

UNIVERSIDAD F.A.S.T.A.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

Comportamiento de la madre frente al evento alimentario y la relación con el estado nutricional del niño.



Autor: Acosta, Marianela

Asesoramiento:

TUTORA: Lic. Monica Navarrete de Cornú

CO-TUTOR: Médico Pediatra, Juan César María Roques

Departamento de Metodología de la Investigación

2008



INTRODUCCIÓN

Luego de los 6 meses de edad se inicia la alimentación complementaria en el niño, esto quiere decir la incorporación progresiva de líquidos o sólidos apropiados para el bebé sin desplazar la lactancia materna. En este período incorporamos alimentos que aporten todos los nutrientes en condiciones de digestibilidad y biodisponibilidad adecuadas a cada etapa biológica, como también una variedad de sabores y texturas.

Los alimentos incorporados al comienzo de la vida cumplen con una función si se quiere educativa en relación al aprendizaje de la deglución diferenciada y al reconocimiento de nuevas texturas y sabores. Estos últimos habrán de desarrollarse prevaleciendo en mayor o menor medida en la dieta del niño hasta el destete definitivo y la incorporación a la dieta familiar.

El inicio de la conducta alimentaria constituye una etapa muy importante no solo por ser de gran vulnerabilidad nutricional sino también porque es fundamental en el desarrollo y formación de hábitos en alimentación.

Para conseguir con éxito el pasaje desde la dieta láctea a la dieta completa del adulto, el niño debe aprender a aceptar mínimamente algunos de los nuevos alimentos que se ofrecen. Este proceso no resultará sencillo, ya que los "nuevos alimentos" no le resultan familiares a lo cual se denominará "Neofobia", entendida esta como la negación a aceptar alimentos desconocidos.

En un estudio realizado por Raundenbush y col ¹ en el cual se afirma que los seres humanos somos reacios a la incorporación de comidas nuevas. Pero que esta negación hacia los nuevos alimentos puede ser reducida o incluso eliminada, si la madre de la persona encargada de alimentar al bebé, al comienzo de la conducta alimentaría, estimula al niño con diferentes exposiciones al alimento rechazado.

Otra investigación realizada por Leann Lipp S. Birch y col. ² mostró que entre la exposición de oler y mirar la comida y degustarla, el "galardón" se lo llevo el saborear los alimentos. Este tipo de exposición produce realzadas diferencias en la elección de la sustancia aunque el contemplar el alimento influye en esta selección.

¹ B. Raundenbush and R. A. Franck. Assessing Food Neophobia: The Role of Stimulus Familiarity. *Appetite*, 1999, 32, 261-271. Article No. Appe.1999.0229, available online at <http://www.idealibrary.com>.

² Leann L. Birch, Linda McPhee, B.C. Shoba, Edna pirok and Lois Steinberg "What kind of Exposure Reduces Childres's Food Neophobia? *Appetite*, 1987, 9, 171-178.

Al inicio la alimentación complementaria se deberá tener presente que todo niño/a es "Neofóbico", rechaza lo nuevo de por sí y ante sí, por lo que visualmente se resistirá a la incorporación de algunas comidas nuevas, sin que esto signifique necesariamente que ese alimentos no es más de su agrado. Por otro lado, se nace con preferencias innatas por lo dulce, Neofilia, por lo tanto resultara indispensable realizar buenas prácticas de introducción de alimentos, incorporándolos progresivamente y aceptando las diferencias, siempre dentro de los parámetros normales.

El papel que cumplen los alimentos como elementos "complementarios" a la leche materna son muy importantes no sólo como fuentes de nutrientes esenciales para el primer año de vida, sino que, además, son básicos como estimuladores de aprendizaje acerca de los distintos sabores, texturas, formas, olores que proporcionan los alimentos. Estas sensaciones que se experimentan de forma gradual y cuyo proceso concluye con la incorporación definitiva del niño a la mesa familiar, le permitirán moldear su propio estilo de alimentación.³

Como sostiene O'Donnell y col

*"la conducta alimentaria de los padres como así el modelo que transmitan a sus hijos son fundamentales como guía de hábitos saludables"*⁴

No habrá de perderse de vista que se esta educando la manera de comer y por lo tanto, de alimentar al niño, reasegurando un crecimiento óptimo y una vida social armoniosa.

³ Sullivan, S y Birch, L. (1994). Experiencias dietéticas con la introducción de alimentos sólidos. *Pediatrics* 93 (2)

⁴ Alejandro O'Donnell, se desempeña como Director Científico del Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI).

Ante lo expuesto nos preguntamos:

¿Qué actitudes toma la madre, en relación a la preparación de alimentos y estimulación, de los niños que tienen entre 6 meses y 2 años de edad al momento del inicio de la conducta alimentaria y que repercusiones tienen en el estado nutricional del niño?.

El objetivo general de la presente investigación es:

- * Reconocer el comportamiento de la madre frente al evento alimentario de los niños entre 6 meses y 2 años de edad y la relación con el estado nutricional del niño.

Los objetivos específicos son:

- * Determinar tipos y duración de la lactancia de los bebés entre 6 meses y 2 años de edad que concurren al Centro de Atención Primaria de la Ciudad de Otamendi.

- * Identificar existencia de actitudes de rechazo frente a la incorporación de alimentos nuevos.

- * Indagar el tipo de alimentos que generan rechazo en los niños al comienzo de la alimentación complementaria.

- * Reconocer cuales son las estrategias que implementan las madres para superar el rechazo en los niños que se inician en la alimentación complementaria.

- * Investigar la edad de incorporación del primer alimento y tipo, en los niños entre 6 meses y 2 años de edad.

- * Determinar tiempo dedicado a la alimentación del niño y actitud materna.



ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

A partir del sexto mes de vida se produce un aumento en el desarrollo físico, cognitivo y emocional del lactante, lo cual lo prepara para la incorporación de nuevos alimentos distintos a la leche materna.

Entre los 9 y 10 meses puede sentarse sin apoyo, girar su cabeza y cuerpo mientras se encuentra en esta posición, es lo que caracteriza el desarrollo físico de esta etapa. Esto proporciona al lactante mayores oportunidades para manipular varios objetos al mismo tiempo y para experimentar nuevas experiencias, como por ejemplo la de sentarse en frente de la mesa, interactuar con los alimentos, paralelamente que se va desarrollando la degustación de distintos sabores.

Alrededor de los 9 meses se hace presente la posibilidad de hacer una presión en pinza que facilita estas exploraciones, se produce la erupción de los dientes, que suelen comenzar con los incisivos centrales mandibulares, y este desarrollo refleja, en parte, la maduración esquelética y la edad ósea.¹

Berhman y otros señalan que:

“ El desarrollo cognitivo en un principio, el niño se lo lleva todo a la boca; con el tiempo, los nuevos objetos son levantados, examinados, pasados de una mano a otra, golpeados, dejados caer y, por último, llevados a la boca. Cada acción representa una idea no verbal sobre para qué sirven las cosas. La complejidad del juego del infante, la cantidad de esquemas que crea, es un buen índice de su desarrollo cognitivo a esta edad. El placer, persistencia y energía con que el lactante emprende estas tareas sugiere la existencia de un impulso intrínseco o una motivación de aprendizaje. El compromiso de aprendizaje aparece cuando el bebé se siente seguro; aquellos que tienen vínculo menos seguros muestra una experimentación limitada y una competencia menor”.²

El desarrollo emocional le permite al lactante la capacidad de mirar a un lado y al otro, a un objeto conocido y otro desconocido, a un extraño y a su madre, distinguiendo cada uno de ellos.³

¹ Behrman, Kliegman Harbin, Nelso, “*Tratado de Pediatría*” Cap 11, p 50

² Ibid. p 50-51

³ Ibid.

En este período también surge una demanda de autonomía ya que el niño deja de conseguir ser alimentado, girando la cabeza cuando se aproxima la cuchara con el alimento, o insiste en sostenerla el mismo. La autoalimentación con los dedos le permite ejercitar sus habilidades motoras recién adquiridas "la presión con la pinza" y es a través de esta que se puede conseguir la única forma que el bebé coma.

Surgen las primeras rabietas, sus primeras manifestaciones de autonomía, las cuales chocan con los controles que efectúan los padres y con las limitaciones de las habilidades del lactante.⁴

El niño a los 7 meses, presenta una comunicación no verbal.

Entre los 8 y 10 meses, el balbuceo adquiere una nueva complejidad, con sílabas múltiples "ba - da - ma" e inflexiones que imitan el lenguaje nativo,⁵ y es en estos meses donde los padres se sienten satisfechos por los avances de sus hijos y al mismo tiempo desorientados por la ambivalencia entre el retraso en la introducción de la alimentación con los dedos y el aprendizaje del consumo de la bebida en vaso, lo que, en general, sucede antes del primer año, o en un enfoque intrusivo y demasiado pulcro de las comidas.

La escasa ganancia de peso de esta fase suele ser un reflejo de la lucha entre el lactante y los padres por el control de la comida del primero.

El tiempo dedicado por parte de la familia a hablar, jugar e interactuar con el niño tendrá su recompensa en una mayor comprensión por parte del bebé.⁶

La velocidad de crecimiento disminuye durante el segundo año de vida y lo mismo sucede con el apetito. El tejido graso se metaboliza gracias al aumento de la movilidad del niño.

Alrededor del primer cumpleaños comienzan a andar solos, primero dando pasos inseguros con una base amplia, las rodillas dobladas y los brazos flexionados por los codos; la totalidad del torso rota a cada paso; los dedos de los pies pueden apuntar hacia dentro o hacia fuera y en cada pisada golpean el suelo con toda la planta.⁷

En cuanto al desarrollo cognitivo de esta etapa se destaca la capacidad de alcanzar, tomar y dejar objetos, que al juntarse con los primeros pasos, ayudan al pequeño a despertar la curiosidad por el mundo que lo rodea a través de la exploración. También es probable que utilice los elementos para sus fines previstos.

Hacia los 15 meses el bebé ya responde a algunas frases como "no", "adios" o "dame", y señala las partes de su cuerpo.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

⁶ Behrman, Kliegman Harbin, estimulan la relación madre-hijo a través de los juegos como parte del desarrollo cognitivo del bebé. P 51- 52.

⁷ Ibid

La maduración de los procesos fisiológicos en cuanto a la incorporación de nuevos alimentos a esta etapa de la vida del lactante esta condicionada por los procesos madurativos de los sistemas digestivo y renal.⁸

Durante el primer año de vida, en lo que respecta a la maduración de la función gastrointestinal se producen cambios en el metabolismo digestivo.

Los movimientos masticatorios y con ello la capacidad para cortar, triturar y aplastar los alimentos aumentan con la edad, completándose recién a los dieciséis años.⁹

El reflejo de protrusión puede limitar la introducción temprana de sólidos. Este reflejo empieza a involucionar a los cinco meses, por lo que los semisólidos se incluyen de manera fisiológica respetando esta pauta madurativa.

Esto es de suma importancia en cuanto a la consistencia y cantidad de los alimentos ofrecidos, ya que si la comida brindada exige un gran esfuerzo masticatorio, la porción que el lactante va a consumir va a ser más pequeña que los estándares normales, llegando a comprometer la nutrición del niño.

El recién nacido posee una capacidad gástrica de alrededor de 20 – 30 ml, la cual va aumentando hasta alcanzar alrededor de 300 ml en el primer año de vida.

La gran mayoría de los lactantes presentan una evacuación gástrica de aproximadamente 20 minutos. Lo cual también esta influenciado por la osmolaridad y la densidad calórica de los alimentos consumidos, por lo que es evidente que al inicio de la alimentación complementaria se produzca un retraso del vaciamiento gástrico.¹⁰

La posición corporal no afecta el vaciamiento gástrico.

*La motilidad intestinal es el conjunto de actividades electromecánicas que se producen en el tubo digestivo.*¹¹

Con el crecimiento se producen variaciones en la motilidad intestinal del niño.

Las características citológicas del intestino delgado con sus microvellosidades y las enzimas del ribete, se diferencian hacia el final del segundo trimestre de gestación. La lactasa permanece baja hasta final del embarazo, mientras la sacarasa y maltasa son más precoces en sus funciones.

⁸ Guías alimentarias para niños sanos de 0 a 2 años, p 10.

⁹ Ibid.

¹⁰ Guías alimentarias para la población Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. p 10 - 11.

¹¹ Mazza, C.S. "Alimentación complementaria oportuna". PRONAP 1999; módulo 2, cap. 3. p. 59-91.

La digestión de ciertos macronutrientes como lo son las grasas, proteínas e hidratos de carbono necesitan la presencia de las enzimas pancreáticas, estas muestran variación en el momento en que hacen su presencia en la luz del intestino.

En el momento de la incorporación de la alimentación complementaria – a partir de los seis meses- la absorción intestinal de grasas es adecuada, dado que la lipasa pancreática y lipasa lingual han alcanzado niveles apropiados y la secreción de sales biliares está completamente desarrollada.

La maduración de la función pancreática es un proceso que esta determinado por la edad, el estado nutricional y los factores hormonales.¹²

En cuanto a la barrera mucosa, los mecanismos de defensa que posee el tracto gastrointestinal son generados por el contacto del medio ambiente que este tiene a través de los alimentos, a través de la mucosa intestinal se pueden absorber antígenos limitados o inhibidos por los componentes inmunológicos y no inmunológicos.

Entre los estos últimos se encuentra el peristaltismo, la saliva, la acidez gástrica, la flora intestinal y enzimas como las proteasas, que ayudan a la degradación intestinal de los antígenos y que determinan en parte el grado de transporte intestinal de macromoléculas.

El tejido linfoide asociado al intestino y el moco mediado por inmunocomplejos secretados por las células caliciliares se encuentra en los componentes inmunológicos, estos sirven de defensa frente a antígenos intraluminales que pasan la superficie de la microvellosidad.

La mayor población de células B del organismo y una parte importante de la cantidad total de inmunoglobulinas se encuentra en la barrera mucosa madura. La principal inmunoglobulina del sistema inmune de las mucosa es la IgA, esta tienen un papel de defensa del intestino de los microorganismo y de proteínas antigénicas.¹³

La filtración glomerular a los tres meses es de aproximadamente dos tercios de su maduración completa, alcanzando la maduración de la función renal en un 60 – 80 % a los seis meses de edad.¹⁴

En el segundo semestre de la vida es donde se alcanza la capacidad máxima de concentración renal, es por esto que el niño pequeño tiene dificultades para manejar la sobrecarga de solutos, especialmente en condiciones de ingesta de líquidos reducidas o pérdidas excesivas.

¹² Guías alimentarias para la población Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. p 11.

¹³ Mazza, C.S. op. cit.

¹⁴ Nutrición y alimentación del niño en los primeros años. CESNI. Capítulo 2, p 20.

