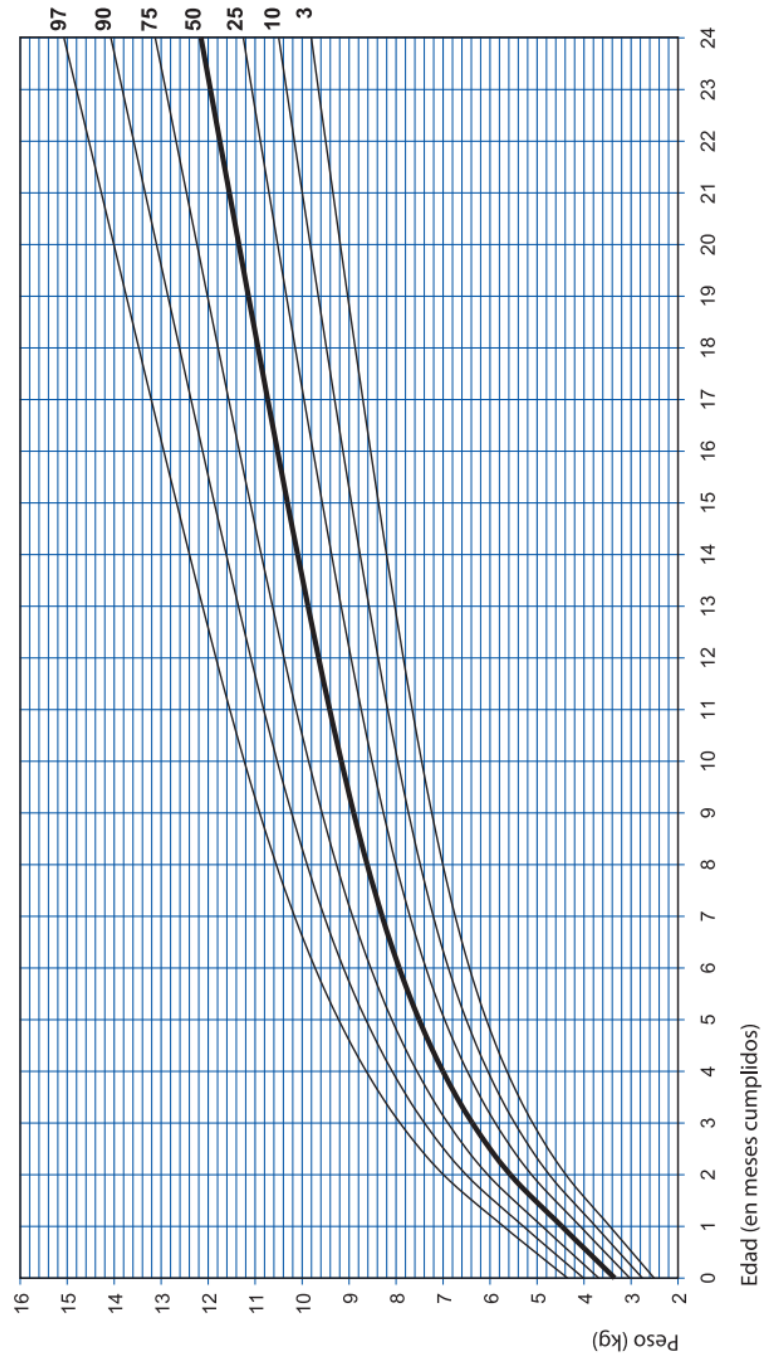
Anexos

Curvas de crecimiento



Peso para la Edad de NIÑOS

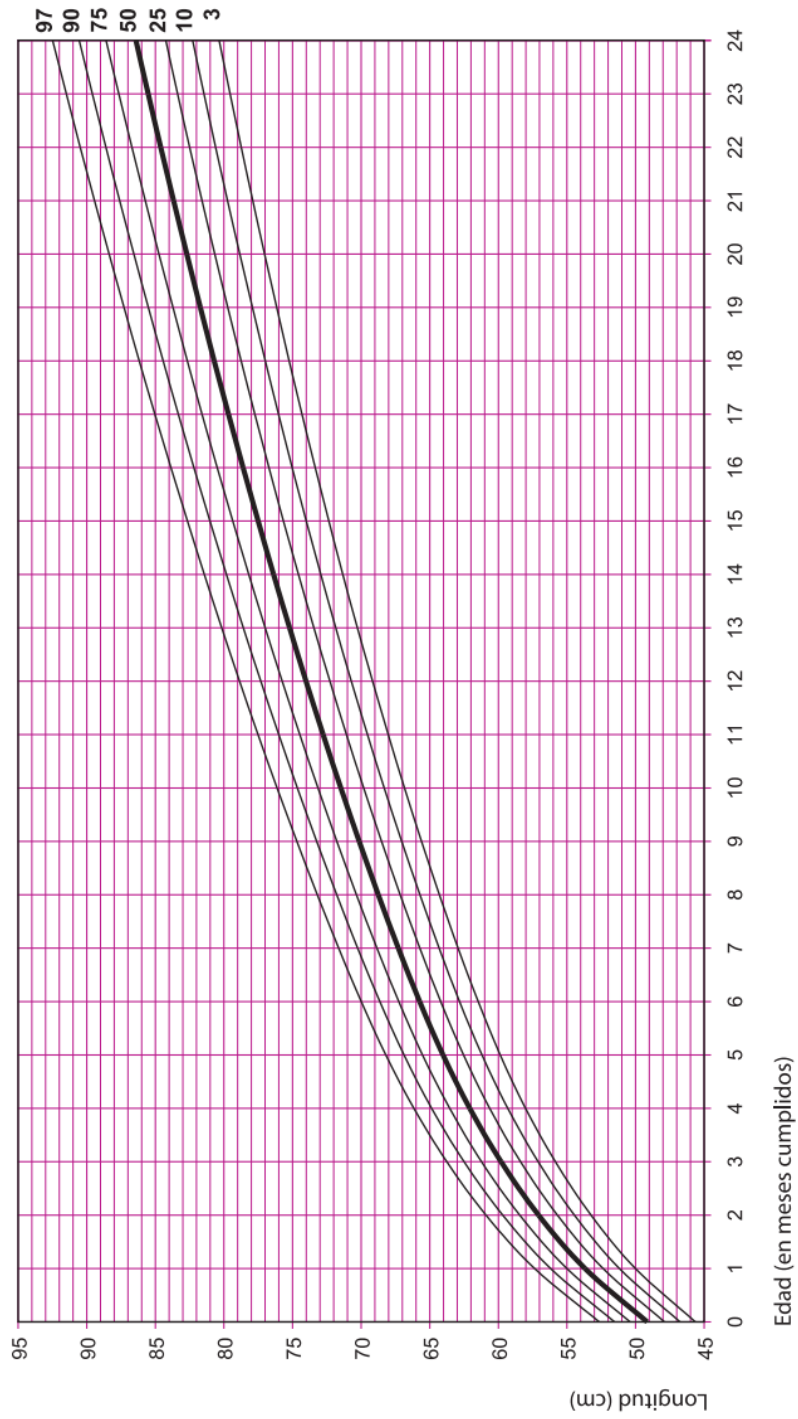
Percentilos (0 a 24 meses)



República Argentina, Ministerio de Salud, 