A la edad de seis meses, la madurez en la función renal permite tolerar una mayor carga de solutos, sin embargo, se debe tener en cuenta, que los niños con ingesta altas de sodio pueden producirse deshidratación hiperosmolar, en situaciones de pérdidas aumentadas de agua.¹⁵

El niño logrará la plenitud de su crecimiento y desarrollo si recibe una correcta alimentación en cantidad, calidad, adecuación y armonía, además del necesario cariño, estímulo y cuidado.¹⁶

A continuación se presenta una tabla con las pautas madurativas en los niños de 0 – 24 meses y sus implicancias en la alimentación.

TABLA 1
PAUTAS MADURATIVAS EN EL BEBÉ DE 0 – 24 MESES

Edad (meses)	Reflejos y habilidades	Tipo de alimentos a consumir
0 – 3 m	Búsqueda – succión – deglución. Reflejo de profusión de 1/3 medio de la lengua.	Líquidos: lactancia exclusiva
4 – 6 m	Aumentos de la fuerza de succión. Aparición de movimientos laterales de la mandíbula. Desaparece reflejo de protrusión de la lengua. Alcanza la boca con las manos a los 4 meses.	Lactancia. Alimentos semisólidos (tipo puré y papillas).
7 – 12 m	Chupa cucharita con los labios. Lleva objetos/manos a la boca. Se interesa por la comida. Toma alimentos con las manos. Mordisquea. Movimientos laterales de la lengua. Empuja comida hacia los dientes. Buen control muscular. Insiste en tomar la cuchara pero no la lleva a la boca.	Lactancia. Papillas y puré. Galletitas blandas. Sólidos bien desmenuzados.
13 – 24 m	Movimientos masticatorios rotatorios. Estabilidad de la mandíbula. Aprende a utilizar cubiertos.	Alimentos familiares.

Fuente: Sociedad Argentina de Pediatría.¹⁷

¹⁵ Sociedad Argentina de Pediatría, Comité de Nutrición. "Guías de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años" 2001. p 13.

¹⁶ *Compendio de Pediatría*, Morano Jorge. Cap 11, p121

¹⁷ Sociedad Argentina de Pediatría, Comité de Nutrición. "Guías de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años" 2001.

Una adecuada planificación alimentaria es el pilar fundamental para el crecimiento, el desarrollo y el futuro de los niños.

*La alimentación complementaria es un periodo durante el cual otros alimentos o líquidos son provistos al niño pequeño junto con la lactancia.*¹⁸

Otros la consideran como:

*“La transición de la alimentación con la leche materna a otros alimentos que no sea leche”.*¹⁹

La alimentación complementaria infantil de buena calidad es aquella que en forma concomitante a una lactancia exitosa es iniciada oportunamente, en cantidad y ritmo de progresión apropiados para satisfacer las demandas del crecimiento, brindando alimentos con variedad de sabores y texturas, siendo segura desde un punto de vista bacteriológico, toxicológico, y se encuentra libre de contaminantes aportando todos los nutrientes en condiciones de digestibilidad y biodisponibilidad adecuadas a cada etapa biológica.²⁰

Cualquier nutriente líquido o sólido provisto al niño pequeño junto con la lactancia materna se considera un alimento complementario. Estos se dividen en dos categorías; los tradicionales y los familiares. Los primeros por estar preparados expresamente para cubrir las necesidades nutricionales específicas del niño pequeño de manera fisiológica, y los segundos, cuando el niño consume la misma dieta de la familia.²¹

La Organización Mundial de la Salud, en 1984, luego de una extensa revisión científica, recomienda que sea “a los 6 meses” la edad elegida para la introducción de los primeros alimentos sólidos y este concepto fue revisado y reafirmado por la misma Organización en 1998.

Es en este momento donde se hace necesario completar la alimentación láctea, por distintas razones y para estimular el desarrollo psicosensorial del niño “nuevos gustos, olores, colores y texturas”, así como también complementar el aporte de calorías, proteínas y otros nutrientes, que ya no se cubren sólo con la leche.²¹

¹⁸ María Soledad Marenzi, *Nutrición pediátrica*, Corpus. P:115

¹⁹ María Elena Torresani “*Cuidado nutricional pediátrico*” Editorial Eudeba, p 127 - 129.

²⁰ Torresani sugiere que la alimentación complementaria sea de buena calidad y aporte todo los nutrientes.

²¹ *Ibid.* p127

Con la incorporación de la alimentación se crean patrones de horarios y hábitos alimentarios, se promueve la conducta exploratoria y se estimula el desarrollo psicoemocional del niño para integrarlo progresivamente a la vida familiar.

*La alimentación complementaria debe aportar los macro y micronutrientes adicionales a los de la lactancia para cubrir las recomendaciones del niño a partir de los seis meses.*²²

La energía que debe aportar la alimentación complementaria es la diferencia entre la energía requerida para la edad y la aportada por la leche materna, por lo tanto depende de la edad y del consumo de leche materna.

En la siguiente tabla se muestra las calorías que deben ser aportadas por los alimentos complementarios por día de acuerdo a la edad.²³

TABLA 2

CALORIAS QUE DEBE APORTAR UN ALIMENTO COMPLEMENTARIO

EDAD	Requerimiento Cal/día	Leche materna Cal/día	Alimentos complementarios Cal/día
6 – 8 m	682	413	269
9 – 11 m	830	379	451
12 – 23 m	1.092	346	746

Fuente: Sociedad Argentina de Pediatría.²⁴

Al inicio de la alimentación complementaria hay que tener en cuenta dos variables: la frecuencia y la densidad calórica de las comidas, ambas se interrelacionan entre sí para cubrir las demandas energéticas.²⁵

Para que la alimentación complementaria cumpla con los requerimientos hay que tener en cuenta la cantidad de comida y su densidad calórica, así a un menor número de comidas se debe aumentar la densidad calórica y viceversa.

²² Ibid. p 128 -129.

²³ Sociedad Argentina de Pediatría, Comité de Nutrición. "Guías de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años" 2001. p 17.

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid. p 38.

El límite en el número de comidas es de tres o cuatro, de las cuales la segunda comida se debe introducir lo más tempranamente posible porque es muy complejo alcanzar la densidad calórica necesaria.

A continuación se muestra los números de comidas diarias recomendadas de acuerdo a la edad del niño.

TABLA 3

Números de comidas según la edad	
Hasta los 6 meses	Leche materna a demanda
A partir de los 6 meses	Leche materna + 1 comida
Entre 7 – 8 m	Leche materna + 2 comidas
Entre 9 – 12 m	Leche materna + 3 comidas
Durante el segundo año	Leche materna + 4 comidas

Fuente: Sociedad Argentina de Pediatría,²⁶

La calidad de la proteína se refiere a una proteína ideal que es aquella que contienen todos los aminoácidos esenciales en cantidad suficientes.

Para la FAO-OMS este macronutriente de la leche humana deben ser considerados patrón hasta el año de vida.

Hay que tener en cuenta que las proteínas de origen vegetal son carentes de ciertos aminoácidos esenciales; como el ejemplo de la lisina en el trigo y maíz, treonina en el arroz y metionina en la soja, es por este motivo que las proteínas a aportar deben ser un 45 a 50% de origen animal.²⁷

En el siguiente cuadro se muestra el requerimiento de proteínas según FAO-OMS.

TABLA 4

Edad	g/Kg/día
0 – 6 m	2,5
6 m – 12 m	2,2
13 – 24 m	2

Fuente: Sociedad Argentina de Pediatría.²⁸

²⁶ Ibid. p 38.”

²⁷ Requerimientos según FAO/OMS 1985.

²⁸ Sociedad Argentina de Pediatría, Comité de Nutrición. “Guías de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años” 2001. p 39.

Las grasas aumenta la densidad energética sin aumentar la viscosidad. Hay que considerar que si la proporción de grasa dietaria es muy alta se altera la relación proteína/energía, resultando una dieta de bajo contenido proteico.

En cuanto a los Hidratos de Carbono, el comienzo de la alimentación complementaria representa un incremento del aporte de este nutriente.

Estos deben ser Hidratos de Carbono complejos como por ejemplo, harina de maíz, arroz u otro cereal. Los azucares simples no debe superar el 10% del total de las calorías aportadas por este macronutriente.²⁹

En cuanto a los micronutrientes a continuación se muestra una tabla con los valores recomendados de cada nutriente a diferentes edades.

TABLA 5

REQUERIMIENTO TOTAL DIARIO DE NUTRIENTES RDA

Nutrientes	RDA		
	6-8 m	9-11 m	12-23 m
Vitaminas			
A (ug RE/d)	500	500	300
Folatos (ug/d)	80	80	150
Niacina (mg/d)	4	4	6
Riboflavina (mg/d)	0,4	0,4	0,5
Tiamin (mg/d)	0,3	0,3	0,5
B6 (mg/d)	0,3	0,3	0,5
B12 (ug/d)	0,5	0,5	0,9
C (mg/d)	50	50	15
D (ug/d – UI/d)	5-200	5-200	5-200
E (mg/d)	5	5	6
K (mg/d)	2,5	2,5	30
Minerales			
Calcio (mg/d)	270	270	500
Cloro (mg/d)	500	500	800
Cobre (ug/d)	220	220	340
Fluor (mg/d)	0,5	0,5	0,7
Yodo (ug/d)	130	130	90

Fuente: Sociedad Argentina de Pediatría.³⁰

²⁹ Nutrición y alimentación del niño en los primeros años. CESNI. Capítulo 2, p 22

³⁰ Sociedad Argentina de Pediatría, Comité de Nutrición. "Guías de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años" 2001. p 41.

La fibra puede limitar la absorción de ciertos micronutrientes como el Hierro y el Zinc, es por esto que no se recomienda superar una ingesta de 1g/100 g de la alimentación.³¹

El uso de la sal no es recomendado ya que los alimentos la contienen en cantidades suficientes como para satisfacer los requerimientos.

*La ingesta aumentada de sodio puede determinar sobrecarga renal de solutos y, si bien no está probada su relación con la hipertensión arterial en la edad adulta, el consumo de sal adicional durante la niñez condiciona la instalación de hábitos alimentarios no saludables de difícil modificación posterior.*³²

En el momento de la incorporación de la alimentación complementaria los bebés poseen un buen grado de desarrollo de la función gastrointestinal, renal, físico y cognitivo.

El ambiente donde el adulto le ofrece la comida al niño tiene que ser de afecto, con control pero sin rigidez para estimular el aprendizaje y hacer de esta acción un momento de intercambio gratificante para ambos.

Hay que tener muy presente que el rechazo a los alimentos nuevos es normal y la repetición conduce lentamente a la aceptación de los mismos.

En cuanto a las características organolépticas, el sabor es un factor importante, la preferencia por el dulce es innata, se puede modificar, pero generalmente se mantienen hasta los dos años. La preferencia por la sal requiere del aprendizaje.

Hay que prestar atención a la textura y olor de las preparaciones para mejorar la aceptación de los alimentos.³³

UNICEF 1993 aconseja ofrecer primero el pecho para evitar cualquier impacto negativo especialmente en niños menores de un año.

³¹ Ibid. p 42.

³² Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires. "Lineamientos para la alimentación del niño menor de 2 años" p 42

³³ Birch L. Billman J y Richards S. Time of day influences food acceptability. *Appetite*, 1984; 109-116.

Con la exposición repetida las preferencias por las comidas o alimentos aumenta. Los alimentos se introducen de a uno por vez y en forma reiterada para incrementar su aceptación. Hay que tener en cuenta que los niños amamantados aceptan más fácilmente los nuevos gustos que los bebés alimentados con fórmulas. Esto se da por la exposición a diferentes sabores a través de la alimentación materna, ya que ciertos alimentos ingeridos por la madre modifican el sabor de la leche y lo que respecta a la frecuencia, se debe comenzar con una comida y progresar a dos entre los 6-8 meses. Entre los 9-11 meses el infante comerá tres comidas y entre los 11-23 meses se aumentará a cuatro.

Otro factor importante es el volumen, por eso se recomienda comenzar con una o dos cucharadas del alimento seleccionado hasta lograr su aceptación, aumentando la cantidad en forma progresiva y de acuerdo a la demanda y la edad del niño.³⁴

Los factores que contribuyen al éxito en la incorporación de alimentos al inicio de la alimentación complementaria son los psicosociales, culturales y ambientales, la disponibilidad de alimentos, el tiempo dedicado de la familia, la actitud de los padres y la relación madre-hijo condicionan la respuesta y adaptación complementaria.

³⁴ Brown, K.H., et al. "Complementary feeding of infants and young children". Indian Pediatric 1999 Jun;



INTRODUCCIÓN DE LOS ALIMENTOS Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS NIÑOS

A partir de los 6 meses es necesario complementar la leche materna, agregándole de a poco otros alimentos diferentes de todos los grupos.

La introducción de estos no debe demorarse más allá de este mes porque es cuando los niños están listos para aprender a comer y fundamentalmente porque necesitan más cantidad de nutrientes para completar su desarrollo.¹

A los 6 meses de edad se comienza a darle al bebé unas cucharaditas de comida una vez al día.

La hora ideal para comenzar a darle las primeras comidas es la que disponga la mamá, ella debe tener tiempo, estar tranquila y bien predispuesta.

Los alimentos se incorporan de a uno a la vez "sin mezclar" para probar tolerancia, la aceptación de sabores y detectar posibles alergias en el niño, se debe ofrecer durante varios días para que el bebé se habitúe al sabor. Una vez superada esta etapa se pueden ofrecer combinados.

Los que se le puede ofrecer al pequeño en este mes son: vegetales, como zapallo, zanahoria, papa y batata y entre las frutas se destacan manzana, banana, pera, durazno, fruta cítrica como naranja, en jugos colados. Los cereales (sin TACC)² como almidón, harina de arroz y maíz, también son sugeridos quesos untables para esta edad; también como la yema de huevo y el aceite.

Los anteriormente descriptos se ofrecen al niño en forma de papilla o puré, las cuales deben estar enriquecidas con una cucharadita de aceite, manteca, o azúcar en el caso de las frutas, a los purés se le puede agregar salsa blanca, ricota o queso untables.³

No hace falta el agregado de sal a las preparaciones, ya que los alimentos contienen, naturalmente, suficiente sal y no conviene que los niños se acostumbren desde pequeños a los sabores muy salados.

El tiempo de la comida es un momento de aprendizaje en el que cada niño tiene su ritmo y debe ser respetado.

Entre los 7 meses, de a poco, las comidas del día irán tomando su forma, es en este período donde se incorpora la segunda comida.

¹ Maria Elena Torresani "Cuidado nutricional pediátrico" Editorial Eudeba, p 137.

² TACC: trigo, avena, cebada y centeno

³ Guías alimentarias para la población Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. p 15

Los alimentos que se le puede ofrecer en este mes son: Quesos blandos. Yogur, vegetales como pueden ser la acelga, la espinaca y el zapallito, frutas como durazno y damasco, cereales sin (TACC). Carnes rojas, pollo sin piel o vísceras.

A los purés y otras preparaciones se le puede agregar yema de huevo dura. La carne se ofrecerá muy cocida, desmenuzada, picada finamente o rallada.

Es muy importante darle todos los días una fruta y una verdura de color amarillo, anaranjado o verde.⁴

En esta etapa de la vida las necesidades nutricionales del niño son altas, por eso es muy importante que cada alimento que coma sea muy nutritivo. También hay que respetar el apetito del chico, ya que ellos regulan de una manera natural la cantidad que necesitan.

Los bebés en este momento necesitan "ayuda" para comer: para aprender nuevos sabores, necesitan ser estimulados, no forzados. Una forma didáctica de motivar a los nenes a incorporar nuevos conocimientos es dejarlos interactuar con la comida a través de las manos, previamente lavadas, de esta forma conocerá la diferentes consistencias de las preparaciones.

Entre el octavo y noveno mes los alimentos que se le puede ofrecer son: quesos de postre, vegetales: remolacha y tomate, pulpa de frutas con ácidos orgánicos: mandarina y naranja, cereales: (con TACC) trigo, avena, cebada y centeno, cereales en grano, manteca, margarina, dulces: jaleas, mermeladas y dulces compactos, pan y galletitas.⁵

Desde el décimo mes hasta el primer año se introduce progresivamente la tercer comida para llegar al año haciendo las cuatro comida, y de cierta forma integrado a la dieta familiar.

La alimentación debe ser lo más variada posible para evitar que se cansen o aburran de los mismos sabores; también para que los chicos incorporen distintos sabores. Para estimular la alimentación se debe combinar cada comida en el mismo plato.

⁴ Ibid. p 15.

⁵ Ibid. p 18.

Es conveniente el agregar poco azúcar, si bien a los niños les agrada mucho este sabor, conviene que no se acostumbren a agregar azúcar de forma exagerada, de este modo se previenen muchas enfermedades en la vida adulta.

Los alimentos que se le puede ofrecer en estos meses son: clara de huevo, pastas rellenas, otros vegetales como chauchas.

El pescado y la miel se introducirán con prudencia al año de edad.⁶

No hay que utilizar la comida como premio o castigo; el niño debe interpretar desde pequeño que el alimento es algo necesario para crecer sano y fuerte.

Poco a poco, el infante debe ir incorporando el momento de la comida como una rutina necesaria y placentera, un momento de aprendizaje en el que deberá participar activamente. Hay que dejarlos "inspeccionar" al alimento, que lo conozcan a través de su nombre, textura, color.

RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES

- ✗ Que la comida no sea un motivo de perturbación familiar
- ✗ Recordar que los bebés no siempre lloran por hambre.
- ✗ Sus necesidades no giran exclusivamente alrededor de la comida.
- ✗ No transformar a los alimentos en el premio o castigo de la conducta de los hijos.
- ✗ No demostrar el amor a los hijos con la sobrealimentación.



Maria Elena Torresani.⁷

A partir del sexto mes es muy importante la incorporación de alimentos y comidas para la conformación del patrón infantil. La exposición reiterada moldea las preferencias del niño y controla la ingestión por determinadas comidas.⁸

Durante el desarrollo infantil, desde el nacimiento hasta el año de vida, el bebé hace el pasaje del amamantamiento a la alimentación complementaria. La niñez temprana es el único período en el desarrollo de un niño en que la motivación para alimentarse depende de un estado fisiológico de depleción: los niños comen cuando tienen hambre.

⁶ Guías alimentarias para la población Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. p 20.

⁷ Maria Elena Torresani "Cuidado nutricional pediátrico" Editorial Eudeba, p 135.

⁸ Leann L. Birch. "Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida" Cap 2; pag: 35.

El proceso de transmisión de la succión a la alimentación sólida requiere cambios en el desarrollo de la conducta alimentaria en los primeros años de vida. Estos cambios son regulados por la interacción de varios factores como son: la adquisición de las funciones neuromotoras y cognitivas.

La modalidad de la alimentación infantil está influenciada por la maduración del sistema neuromuscular. Los reflejos relacionados con la alimentación, los cuales se encuentran presente en los diferentes estadios del desarrollo, pueden influenciar facilitando o interfiriendo en la introducción de distinto tipos de alimentos, por ejemplo: el reflejo de protrusión puede limitar la introducción temprana de sólidos. Este reflejo empieza a involucionar a los cinco meses, por lo que los semisólidos se incluyen de manera fisiológica respetando esta pauta madurativa.⁹

Estas nuevas habilidades le permitirán al niño la autorregulación de la ingesta según su hambre y saciedad y expresar sus deseos o no de comer.

La relación con el medio que los rodea; el medio social, cultural y los padres, y la conducta que estos asuman ante las distintas señales "rechazos, preferencias o reclamos" que el bebé efectuó son factores muy importantes en el proceso de aprendizaje y del establecimiento de los patrones alimentarios.

El tener en cuenta las pautas madurativas no significan que el alimento debe ser introducido en la dieta cuando el reflejo aparece o desaparece, sino que el niño está físicamente más capacitado para manejar su alimentación cuando se dan las condiciones biológicas.¹⁰

Cuando se incorporan los semisólidos los lactantes inicialmente succionan los alimentos de la cuchara con la cual se le ofrece la comida. Al comienzo de la alimentación complementaria, alrededor de los 6 meses se pueden distinguir en el bebé los movimientos de ascenso y descenso de la mandíbula, tipo masticatorios, los cuales dan la pauta que se pueden incorporar alimentos sólidos como galletitas o cereal, se cuente o no con la presencia de dientes y alrededor de los 8 meses, se empiezan a notar los movimientos laterales de la lengua que llevan los alimentos hacia los molares.

⁹ Ibid pag: 34

¹⁰ Sociedad Argentina de Pediatría, Comité de Nutrición. "Guías de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años" 2001. p 14.

Mientras que entre los doce y dieciocho meses de edad se hacen presentes los movimientos rotatorios completos que permiten al niño destrozarse carnes y algunas frutas y vegetales.

El desarrollo infantil en los distintos meses indica el momento en que los alimentos pueden ser manejados físicamente por los niños, pero la eficacia en el consumo de los diferentes tipos de alimentos varía con la edad; esto da conocimientos de que a pesar que se encuentren las condiciones biológicas, el tiempo para completar una comida es muy diferente, y varía de un niño a otro, aunque la consistencia del alimento sea la apropiada para el grado de maduración. El tiempo utilizado para comer los alimentos sólidos y viscosos disminuye con la edad.

“Por otra parte las preferencias o rechazos alimentarios de los niños están poderosamente moldeados por el aprendizaje y las experiencias tempranas. Con la excepción de la aparentemente innata preferencia por el sabor dulce y el rechazo por los sabores ácidos y amargos, todas las respuestas afectivas por las comidas son adquiridas.”¹¹

“Algunos autores postulan la existencia de períodos sensibles o críticos del desarrollo durante los cuales los alimentos deben ser introducidos. Período sensible es el momento óptimo para que nuevas conductas sean aprendidas de la manera más eficiente mientras que el período crítico sería aquel después del cual no es posible que la conducta sea aprendida.”¹²

La incorporación de la alimentación complementaria de forma inapropiada puede producir rechazo en algunos alimentos. Esto es muy importante para el establecimiento de hábitos alimentarios saludables en los niños.

Para el desarrollo de la conducta alimentaria es necesario de procesos asociativos como también de los no asociativos.

¹¹ Leann L. Birch. *“Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida”* Cap 2; pag: 37.

¹² Sociedad Argentina de Pediatría; *“Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años”* año 2001. cap 4, pag 14.

Con respecto a los procesos no asociativos, la repetición de oportunidades para consumir nuevos alimentos es fundamental para determinar si una comida será aceptada o rechazada. En general, los niños tienden a rechazar alimentos que no les son familiares.¹³

Para evitar este rechazo la constancia, de los padres o de la persona encargada de la alimentación del los niños, de repetir la exposición al alimento en cuestión, sin ejercer presión de ninguna clase es fundamental.

Si los padres o cuidadores interpretan este rechazo inicial a ciertos alimentos como un rechazo definitivo, es muy probable que estos no se le vuelvan a ofrecer al bebé, dando como resultado dietas muy limitadas en su variedad.

Por otra parte, la exposición a los alimentos ocurre en un contexto social y tienen consecuencias fisiológicas, los niños también tienen oportunidades para aprender a asociar las comidas con contextos y consecuencias. Esta forma de aprendizaje, denominado condicionamiento asociativo, también juega un papel importante en el desarrollo de patrones de aceptación de comidas.

El condicionamiento asociativo moldea preferencias y rechazos a determinadas comidas y también contribuye a cambios madurativos en los controles de la ingestión de comidas.¹⁴

La influencia del contexto social, a partir de los 6 meses de edad es muy importante, ya que los bebés deben pasar del consumo de una alimentación única "leche materna" a la aceptación de una dieta variada. Este proceso ayuda en la incorporación de reglas socioculturales y restricciones en la alimentación.

Un factor determinante en la adquisición de patrones alimentarios es la cantidad y calidad de la exposición a los alimentos y comidas, esto sumado a que el acto de comer se produce varias veces en un día, da la posibilidad de muchas oportunidades para el aprendizaje.

Es así que los niños aprenden que comidas les agradan y también aprenden a rechazar otras.

¹³ Leann L. Birch. *"Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida"* Cap 2; pag: 37.

¹⁴ Ibid. p 38.

Las prácticas habituales de alimentación de los niños están influenciadas por el intento de los padres de tomar control sobre la misma. El mismo puede ser dado a través de premios o castigos, esto se aplica reiteradamente cuando los progenitores piensan que sus hijos no pueden controlar de manera adecuada la ingestión de alimentos.

*Hay hallazgos que revelan que los infantes aprenden a rechazar las comidas cuyos consumo premian los adultos, por considerarlas mas nutritivas, como las verduras. Por el contrario, los alimentos que los padres usan como premio se hacen cada vez más predilectos por servir de recompensa. Esto es particularmente problemático porque las comidas usadas como obsequio frecuentemente son ricas en azúcar, grasa y sal, sustancias que se recomiendan limitar en la alimentación cotidiana.*¹⁵

Otro factor interesante en la adquisición de una buena conducta alimentaria son las actitudes de la persona encargada de la alimentación del niño. En esto influyen las creencias de la madre así también como las prácticas que ellas realizan en distintas circunstancias relacionadas con la alimentación.

*“Un estudio sobre nutrición infantil, observo las influencias de las actitudes maternas en la ingesta de alimentos, y se llego a la conclusión que en las madres con actitudes activas tales como enojarse, ponerse nerviosa o amenazar al niño con algún castigo, lejos de estimular el consumo de alimentos, se asocio a menores ingesta”.*¹⁶

¹⁵ Birch L. Billman J y Richarrds S. Time of day influences food acceptability. *Appetite*, 1984; p 109 – 116.

¹⁶ Estudio sobre Nutrición en menores de 3 años “Alimentación y Riesgo de nutrición infantil”. Dirección: Dra Elvira B. Calvo, Coordinación: Dra. Laura Beatriz López (Becaria) Ministerio de salud y Ambiente de La Nación, Área de Nutrición, Dirección Nacional de salud Materno Infantil.

Otros comportamientos activos de tipo estimulantes como el demostrarle comiendo ella misma, hablarle, dejarlo jugar o interactuar con la comida mostró mayor consumo de alimentos y la aceptación más alta de un alimento nuevo.¹⁷

El contexto social de la alimentación es muy importante para el desarrollo de los patrones alimentarios en los niños pues las señales fisiológicas producidas por los distintos alimentos se van asociando con las reacciones negativas o positivas de ese contexto social.

Los alimentos que se presentan al bebé como recompensa o premios se van convirtiendo en los preferidos, mientras que los que están obligados a comer, o comen por ser recompensados, se van rechazando progresivamente.

INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS SEGÚN LA EDAD

EDAD (en meses)	ALIMENTOS
6	Vegetales: papa, batata, zapallo y zanahoria. Con el agregado de aceite de girasol. Frutas: Banana y manzana. Naranja en jugos colados y diluidos. Cereales sin TACC: almidón, harina de arroz y maíz. Queso untable Yema de huevo Aceite
7	Quesos blandos Yogur Vegetales: acelga, espinaca y zapallito. Frutas de estación, durazno y damasco. Cereales sin TACC Carne roja, pollo sin piel o vísceras
8 a 9	Quesos de potres Vegetales: remolacha y tomate. Frutas: pulpa de frutas con ácidos orgánicos: mandarina y naranja. Cereales con TACC Manteca o margarina Dulces: jaleas, mermeladas y dulces compactos. Pan y galletitas.
10 a 11	Clara de huevo Pasta rellenas Vegetales: chauchas.
12 - 24	Pescado Miel Dieta familiar

Fuente: Maria Elena Torresani¹⁸

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Maria Elena Torresani "Cuidado nutricional pediátrico" Editorial Eudeba, p 133

Los patrones de preferencias y los controles de ingestión que los lactantes adquieren diferirán notablemente debido a diferencias en el inicio de la alimentación complementaria, incluidos los contextos sociales en que tienen lugar la alimentación, la disponibilidad de alimentos considerados apropiados para la alimentación del niño, y las creencias paternas acerca de la alimentación de su hijo.

Lo más interesante en el desarrollo de conductas alimentarias en los chicos es la forma en que son influenciados por las experiencias y el aprendizaje temprano.¹⁹

¹⁹ Birch L. Billman J y Richarrds S. Time of day influences food acceptability. *Appetite*, 1984; p 109 – 116.



NEOFOBIA

El término "Neofobia" fue explicado por el Psicólogo estadounidense William James¹ como:

"Una tendencia a rechazar cualquier cosa nueva, un miedo anormal y persistente hacia cualquier novedad".²

Esta expresión hace referencia al "miedo" de la incorporación de nuevos alimentos en la dieta del bebé, el mismo es un trastorno muy frecuente que suele darse en el niño, quienes se niegan a comer alimentos que no conocen y que no han probado nunca a pesar de los necesarios que son para su adecuado desarrollo.

Por otra parte hay una menor predisposición que los bebés alimentados con la leche materna tenga una menor reacción de neofóbica a los nuevos alimentos. La razón es que a través de la leche materna se trasmite los distintos sabores de la alimentación que consume la madre, es por esto que los niños están en contacto con diferentes sabores a través del amamantamiento. Así lo explica Sullivan y col³ en un estudio longitudinal realizado en niños de 4 a 6 meses, donde mostraron que aunque todos ellos aceptaban la alimentación, aquellos bebés alimentados previamente con leche materna tenía una ingesta mayor que los alimentados con fórmulas lácteas. Lo anterior descrito probablemente ocurra por que en el niño que toma pecho se expone previamente a los diferentes sabores que encuentra en la leche de su madre y al reconocerlos en la nueva alimentación ofrecida no los rechazaba.

Esta resistencia patológica tiene dos momentos críticos; el primero que coincide con el destete y la introducción de los alimentos semisólidos o cualquier cosa distinta a la leche.