2007. Gráfico elaborado a partir del Estudio multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento, 2006.

Longitud para la Edad de NIÑAS

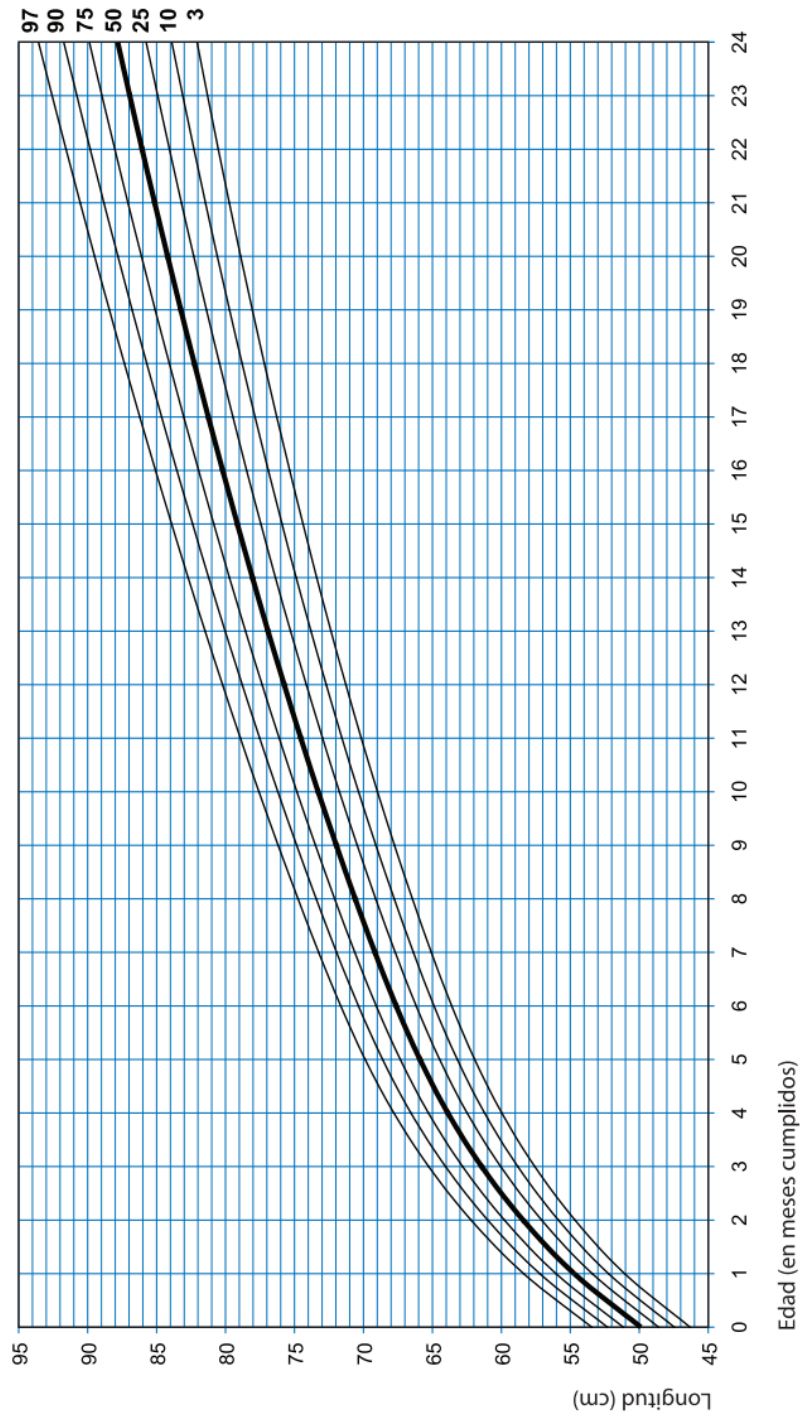
Percentilos (0 a 24 meses)