El segundo pico acontece aproximadamente a los 2 o 3 años cuando el niño afirma su personalidad y se larga a explorar el mundo.

Para lograra con éxito el paso de la dieta láctea de la primera infancia a la alimentación variada del adulto, el niño debe aprender a aceptar por lo menos algunos de los nuevos alimentos que se le ofrece.

¹ William James Psicólogo (1842 – 1910). Filósofo y psicólogo estadounidense que desarrolló la filosofía del pragmatismo.

² Ibid.

³ Sullivan S, Birch L. Infant dietary experience and acceptance of Solid foods. *Pediatrics* 1994; 93: 271-277.

Ahora bien, hay que tener en cuenta que las preferencias o rechazos a los alimentos por parte de los niños son muy comunes. Estas respuestas que se tienen frente a un alimento están moldeadas por el aprendizaje y las experiencias tempranas. Por otro lado todas manifestaciones afectivas por la comida son propias del ser humano.

La persistencia y el continuo esfuerzo por parte de la madre de ofrecer los alimentos que son rechazados al niño, y al mismo tiempo permitir a este interactuar con la comida, a través del juego, el tacto, degustación, aunque esto implique que el chico se ensucie o tire la comida; hace aumentar las chances que el bebé acepte el alimento.

En el estudio realizado por Leann Lipp S. Birch y col⁴ investigaron dos tipos de exposición a los nuevos alimentos los cuales son: "Degustar" el cual incluye visión, olfato y gusto, y "Mirar" que incluye visión y olfato, pero no gusto. Llegaron a la conclusión de que "Degustar" los alimentos producir notable preferencia, por sobre el contemplar el alimentos, aunque este influir en la elección, ya que la comida que no era grata a la vista, no era elegida para degustar.

Pero hay que tener en cuenta que este aprendizaje es lento, lleva tiempo de instruirse por parte del niño y de la madre, como también de paciencia por parte de la última. Y hay q ser conciente que algunos niños les cuestan mas que a otros.

Sin embargo si se dan repetidas oportunidades para probar el nuevo alimento, se termina cambiando el rechazo inicial por aceptación.

Así lo demuestra la investigación realizada por B. Raunden Bush y col⁵ Donde concluyen que una mayor exposición, entendiéndose esta como varios contactos con el alimento en cuestión, es efectiva para reducir la neofobia.

Siempre y cuando esta exposición reiterada a alimentos nuevos no sea seguida de consecuencias gastrointestinales negativas como lo son las nauseas o vómitos. Ya que el niño puede asociar ese alimentos con alguna experiencia traumática, con altas probabilidades de rechazar el alimento.

⁴ Leann Lipps Birch; Linda Mc Phee; B. C Shoba; Edna Pirok and Lois Steinberg. What kina Of. Exposure reduce children's food Nophobia?. *Appetite* 1987, 9, 171-178. child development laboratpry, University Of. Illinois at Urban-Champaign.

⁵ B. Raunder Bush (departament of Psychology, wheeling Jesuit University) and R. A. Franck (Departament of Psychology,U/niversity of Cincinati). *Appetite*, 1999, 32, 261-271.

A esto hay que sumarle que los padres deben apoyar a sus hijos en el momento del inicio de la conducta alimentaria pero sin presionarlos, para que el niño pueda empezar a vencer esta resistencia patológica. Ayudarlos en este proceso de aprendizaje, acompañarlos ingiriendo lo que los padres pretenda que coman sus hijos.

Para superar esta negativa se necesita por lo menos entre 8 y 10 exposiciones hasta tener indicios claros de una mayor aceptación, lo que lamentablemente significa más rechazos de los que muchos padres toleran. Desgraciadamente, los padres interpretan este rechazo inicial como un signo de negación definitivo, es probable que dicho alimentos no se le vuelva a ofrecer al niño, y por lo tanto no habrá ocasión de más exposiciones, necesarias para influir en la aceptación. La interpretación de los padres a la respuesta neofóbica infantil normal puede llevar a una dieta muy limitada en su variedad.⁶

Alejandro O'Donnell⁷ explica que los alimentos más "odiados" por los niños al inicio de la alimentación complementaria son las verduras y las frutas a lo cual le sigue el pescado.

Los chicos tienden a rechazar lo verde, y también lo de color rojo. Este rechazo innato hace que los padres cometan el error de ofrecer a sus hijos aquellos alimentos que están seguros de que los niños van a aceptar y es por eso que caen en la carne, papas, postrecitos, los lácteos, las patitas de pollo, las hamburguesas y las salchichas.

Explica que las verduras crudas y amargas, las que más gusto a "yuyo" tienen, son las más difíciles de introducir a la dieta del niño. Pero

"La neofobia parece tener una excepción: los alimentos dulces. Con seguridad un alimentos nuevo, pero dulce no presenta dificultad para ser incorporado. De hecho, este es el motivo por el cual la mayoría de los preparados infantiles contienen azúcar", dice el Doctor O'Donnell.⁸

Así no se educa el gusto, al contrario, se acentúa la preferencia por lo dulce, que es lo único característico del ser humano y que se debe a que la especie a la cual pertenecemos necesita glucosa para vivir.

Es así que la neofobia es un factor que influye y determina los hábitos alimentarios de los niños.

⁶ Leann L. Birch. "Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida" Cap 2; pag: 34.

⁷ Alejandro O'Donnell, a se desempeño como Director Científico del Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI)

⁸ Ibid.

Birch, Doménech y O'Donnell⁹ entre otros, intentaron disminuir el rechazo de los niños a comer alimentos nuevos, en este estudio se destaca el trabajo de la licenciada en pedagogía y psicología infantil Montse Doménech¹⁰ que junto a Eduard Estivill¹¹ crearon un método práctico para ayudar a los padres a enseñarles a comer a sus hijos.

Tener hambre es una necesidad del cuerpo, biológica, natural; saber comer bien y en el momento adecuado es un hábito que hay que inculcar y aprender, como ocurre con dormir o con cualquier otro de los principales hábitos higiénicos.

La resistencia de los niños a comer es habitual ya que forma parte del espíritu de rebeldía ante las cosas que se les imponen. Pero en eso consiste educarlos, deben ir aprendiendo que casi todo tiene un momento y un lugar, y también una manera.

*Las incorrecciones en los hábitos alimentarios se construyen durante la niñez, y es entonces cuando hay que detectar el problema y encauzarlo correctamente.*¹²

Por tal motivo es necesario un método y un tiempo de aprendizaje.¹³

Montse Doménech¹⁴ propuso un método sencillo y eficaz, que se puede poner en práctica desde que el niño toma sus primeras papillas. No es un manual de buenas maneras en la mesa, aunque es cierto que los niños que saben comer son considerados socialmente mejor educados, sino una estrategia para que los chicos adquieran el hábito correcto de comer bien y de todo.

Es un método sencillo y su único secreto son la firmeza, la constancia y la confianza de los padres a la hora de aplicarlo.

*Lo primero, y lo mas duro, que tienen que aprender los padres es que lo de "Mi hijo es muy especial para comer" no significa otra cosa que "Mi niño necesita un buen aprendizaje, pues nos toma el pelo como quiere". Cuando se acepta el problema que se tiene, se puede empezar a trabajar para crear el hábito de comer bien.*¹⁵

⁹ Autores que analizaron de diferente forma la neofobia en los chicos.

¹⁰ Licenciada en pedagogía y psicología infantil por la Universidad de Barcelona.

¹¹ Pediatra y neurofisiólogo.

¹² ¡A comer!. Método estivill, Montse Doménech y el Dr. Eduard Estivill. p 25

¹³ Ibid.

¹⁴ Montse Doménech sugiere métodos prácticos para enseñarle a los chicos a comer.

¹⁵ Ibid. p 25.

El primer pilar es construir el hábito de comer bien, este es una costumbre que se adquiere a fuerza de repetir siempre las mismas acciones, hasta que han sido bien asimiladas.

Hay dos factores que intervienen en la construcción de un hábito en un niño. Por un lado, la presencia de una serie de objetos que van siempre asociados al hábito que se está enseñando. En el caso del hábito de comer, estos objetos son intrínsecos al proceso, forma parte de una rutina que se tendrá que poner en práctica desde la primera vez que se enseñe a comer al niño.

Cuando se acerca la hora de la comida, se inicia los preparativos, que siempre tienen que ser los mismos y con los mismos objetos: se sienta al niño en su sillita, se le coloca el babero, se le pone delante un vaso, un plato con la comida y su cubierto.¹⁶

Sillita, babero, vaso, plato y cubierto constituyen para el bebé, a partir de ese momento, y hasta que termine de comer, los objetos que acompañaran al niño y en ninguna circunstancia los padres pueden retirárselos.

Si día a día, semana a semana, se repite el mismo proceso, la misma rutina, el niño acabará asociando espontáneamente ese grupo de objetos con el acto de comer. Al cabo de un tiempo, simplemente viendo el plato sabrá que ha llegado la hora de la comida.

*La repetición de la asociación de objetos, en este caso, "sillita, babero, vaso, plato y cubierto", con el hábito que se le quiere enseñar "comer", le da confianza al niño. y de la confianza se puede pasar a la seguridad, que es la base para aprender un hábito correctamente.*¹⁷

Por otro lado, la actitud de los padres durante el proceso de transmisión de ese hábito. Una postura serena, segura y relajada es la mejor herramienta con la que puede contar el padre para enseñar un hábito cualquiera.

Hay que recordar que un niño capta lo que los adultos le transmiten y reproducen las actitudes de sus padres desde los primeros días de vida. Si capta inseguridad por parte de sus padres, no aprenderá lo que ellos intentan enseñarles.¹⁸

¹⁶ Montse Doménech sugiere métodos prácticos para enseñarle a los chicos a comer. p 65.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid p 68

Hoy día, todo el mundo se sienta a la mesa en una silla, toma la sopa en un plato y con la ayuda de una cuchara, y utiliza una servilleta para limpiarse. Si el chico percibe de sus padres que ésta es la forma correcta de comer, si se da cuenta de que se sienten seguros con esta rutina y que no tienen ninguna duda al respecto, lo aceptará con total naturalidad.

*Si esta rutina se rompe por algún motivo se rompe el ritual, la regularidad y el marco de confianza que son la base para crear e inculcar un hábito, en este caso el de comer bien. Cuando se le está enseñando al pequeño, no es el momento de ir haciendo variaciones. Los padres deberán transmitir la seguridad necesaria, con la repetición de siempre las mismas acciones, para que el niño entienda que comer lo que se le ha puesto en el plato y en el sitio adecuado es algo sencillo y lo más natural del mundo.*¹⁹

Es muy probable que el primer día, y por varios días consecutivos, el niño meta la mano en el plato o escupa la cuchara de papilla que se le acabada de dar. Eso no debe ser motivo de preocupación, ni fundamento para que los padres se alteren, duden o cambien el procedimiento. El niño está aprendiendo, y eso le llevara un tiempo. Los padres tienen que saber que están actuando correctamente. Es el bebé quien se equivoca y los padres son los encargados de enseñarles como hacerlo bien.

*De introducirse algún cambio, este tiene que estar justificado. Hay que tener claro que es la excepción y no la norma.*²⁰

En este caso se improvisará una situación lo más parecida posible a la que se suele preparar en la casa.

¹⁹ Ibid. p 67

²⁰ Ibid p 68.

Antes de poner en práctica el método hay que proporcionarle al pequeño un ambiente sereno y que le ayude a concentrarse en la tarea que va a realizar. El adulto a cargo es quien elige el lugar donde el niño aprenderá a comer y, en la medida de lo posible, tienen que procurar que todos los días ese sitio sea el mismo. Un espacio en la cocina, o en el comedor son lugares óptimos para iniciar el aprendizaje.

Los actos seguidos serán la colocación del mantel, se acercará su silla y luego se colocará el plato, el vaso y los cubiertos. Los mismos deben estar limpios, ser práctico, y procurar que tengan dibujos y colores que llamen la atención del niño. Esas imágenes y colores pueden ser un recurso útil, que se puede combinar con una historia relacionada con la acción de comer que está aprendiendo, que lo motive para concentrarse en ella y abrir la boca y masticar correctamente.²¹

*Por último hay que recordar que vale más calidad que cantidad.
La abundancia de la comida en el plato, además de representar una amenaza para el niño, puede ser absurda ya que sólo contribuirá a un mayor rechazo del acto de comer.²²*

Hay que tener en cuenta algunas recomendaciones hechas por Montse Doménech²³ antes de aplicar el método, como son; ser una sola persona el encargado de dirigir y acompañar la comida del niño. La estimulación positiva, antes, durante y al final de la comida, por parte de la persona encargada de realizar la acción, es básica para finalizar el aprendizaje en el pequeño. Otro punto a tener en cuenta es la de repetir los pasos en la cuatro comidas, desayuno, almuerzo, merienda y cena.

El Método Estivill consiste en un procedimiento que hay que seguir para que los padres le enseñen a comer a sus hijos. Los pasos de este método son:

- × Se disponen los objetos asociados, sillita, babero, vasos, platos y cubierto, en el lugar que el tutor ha decidido que comerá el niño.
- × El niño debe ser sentado en su silla, y frente a él deberá encontrarse el plato con la comida.
- × Es en este momento donde el "conductor"²⁴ le explicará al niño que es lo que tienen preparado para comer y le anunciará lo que va a degustar y al mismo tiempo lo sabroso que se encuentra.

²¹ ¡A comer!. Método estivill, Montse Doménech y el Dr. Eduard Estivill. p 80

²² Ibid p 80

²³ Montse Doménech Licenciada en pedagogía y psicología infantil por la Universidad de Barcelona, en su libro ¡A comer!, brinda consejo a los padres a la hora de darles de comer a su hijos.

²⁴ Persona encargada de darle de comer al bebé.

* Cuando ya tenemos al bebé sentado en la sillita, el tutor se colocara a su lado para ayudarle a comer. Es ahora cuando puede pasar dos cosas: que el niño se lo coma todo sin ningún problema o puede que, de entrada, rechace el alimento.

Cuando el padre se sienta al lado del niño para acompañarlo mientras come, se deben hacer la idea de que a partir de ese momento se ha vuelto sordo y ciego. Al mismo tiempo de no abandonar la actitud serena, suave y llena de afecto, es en este instante cuando se vuelve a llenar el tenedor o la cuchara y se le introduce bien en la boca. Si el niño rechaza la comida de nuevo, se volverá a intentar de nuevo, sin que el padre se alarme o se ponga tenso. Lo forma calida de reconducir la operación le está diciendo al pequeño que no ha pasado nada, que se va a probar de nuevo y que todo sigue su curso normal.²⁵

Se mantendrá esta actitud, serena y suave, durante 3 minutos, aunque en este periodo el niño escupa y rechace la comida. En este periodo el "conductor" no debe perder la calma. Pasado los 3 minutos, se le retira el plato como si hubiera comido perfectamente, aunque no haya probado bocado, y acto seguido, se le limpia la boca con el babero, y se lo saca de su silla. En este tiempo el encargado de enseñarle a comer se debe comportar como si realmente la hora de la comida hubiera pasado.

Durante los próximos 3 minutos el tutor se concentrar en otros quehaceres. Ese tiempo le servirá al niño para que se "olvide" de la comida y se distraiga. Una vez pasado el tiempo, se reanudara el ritual de la comida, se seguirá como que nada a pasado. La actitud que debe tener el tutor es alegre y positiva, sin hacer caso de la actitud previa que ha tenido el niño.

Se comienza con el segundo intento, que durará ahora 4 minutos. Se procede con todo el ritual de nuevo. Si trascurrido el tiempo previsto, el niño sigue sin comer bien, se parara el proceso y se vuelve a recoger todo, durante los minutos próximos, el tutor se encargara de hacer otras cosas.

Se prosigue por un tercer intento, que durará 5 minutos, es el último, si aún el bebé se resiste a comer, pasado el tiempo prescripto, se para el proceso y se recoge todo. Hasta la próxima comida.

Si en cualquiera de los intentos el niño empieza a comer con regularidad, se continuará dándole la comida aunque sobrepase el tiempo previsto.²⁶

²⁵ Montse Doménech propone ciertas conductas que tienen que tener los padres al momento de iniciar el aprendizaje.

²⁶ Ibid p 96



DISEÑO METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, ya que a través del mismo se busca describir las relaciones existentes entre el comportamiento de la madre frente al evento alimentario y el estado nutricional de los niños comprendidos en la edad de 6 meses a 2 años.

Según el período y secuencia del estudio, es transversal, porque se investiga a las madres de los chicos que asisten a la Unidad Sanitaria de Cte. N. Otamendi, ya que los mismos son bebés y no se encuentran en condiciones de responder al instrumento utilizado en la presente investigación.

Debido a la cantidad de población, la muestra fue conformada por un total de 50 chicos. (Veáse Anexo A)

Imagen N° 1: Mapa de la Provincia de Buenos Aires.

La Ciudad donde se desarrolla el presente estudio pertenece al Partido de Gral. Alvarado, el mismo se encuentra situado al Sudeste de la Provincia de Buenos Aires, sobre los márgenes del Océano Atlántico, a 450 Kilómetros al SE de la capital de Argentina, Buenos Aires. Limita al NE con el partido de General Pueyrredón, Mar del Plata; al NOE con el partido de Balcarce, al SOE con el partido de Lobería y al SE con el Océano Atlántico.

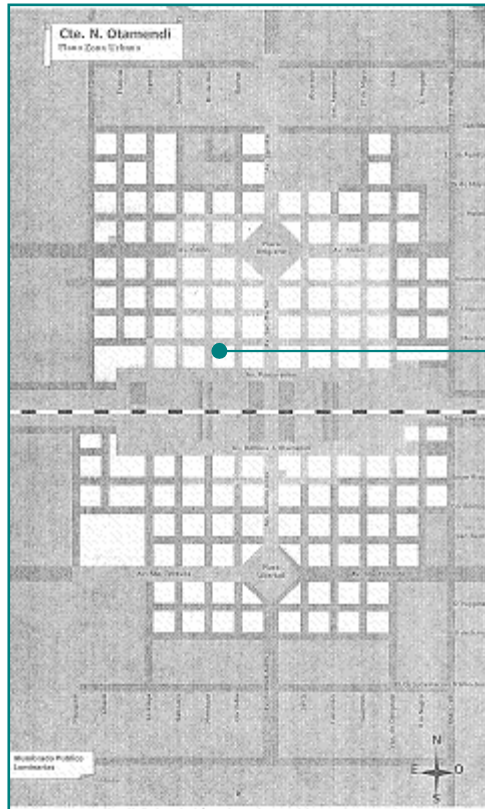


Fuente: www.mga.gov.ar

Comandante Nicanor Otamendi se encuentra ubicada al Norte de la ciudad de Miramar, a 35 Km por rutas N° 77 y 88.

A continuación se presenta el Mapa de la Ciudad de Otamendi y se especifica el lugar donde se sitúa el Centro de Atención Primaria de Salud.

Imagen N° 2: Mapa de la Ciudad de Cte. N. Otamendi



Fuente: Aporte de la Municipalidad de Cte. N. Otamendi

Imagen N° 3: Unidad Sanitaria de Cte. N. Otamendi



Fuente: elaboración propia

VARIABLES

× **Edad:**

Definición Conceptual: Tiempo en que una persona ha vivido desde su nacimiento.

Definición Operacional: Se evalúa a los niños entre 6 meses a 2 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de Salud de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi. La misma se obtiene de la fecha de nacimiento de los bebés, a través de una encuesta realizada a las madres o cuidadoras de los niños.

× **Sexo:**

× **Peso:**

Definición Conceptual: Indicador antropométrico más utilizado, es un buen referente del estado nutricional cuando existe un seguimiento periódico. El peso representa la totalidad de la masa corporal que representa la totalidad de los tejidos (agua, masa grasa, masa magra).

Definición Operacional: Se evalúa a la población en estudio en una balanza pediátrica de marca ROMA, correctamente calibrada, que tienen un peso mínimo de 500 gr y un peso máximo de 16 Kg. e = d: 10 gr. Se pesa a los bebés desnudos. Se evalúa a los niños entre 6 meses a 2 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de Salud de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi y se registra en la encuesta.

*** Talla:**

Definición Conceptual: Medida del esqueleto. Es la suma de cuatro componentes: cabeza, columnas, pelvis y piernas. La estatura se afecta más lentamente que el peso pero puede alterarse definitivamente si el déficit nutricional ha sido prolongado.

Definición Operacional: La población se evalúa con un Pedímetro Can, con un máximo de 1.100 cm y con un intervalo de 1 cm. Se evalúa a los niños entre 6 meses a 2 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de Salud de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi y se registra en la encuesta

*** P/E:**

Definición Conceptual: La medida corporal peso se combina con la edad para conformar el indicador. La población de referencia es Lejarraga H. y Orfila J.¹ de 0 a 6 años, sexo femenino o sexo masculino. El límite de inclusión son los percentilos 10 - 90. La representación gráfica del indicador P/E, se describe en un sistema de coordenadas. Se ubica en el eje vertical (ordenadas) la variable peso (en kilogramos), mientras que en el eje horizontal (abscisas) se inscribe el tiempo edad (en meses y años). El punto de entrecruzamiento del valor antropométrico peso con la edad, señala la posición relativa que tienen ese valor con respecto a la población de referencia.²

Definición Operacional: Se utilizan las tablas de referencia de Lejarraga H y Orfila J. de 0 a 6 años, para sexo femenino y para sexo masculino. Se evalúa a los niños entre 6 meses a 2 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de Salud de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi y se registra en la encuesta. (Veáse Anexo B)

*** T/E:**

Definición Conceptual: La medida corporal longitud corporal o talla se combina con la edad y de esta manera se construye el indicador. La población de referencia es Lejarraga H. y Orfila J.³ de 0 a 6 años, de sexo femenino o sexo masculino. Los límites de inclusión son el percentil 3-97. La representación gráfica de éste indicador, se

¹ Sociedad Argentina de Pediatría "Guía para la evaluación del crecimiento" p 58, 71.

² Marisol Díaz, *Nutrición pediátrica*, corpus. p 30.

³ Sociedad Argentina de Pediatría "Guía para la evaluación del crecimiento" p 59, 72.

inscribe en un sistema de coordenadas. Se ubica en el eje vertical la variable longitudinal corporal o talla en centímetros, mientras que en el eje horizontal se inscribe el tiempo edad (en meses y años).

El punto de entrecruzamiento del valor antropométrico longitud corporal o talla con la edad, señala la posición relativa que tiene ese valor con respecto a la población de referencia.⁴

Definición Operacional: Se utilizan las tablas de referencia de Lejarraga H y Orfila J. de 0 a 6 años, para sexo femenino y para sexo masculino. Se evalúa a los niños entre 6 meses a 2 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de Salud de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi y se registra en la encuesta. (Veáse Anexo B)

× **Estado nutricional:**

Definición Conceptual: Condición física que presenta una persona como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes.⁵

Definición Operacional: Se evalúa a los niños entre 6 meses y 2 años de edad con respecto al peso y la talla obtenidos en la consulta y se registra en la encuesta.

× **Tipo de leche que consume.**

Definición Conceptual: Variedad de leche consumida.

Definición Operacional: Se encuesta a las madres de los niños entre 6 meses y 2 años que asisten al centro de Atención Primaria de Salud de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi sobre el tipo de leche que consumen sus hijos como puede ser leche materna, leche artificial o formulas infantiles siendo las dos ultimas provenientes de la vaca.

× **Ocupación del padre.**

Definición Conceptual: Tarea o función que desempeña el jefe del hogar y que puede estar relacionada o no con su profesión, y por la cual recibe un ingreso en dinero, siendo este el sustento de la familia.⁶

Definición Operacional: Sin ocupación, trabajo esporádico, trabajo estable, otros tipo de trabajo. Se interroga a la madre de los niños entre 6 meses y 2 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi y se registra en la encuesta.

⁴ Ibid p31

⁵ www. Fao.org/

⁶ www.dian.gov.co

*** Edad de la madre:**

Definición Conceptual: Tiempo en que madre ha vivido desde su nacimiento.

Definición Operacional: Se interroga a la madre de los niños entre 6 meses y 2 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi y se registra en la encuesta.

*** Trabajo:**

Definición Conceptual: Esfuerzo personal para la producción y comercialización de bienes y/o servicios con un fin económico, que origina un pago en dinero o cualquier otra forma de retribución⁷.

Definición Operacional: Se interroga a la madre de los niños entre 6 meses y 2 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi y se registra en la encuesta.

*** Encargado de Alimentar al bebé:**

Definición Conceptual: Persona responsable de alimentar al niño.

Definición Operacional: Madre, padre, Hermano/a, Abuelo/a, Otra persona a cargo.

Se interroga a la madre de los niños entre 6 meses y 2 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi y se registra en la encuesta.

*** Hijos a cargo:**

Definición Conceptual: Ser humano menor de 18 años, que viva con su madre y que dependa de ellos económicamente.⁸

Definición Operacional: Se interroga a la madre de los niños entre 6 meses y 2 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi y se registra en la encuesta.

Uno, dos, tres, cuatro o más.

*** Edad de incorporación del primer alimento:**

Definición Conceptual: Mes que el bebé incorpora el primer alimento sólido, ya sea por cuenta del padre o autorizado por el médico.

Definición Operacional: Mes de vida del bebé que incorporo el primer alimento sólido, y cual fue. Se interroga a la madre de los niños entre 6 meses y 2 años de edad que

⁷ www.definicion.org/trabajo

⁸ www://wikipedia.org/wiki/Hijo

asisten al Centro de Atención Primaria de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi y se registra en la encuesta.

*** Dificultad en comer algunos alimentos:**

Definición Conceptual: Problemas de tipo gustativos para comer ciertos alimentos.

Definición Operacional: Se especifican algunos alimentos según los meses del bebé para que la madre indique cual no come su hijo. Se interroga a la madre de los niños entre 6 meses y 2 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi y se registra en la encuesta.

*** Cantidad de veces expuesto al alimento rechazado:**

Definición Conceptual: Frecuencia con que se le ofrece al niño el alimento rechazado.

Definición Operacional: Se interroga a la madre de los niños entre 6 meses y 2 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi y se registra en la encuesta.

1-3 veces / 4-7 veces / 8 -10 veces / mas de 11 veces.

*** Tipo de estímulos que toma la madre cuando su hijo come:**

Definición Conceptual: Factores externo que evoca o influye sobre una actividad o respuesta fisiológica o psicológica.

Definición Operacional: Se interroga a la madre de los niños entre 6 meses y 2 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi y se registra en la encuesta.

- Actitudes de la madre al momento de la comida: Ninguna/ Lo estimula hablando/ Le ofrece otros alimentos/ Le demuestra como come/ lo amenaza con algún castigo/ Otras.⁹

- La madre ayuda al niño a comer: siempre/ la mayor parte de las veces/ casi nunca/ nunca.¹⁰

- La madre le permite jugar con la comida: siempre/ la mayor parte de las veces/ casi nunca/ nunca.¹¹

*** Tipo de alimentos omitidos en la dieta habitual materna:**

Definición Conceptual: Alimento que la madre no consume por diferentes motivos.

⁹ Estudio sobre Nutrición en menores de 3 años (Alimentación y Riesgo de nutrición infantil). Dirección: Dra Elvira B. Calvo, Coordinación: Dra. Laura Beatriz López (Becaria) Ministerio de salud y Ambiente de La Nación, Área de Nutrición, Dirección Nacional de salud Materno Infantil.

¹⁰ Ibid

¹¹ Ibid

Definición Operacional: Los niños dependen de la alimentación que les provee su entorno familiar, la que está a su vez condicionado por las pautas culturales, el contexto social y el acceso económico.¹²

En la medida que los niños son pequeños dependen más estrechamente de las decisiones de su madre y padre, quienes determinan que alimentos son o no son apropiados para sus hijos. Así, un alimento permitido, según el criterio nutricional propio y/o del niño, será más frecuentemente expuesto y llegará a formar parte de los hábitos alimentarios del niño. Se interroga a la madre de los niños entre 6 meses y 2 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi y se registra en la encuesta.

× Tiempo dedicado por la familia para las distintas comidas.

Definición Conceptual: Cantidad de tiempo que la familia dedica a las comidas.

Definición Operacional: Se interroga a la madre de los niños entre 6 meses y 2 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi y se registra en la encuesta.

Las opciones son 10 min; 20 min 30 min; 40 min; más.

La información se recolecta por medio de una encuesta realizado a las madres de los niños de 6 meses y 2 años de edad que asisten durante el período de Octubre – Diciembre de 2007 y Enero de 2008 a la Unidad Sanitaria de Comandante Nicanor Otamendi. Las preguntas son sencillas para lograr la adhesión de la población encuestada al igual que su comprensión. La encuesta se realiza personalmente a cada madre.

A continuación se presenta el instrumento.

¹² Claudia Bazzani a la fecha Presidente de la Asociación de Nutricionistas de la Pcia. de San Luis.

ENCUESTA N°:

Fecha de Nacimiento

--	--	--

 Edad:

--

 Sexo:

F		M	
---	--	---	--

 Peso:

--

 P/E:

--

 Talla:

--

 T/E:

--

Diagnostico Nutricional:

1. ¿Toma pecho?

1.1 **SI**

--

1.2 **NO**

--

¿Consumes otra leche además del pecho?

¿Hace cuanto dejó de tomarlo?

1.1.1 **SI**

--

1.1.2 **NO**

--

¿Cuál?