República Argentina, Ministerio de Salud, 2007. Gráfico elaborado a partir del Estudio multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento, 2006.

Longitud para la Edad de NIÑOS

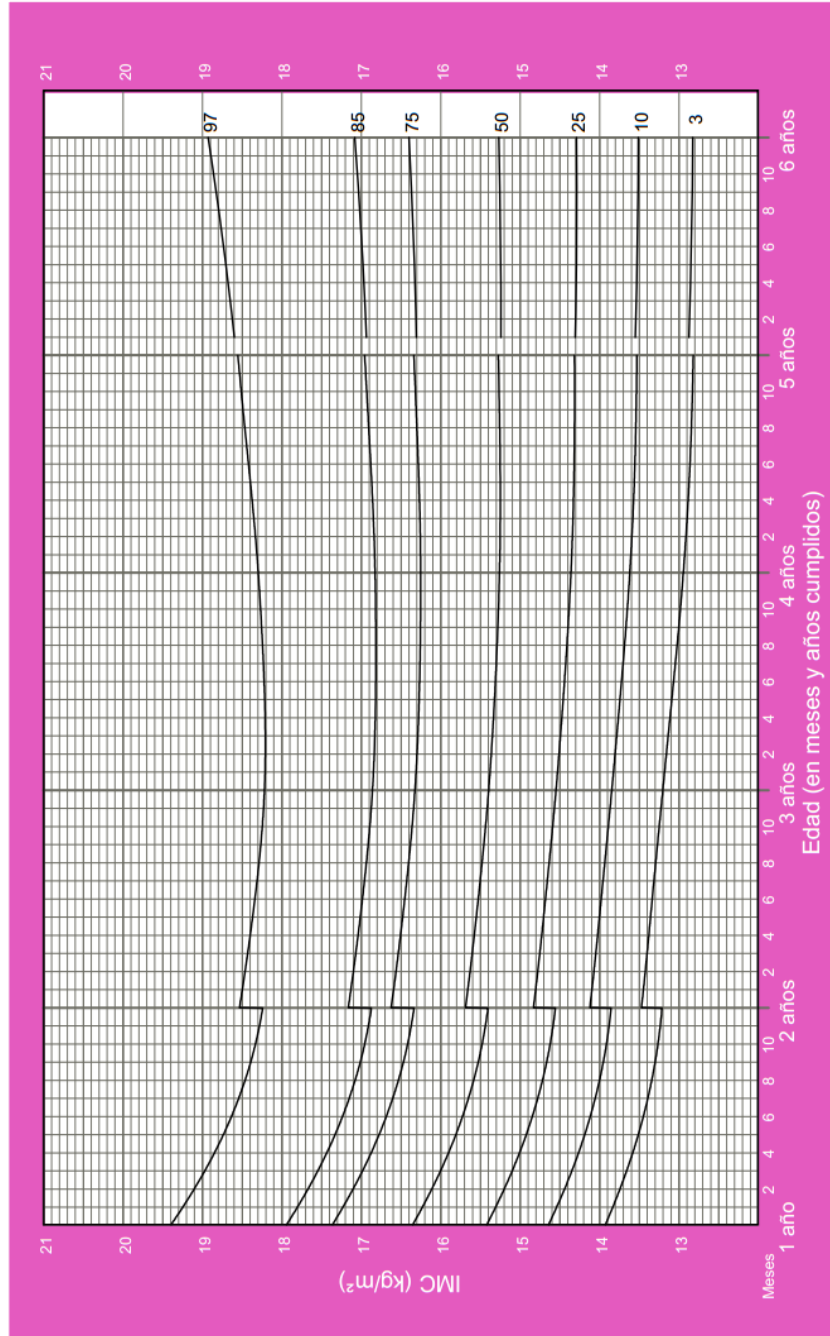
Percentilos (0 a 24 meses)