A	VACA	En polvo	
B		Fluida	
C	Formula Maternizada		
D	Otra:		

A	Menos de 1 mes	
B	De 1 mes a 3 meses	
C	De 3 meses a 5 meses	
D	De 5 Meses a 8 meses	
E	Mas de 8 meses	

¿Qué leche consume ahora?

A	VACA	En polvo	
B		Fluida	
C	Formula Maternizada		
D	Otra:		

2. Ocupación del jefe de familia.

1	Trabajo estable	
2	Trabajo esporádico	
3	Sin trabajo	
4	Otro	

3. ¿Qué edad tiene Ud?

4. ¿Trabaja?

1 **SI**

--

2 **NO**

--

¿Quién se ocupa del niño en los momentos que Ud no esta?

1.1	Madre	
1.2	Padre	
1.3	Hermano/a	
1.4	Abuelo/a	
1.5	Otra persona a cargo	

5. ¿Quién es el encargado de alimentar al bebé?

1	Madre	
2	Padre	
3	Hermano/a	
4	Abuelo/a	
5	Otra persona a cargo	

6. ¿Cuántos hijos tienen a cargo?

1	Uno	
2	Dos	
3	Tres	
4	Cuatro	
5	Más	

7. ¿A qué mes de vida le dio el primer alimento? ¿Cuál fue?

--	--

8. ¿El bebé tiene dificultad en comer alguno de estos alimentos?

1	6 - 7 meses	A	Papa	
		B	Batata	
		C	Zapallo	
		D	Zanahoria	
2	8 y +	A	Acelga	
		B	Espinaca	
		C	Zapallito	

3	6 - 7 meses	A	Manzana	
		B	Banana	
		C	Naranja	
4	8 y +	A	Pera	
		B	Durazno	
		C	Damasco	
		D	Vísceras	

Otro:

Ninguno:

9. ¿A partir de la vez que lo rechazó, cuántas veces se lo volvió a dar en los meses siguientes?

1	Ninguna	
2	De 1 a 3 veces	
3	De 4 a 7 veces	
4	De 8 a 10 veces	
5	Más de 11	

10. ¿Cuándo el niño come ud?

1	Juega con su juguete favorito	
2	Mira Televisión	
3	Canta su canción favorita	
4	Solamente frente a la madre	
5	Otra	

11. ¿Qué hace el bebé cuando Ud. le da alimentos nuevos?

1	Le hizo cara como que el alimento esta feo	
2	Lo escupió	
3	Le dio vuelta la cara	
4	Siguió comiendo sin ningún problema	
5	Otra	

12. ¿Qué hace Ud cuando el bebé no quiere comer?

1	Insiste en el mismo momento	
2	Vuelve a intentar mas tarde	
3	No insiste	
4	Le prepara otra comida	
5	Otra	

13. ¿En el momento de darle de comer a su hijo Ud se encuentra?

1	Tranquila	
2	Nerviosa	
3	Apurada	
4	Haciendo otras cosas	
5	Otra	

14. ¿Cuál de estos alimentos Ud omite en su alimentación?

1	Papa		8	Manzana	
2	Batata		9	Banana	
3	Zapallo		10	Naranja	
4	Zanahoria		11	Pera	
5	Acelga		12	Durazno	
6	Espinaca		13	Damasco	
7	Zapallito		14	Vísceras	

15 -Otro:

16 -Ninguno:

15. ¿Ud. lo ayuda al niño a comer?

1	Siempre	
2	La mayoría de las veces	
3	A veces	
4	Casi nunca	
5	Nunca	

16. ¿El niño juega con la comida?

1	Siempre	
2	La mayoría de las veces	
3	A veces	
4	Casi nunca	
5	Nunca	

17. ¿Qué hace ud cuando le da de comer a su hijo?

1	Le habla	
2	Le da otros alimentos	
3	Le demuestra como come	
4	Lo castiga	
5	otra	

18. ¿Le dedica tiempo a la comida?

1	10 minutos	
2	20 minutos	
3	30 minutos	
4	40 minutos	
5	Mas	



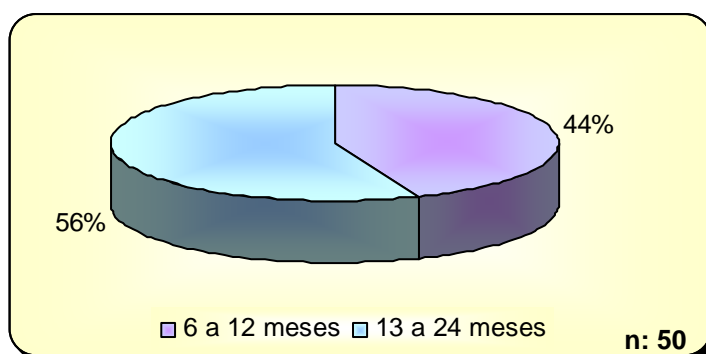
ANALISIS DE DATOS

Los datos que se presentan a continuación corresponden a la información recabada por medio de las encuestas personales realizadas a 50 madres de chicos entre 6 meses y 2 años de edad que asisten a la Unidad Sanitaria de Comandante Nicanor Otamendi, durante el periodo de Octubre – Diciembre de 2007 y Enero de 2008.

Del total de madres encuestadas, 56% tenían hijos menores de 1 año y el 44% tenía entre 1 años y 2 años de vida, como se observa en el gráfico número 1.

Gráfico Nº 1

Distribución de la población según la edad de los chicos.

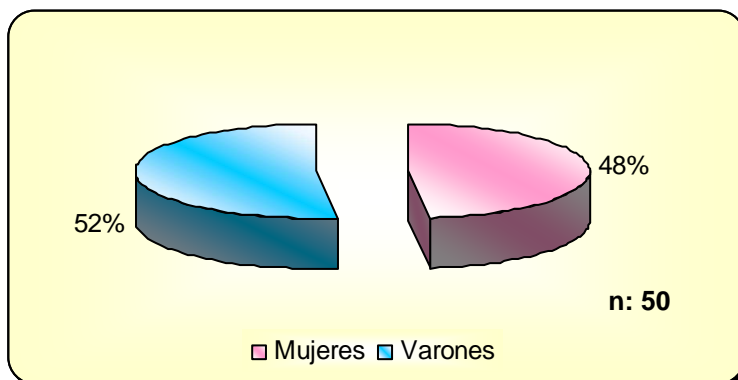


Fuente: elaboración propia

La muestra de estudio está compuesta por un 52% de varones y un 48% de mujeres.

Gráfico Nº 2

Distribución de la población según sexo.

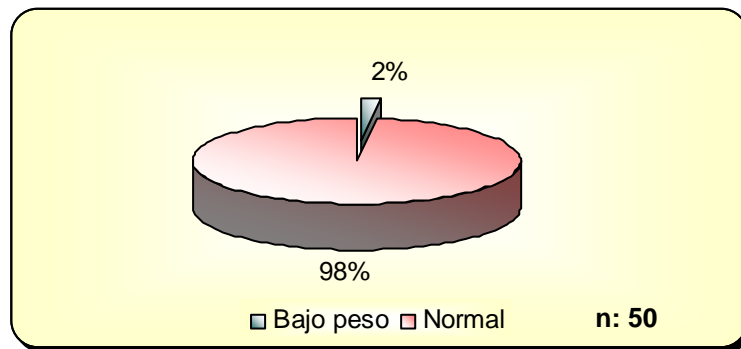


Fuente: elaboración propia

Al estudiar el estado nutricional de la muestra, se observa que la mayoría se encuentra normal y sólo un 2% tiene un bajo peso para su edad, razón que llama la atención de forma positiva por ser una población de riesgo.

Gráfico N° 3

Distribución porcentual de la población según el estado nutricional.

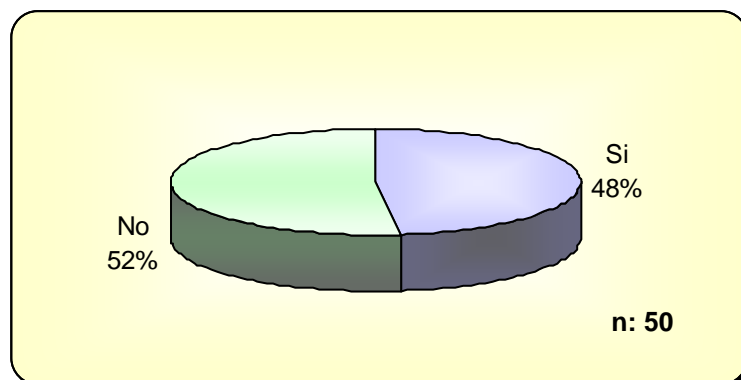


Fuente: elaboración propia

Al estudiar el tipo de alimentación se observa que el consumo de leche de los chicos encuestado es de un 48% leche materna y un 52% de otras leches. Esto puede deberse, según datos analizados en este estudio, a que un gran porcentaje son madres adolescentes, que no terminaron la escuela y que pueden no haber recibido la información adecuado sobre los beneficios de la lactancia materna.

Gráfico N° 4

Distribución de la población según el consumo de leche materna.

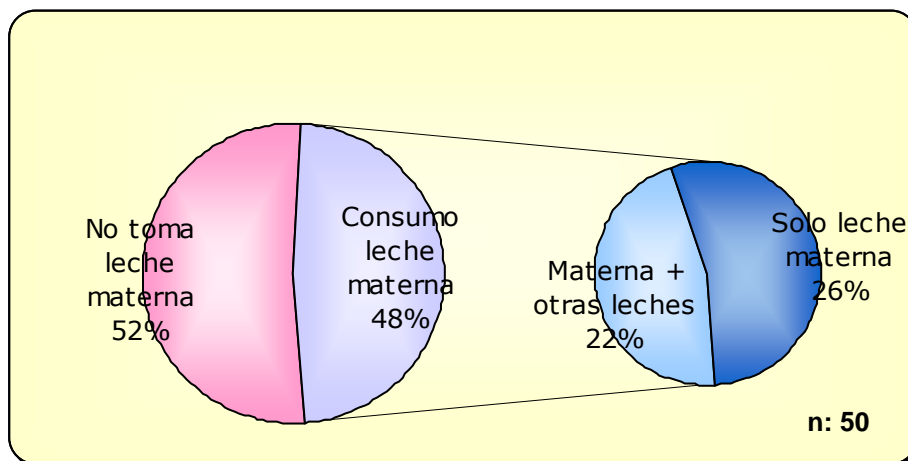


Fuente: elaboración propia

De los chicos que consumen leche materna, un 26% toma solo esta leche y un 22% otra leche además de pecho.

Gráfico N° 5

Relación sobre el consumo de leche no materna y leche materna y formula.



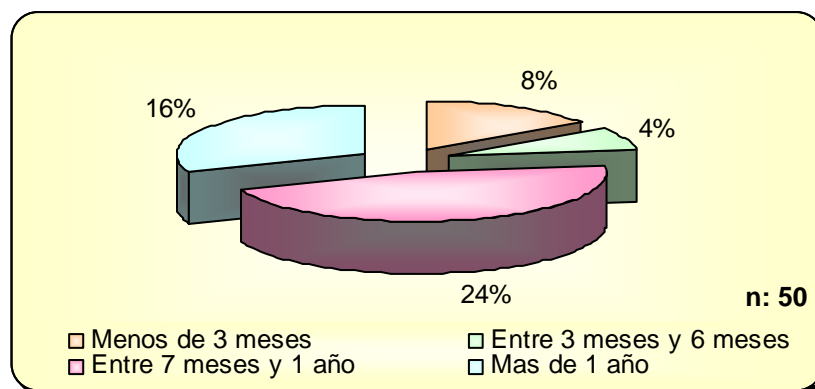
Fuente: elaboración propia

Acompañando la ingesta de leche materna un 10% es leche fluida, un 8% es leche en polvo y solo el 4% incorpora formulas maternizadas.

De los bebés que no toman leche materna, un 24% consume leche materna entre 7 meses y 1 año, como lo recomienda diferentes organismos en los que se destaca la Academia Americana de Pediatría a través de su grupo de trabajo en lactancia, la Sub Comisión de Lactancia Materna de la Sociedad Argentina de Pediatría, el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, UNICEF, y el Ministerio de salud de la Nación¹, un 16% más de un años, un 8% menos de 3 meses y solo el 4% consumió entre 3 meses y 6 meses de edad.

Gráfico N° 6

Distribución de la población según el tiempo que consumieron leche materna.



Fuente: elaboración propia

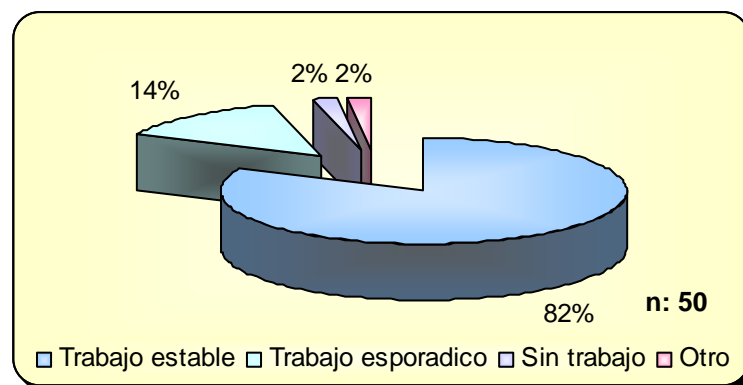
¹ Guía de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. p 26.

En cuanto a la leche que consumen actualmente, un 38% es leche fluida, el 8% es fórmula maternizada y el 6% toma leche en polvo.

En relación a la información sobre la ocupación del jefe de familia, se pudo saber que el 82% de los jefes tiene trabajo estable, en donde se destacan trabajos independientes, empleados en comercio, supermercado, taller mecánico o desempeñan trabajos municipales en la limpieza y orden de la Ciudad. El 14% de los jefes tiene trabajo esporádico, como empleados en la cría de ganado, cultivo de tubérculo, como la papa propia de esta región, herrero, albañil, pintor o trabajos de temporada en Ciudades cercanas como los es Mar del Plata o Miramar. Sólo el 2% esta desocupado y el otro 2% se dedican a hacer los que se denomina "changas", como venta ambulante de verduras cultivadas en su propia huerta, tareas de jardín, recolección de cartón o materiales plásticos.

Gráfico N° 7

Distribución porcentual de la población según la ocupación del jefe de familia.

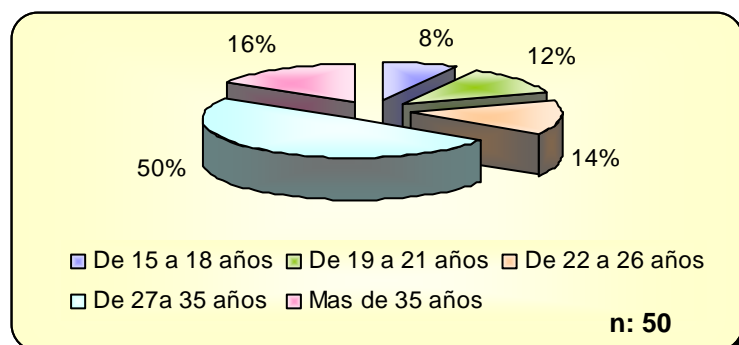


Fuente: elaboración propia

También se investiga sobre la edad de la madre al momento de la encuesta en donde el 8% son menores y tienen un rango de edad entre 15 y 18 años, 12% tiene entre 19 y 21 años, 14% tiene entre 22 y 26 años, 50% tiene entre 27 y 35 años y 16% tiene más de 35 años.

Gráfico N° 8

Distribución porcentual de la población según la edad de la madre.



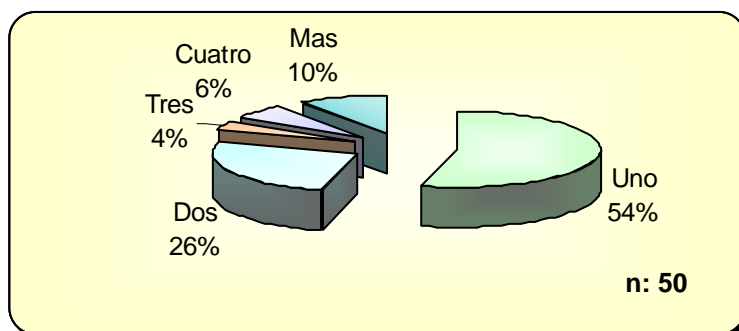
Fuente: elaboración propia.

Aproximadamente el 20% de la muestra, las madres son menores de 21 años de edad, y al momento de la entrevista se pudo observar que el niño no estaba dentro de sus planes de adolescentes, según datos obtenidos en este estudio.

Respecto a los hijos que tienen a cargo, el 54% tiene solo un hijo, el 26% dos hijos, el 10% más de cuatro hijos, 6% cuatro hijos, y el 4% tres hijos.

Gráfico N° 9

Distribución de la población según la cantidad de hijos a cargo.

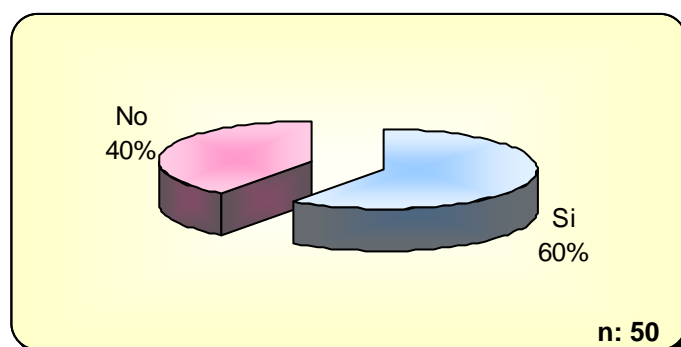


Fuente: elaboración propia

De las encuestadas el 60% trabajan, en forma independiente como costureras, venta de productos por catalogo, empleada domestica en casas de familia o en instituciones publicas o privadas, otras desempeñan trabajos Municipales o como empleadas en la planta procesadora de papa. Y el 40% no trabaja, como se puede observar en el gráfico.

Gráfico N° 10

Distribución de la población según la situación laboral de la madre.

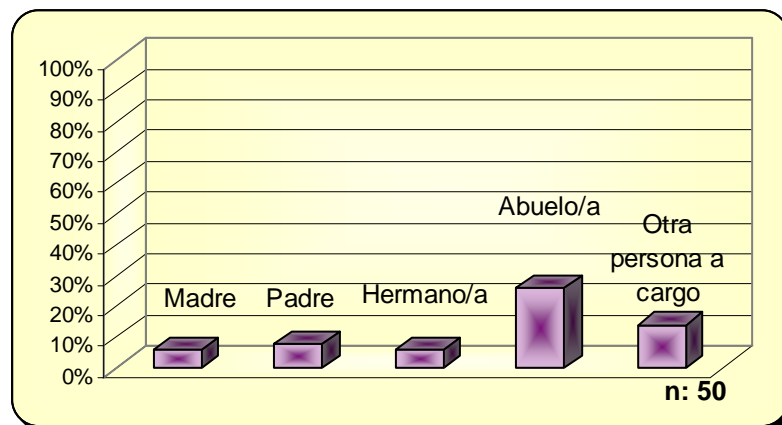


Fuente: elaboración propia

Se profundiza la investigación y se consulta quien se encarga de cuidar a los chicos mientras ellas realizan sus tareas, el 26% queda a cargo del abuelo/a, un 14% se queda a cargo de otra persona, otro familiar, un 8% se queda a cargo del padre, un 6% el hermano/a, y el 6% restantes son las mismas madres quien se encargan, ya que estas trabajan en su hogar como se puede observar en el gráfico número 11.

Gráfico N° 11

Distribución de la población según los encargados de alimentar al bebé cuando la madre no esta.

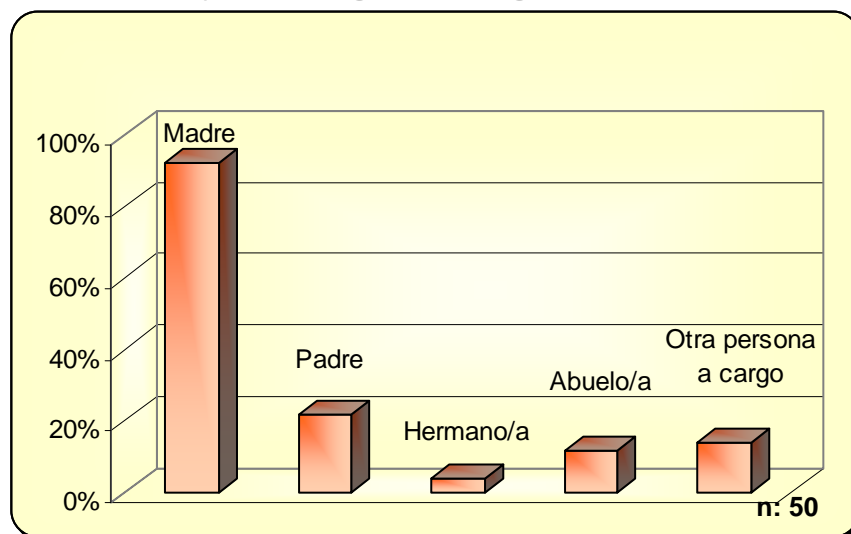


Fuente: elaboración propia

Se les consulta a las madres quien se encarga de darle de comer al bebé, en este caso las respuestas fueron en un 92% son ellas mismas quienes alimentan a sus hijos y en menos porcentajes le siguen los padres, luego otra persona a cargo con un 14%, las abuelas/o con un 12% y un 4% el hermano/a.

Gráfico N° 12

Distribución de la población según los encargados de alimentar al bebé.

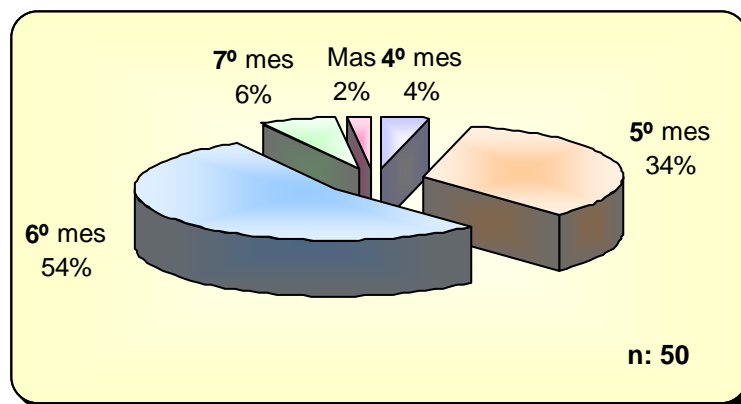


Fuente: elaboración propia

En cuanto a la edad de incorporación del primer alimento se puede ver que el 54% de las madres incorporaron el primer alimento a los 6 meses de vida del bebé, que es el momento oportuno, ya que en el niño se producen cambios cognitivos, físicos y emocionales que lo preparan para la incorporación de alimentos distintos a la leche materna² a la vez que su tracto digestivo se encuentra óptimo para el proceso de digestión³. Un 34% a los 5 meses, un 6% a los siete meses, un 4% a los 4 meses y un 2% más de los 7 meses de vida.

Gráfico N° 13

Distribución de la población según el mes en que se introdujo el primer alimento.



Fuente: elaboración propia

Entre las primeras comidas, el 59% de las madres le dio papillas, ya sea de vegetales como zapallo, zanahoria o papa, o de frutas como manzana o banana, como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud. Además se sabe que la introducción de estos no debe demorarse más allá de este mes porque los niños necesitan más cantidad de nutriente para completar su desarrollo⁴. Un 31% le dió yogur, el 6% le dio nestún, un 2% le dio fideo y el 2% restante le dio otros alimentos como vitina, arroz, sopa. Esto puede deberse a la ardua labor del pediatra a cargo, para lograr el desarrollo y crecimiento adecuado de los niños que asisten a la Unidad Sanitaria.

² Behrman, Kliegman Harbin, Nelso, "Tratado de Pediatría" Cap 11, p 50

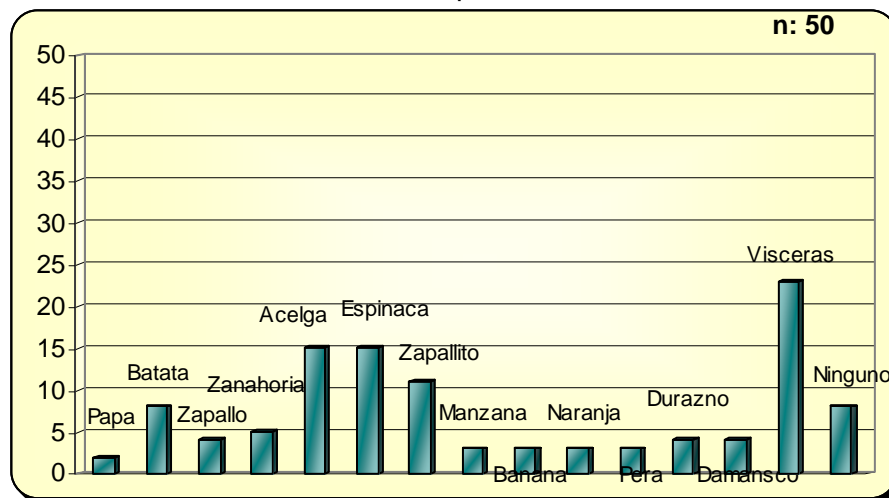
³ Guía de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años p 10.

⁴ María Elena Torresani "Cuidado nutricional pediátrico" Editorial Eudeba, p 137

Al indagar sobre el alimento incorporado y cuales de los bebés tenían problemas o dificultades para comerlos y como se puede ver en el gráfico número 14 se destaca las vísceras, le siguen la espinaca, la acelga, el zapallito y la batata, los demás alimentos que se interrogaron presenta dificultades en la incorporación pero es en forma equitativa. Esto se da porque los niños tienden a rechazar alimentos que no les son familiares como lo demostró Leann L. Birch en su estudio⁵.

Gráfico Nº 14

Distribución la población según el alimento que tienen dificultades los niños para incorporar.

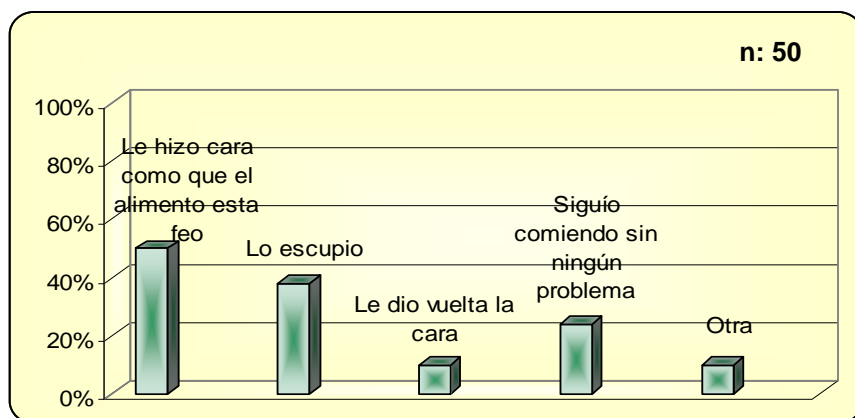


Fuente: elaboración propia

Al investigar sobre cuales son las actitudes de los bebés al momento de darle el alimento nuevo, el 50% de las madres contestaron que el niño hizo cara como que el alimento estaba feo, el 38% respondió que lo escupió, el 24% sigue comiendo sin ningún problema, el 10% dió vuelta la cara y el 10% restante dió opciones como, no abrió la boca, hizo arcadas, sintió su aroma.

Gráfico Nº 15

Distribución de la población según la reacciones del bebé al incorporar un alimento nuevo.



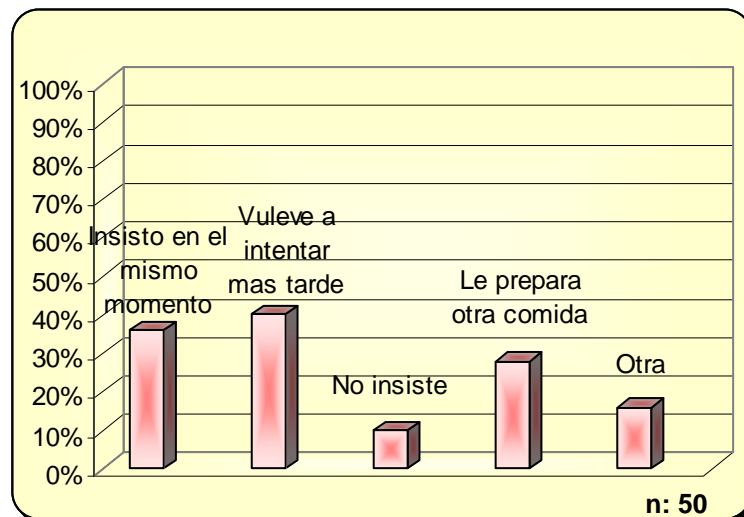
Fuente: elaboración propia

⁵ Leann L. Birch en su estudio "Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida" cap 2; pag 37.

Con respecto a las actitudes que toma la madre cuando su hijo no quiere comer un 40% contesta que vuelve a intentar más tarde, el 36% insiste en el mismo momento, el 28% le prepara otra comida, el 16% opta por otra opción en la que se destaca el darle el pecho, y el 10% restante no insiste, como se puede observar en el gráfico 16.

Gráfico N° 16

Distribución de la población según actitudes de la madre cuando el bebé no come.