República Argentina, Ministerio de Salud, 2007. Gráfico elaborado a partir del Estudio multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento, 2006.

IMC para la edad Niñas

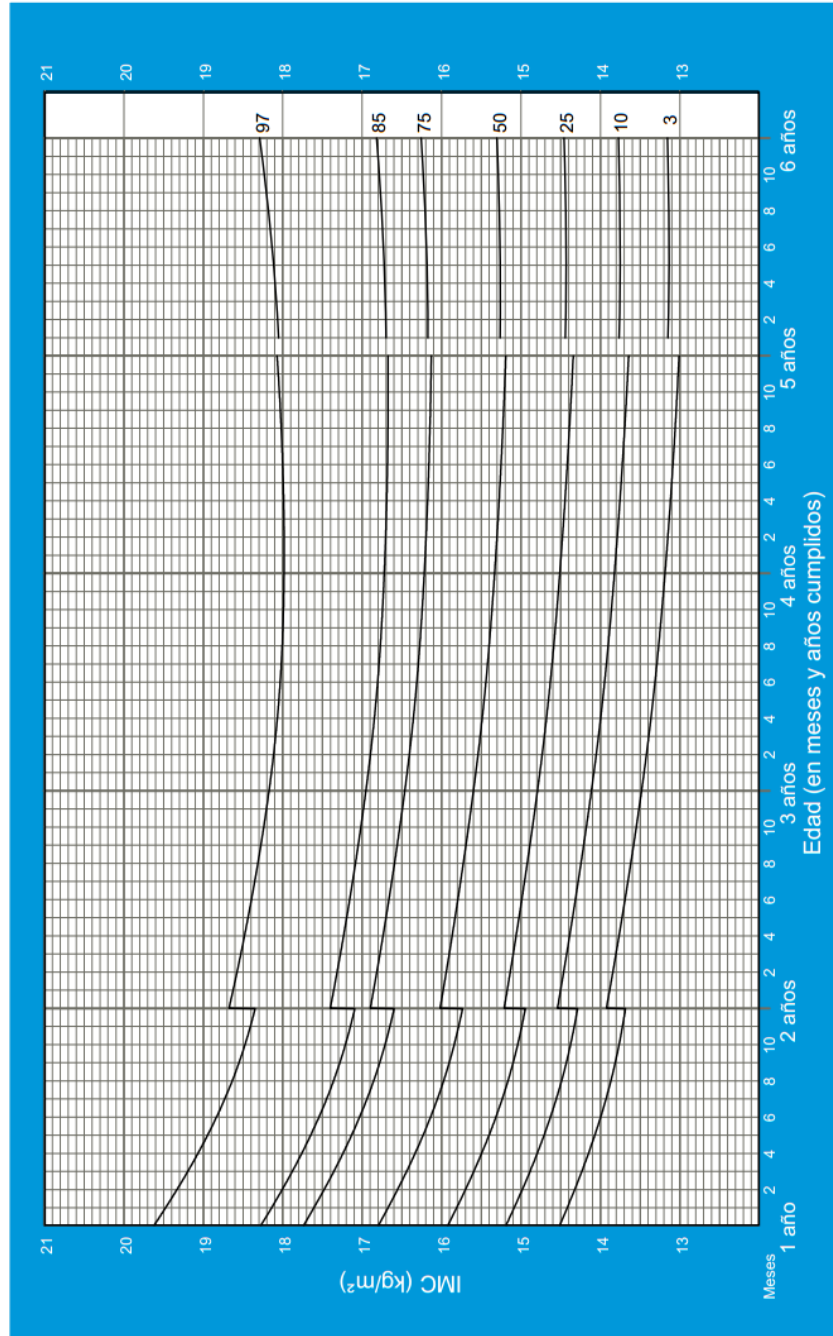
Percentiles (1 a 6 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

IMC para la edad Niños

Percentiles (1 a 6 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