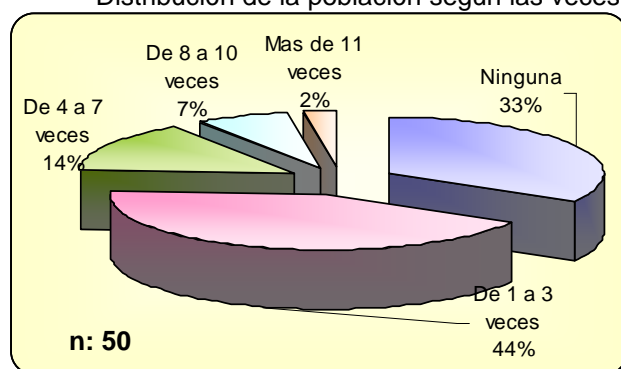


Fuente: elaboración propia

También se le interroga a las madres sobre cuantas veces se lo volvieron a dar luego que el bebé rechazó el alimento, el 44% contestó que se lo dió de 1 a 3 veces más después del rechazo, el 33% no se lo dió más, el 14% se lo dió de 4 a 7 veces más, el 7% se lo dió de 8 a 10 veces y solo el 2% se lo dió más de 11 veces. Para evitar el rechazo innato del niño la constancia de los padres o de la persona encargada de la alimentación del bebé, de repetir la exposición al alimento en cuestión, sin ejercer presión de ninguna clase es fundamental⁶. Además para superar esta negativa se necesita por lo menos entre 8 y 10 exposiciones hasta tener indicios claros de una mayor aceptación, como lo demuestra Leann L. Birch en su estudio.⁷

Gráfico N° 17

Distribución de la población según las veces en que insistió con el alimento.



Fuente: elaboración propia

⁶ Leann L. Birch. "Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida" Cap 2; pag: 37.

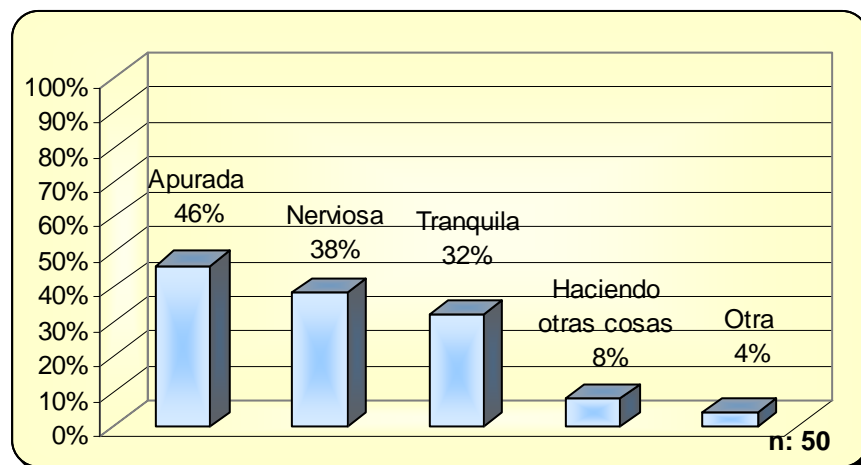
⁷ Ibid.

En el caso de las madres que contestaron que sus hijos no quieren comer, las opciones fueron: le dan otros alimentos, le hablan y le explican que "para crecer fuerte tienen que comer" o para ser igual a papá o a mamá tienen que comer" etc, le demuestra como come el resto de la familia entre otras cosas. Las actitudes que toma la madre al momento de la incorporación de alimentos son muy importantes, como lo demuestra el estudio sobre Nutrición en menores de 3 años⁸.

Y también se consulta como estaba las madres al momento de darles de comer a sus hijos en donde un 46% dijo estar apurada, un 38% nerviosa, un 32% tranquila, un 8% haciendo otras cosas como por ejemplo; en la casa, y un 4% dio otra opción dándole la comida a los hermanos, mirando televisión, entre otras.

Gráfico N° 18

Distribución de la población según la situación de la madre al momento de darle de comer al bebé.



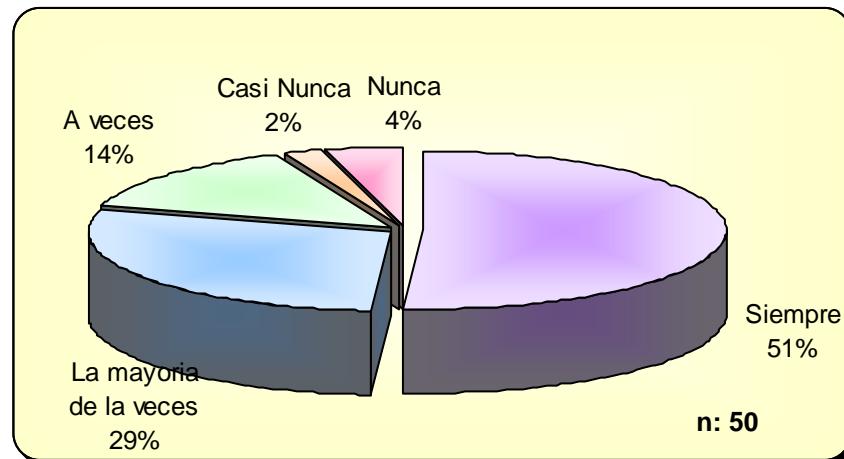
Fuente: elaboración propia

⁸ Estudio sobre Nutrición en menores de 3 años "Alimentación y Riesgo de nutrición infantil". Dirección: Dra Elvira B. Calvo, Coordinación: Dra. Laura Beatriz López (Becaria) Ministerio de salud y Ambiente de La Nación, Área de Nutrición, Dirección Nacional de salud Materno Infantil.

Cuando se le pregunta a la madre si le ayuda a comer a su hijo el 51% contestaron que siempre lo ayudan, el 29% la mayoría de las veces lo hace, el 14% a veces lo ayuda, el 4% nunca y el 2% restante casi nunca ayuda a comer a su hijo, como se puede ver en el gráfico siguiente.

Gráfico N° 19

Distribución porcentual de la población según si la madre ayuda a comer al bebé.

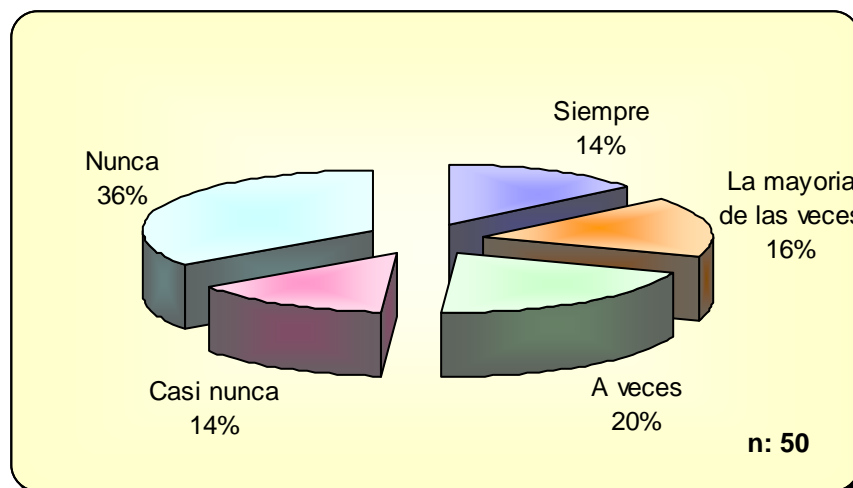


Fuente: elaboración propia

Se indaga a la madre si le permitía jugar con la comida ya que esta acción le permite al niño desarrollar sus habilidades motoras a través de la "presión con la pinza"⁹, en la que el 36% contestó que nunca, el 20% a veces lo deja jugar con la comida, el 16% la mayoría de las veces lo deja jugar con la comida, el 14% casi nunca y el 14% restante siempre.

Gráfico N° 20

Distribución de la población según el niño juega con la comida.



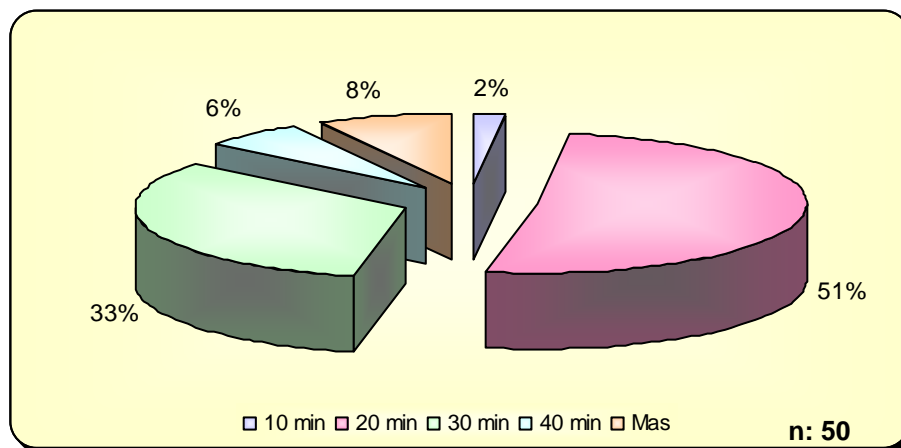
Fuente: elaboración propia

⁹ Behrman, Kliegman Harbin, Nelso, "Tratado de Pediatría" Cap 11, p 50

En cuanto al tiempo que le dedica a la comida el 51% contestaron 20 minutos como tiempo para realizar la comida, un 33% le dedica 30 minutos, un 8% mas de 40 minutos, un 6% solo le dedica 40 minutos y un 2% le dedica 10 minutos.

Gráfico N° 21

Distribución de la población según el tiempo que dedica a la comida.



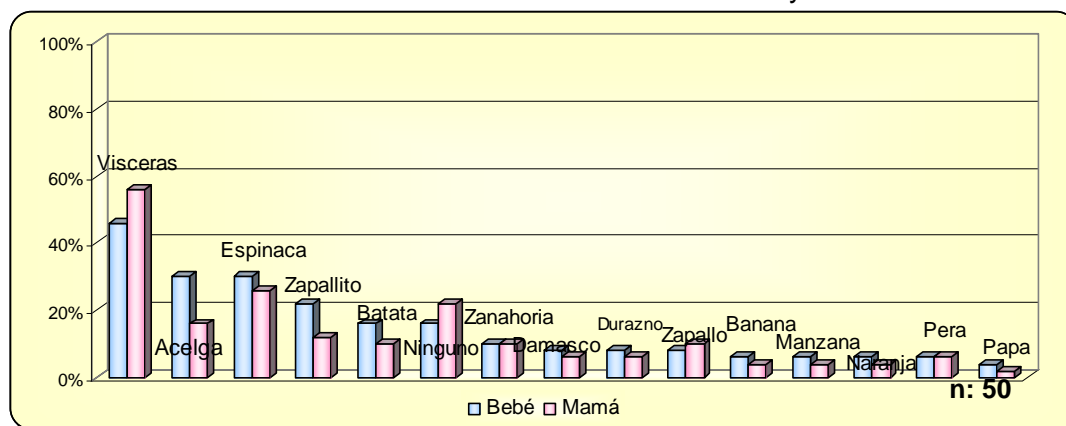
Fuente: elaboración propia

En el análisis de datos se pudo observar el estado de la madre al momento de darle de comer a su hijo, en lo que resulta que de las madres que nunca dejan jugar al niño con la comida, un 14% nerviosas, nerviosas y apuradas, y nerviosas y haciendo otras cosas, un 12% se encuentran tranquilas, y un 12% apuradas. Este tipo de acción que realiza la madre, se asocia a menos ingesta en el estudio sobre nutrición en menores de 3 años¹⁰.

Se puede ver si existe relación entre los alimentos no consumidos por la madre y los no consumidos por el bebé a través del gráfico siguiente.

Gráfico N° 22

Relación entre el consumo de la madre y del niño



Fuente: elaboración propia

¹⁰ Estudio sobre Nutrición en menores de 3 años "Alimentación y Riesgo de nutrición infantil". Dirección: Dra Elvira B. Calvo, Coordinación: Dra. Laura Beatriz López (Becaria) Ministerio de salud y Ambiente de La Nación, Área de Nutrición, Dirección Nacional de salud Materno Infantil.

Donde se puede observar que hay alimentos como las vísceras, la espinaca, el zapallito la zanahoria, la pera, damasco y durazno que al no ser consumidos por la madre, tampoco es consumido por el bebé. Otros alimentos muestran menor relación como la acelga, la batata, el damasco, la naranja entre otros. Esto se debe a que los niños dependen de la alimentación que les provee su entorno familiar, la que a su vez esta condicionada por las pautas culturales, el contexto social y el acceso económico.

Lo que se pudo observar en cuanto a las actitudes que toman las madres que no le volvieron a dar el "Alimento rechazado" a sus hijos o que intentaron un par de veces, es que el bebé se encuentra frente a ellas a la hora de darle su comida, un gran porcentaje utilizan el método del "habla" como estimulación positiva, insisten en el mismo momento ó vuelven a internar mas tarde, la mayoría le ayuda a comer a su hijo, y solo le dedican entre 20 o 30 minutos al acto alimenticio, lo cual no muestra diferencias significativas al momento de compararlas con las madres de niños que fueron varias veces expuestos al "Alimento rechazado" o las madres las cuales sus hijos nunca rechazaron una alimento.

En cuanto a la predisposición que tienen los bebés alimentados con leche materna a una buena incorporación de alimentos y menor reacción de neofobia a los mismo, en el presente estudio y a través del programa XL STAT. 2007 fue analizado con la prueba de Chi cuadrado (X^2) la cual se emplea cuando las variables a analizar son categóricas medidas a escala nominal o incluso ordinal.

Los datos recopilados en la encuesta son analizados mediante la tabla de contingencia o de tabulación cruzada. El objetivo de las mismas es estudiar la relación entre los bebés que toman leche materna con los que toman formulas y la incorporación de alimentos que tienen los chicos de 6 meses a 2 años de vida que asisten a la Unidad Sanitaria de la Ciudad de Comandante Nicanor Otamendi.

Tabla Nº 1: Incorporación de alimentos

Incorporación de alimentos	Leche Materna	Leche de Formula
Buena	18	9
Regular	3	14
Mala	3	3

Fuente: elaboración propia

Las hipótesis de este estudio son:

H₀: La alimentación láctea que tiene los bebés y la incorporación de alimentos no está relacionada, es decir, la incorporación de alimentos no depende de la leche que consumen los niños.

H₁: La alimentación que tienen los bebés y la incorporación de alimentos está relacionada, es decir, la incorporación de alimentos depende de la leche que consumen los niños.

Tabla N° 2: Prueba de independencia

Prueba de independencia entre las filas y columnas:	
Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	10,054
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	5,991
GDL	2
p-valor	0,007
alfa	0,05

Fuente: elaboración propia

El valor de la distribución Chi cuadrada para una confiabilidad del 95% ($\alpha = 0,05$) y con dos grados de libertad es 5,991. El valor obtenido con la prueba a partir de los datos recolectados es 10,054 (mayor al crítico) y como además el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0,05$, se rechaza la hipótesis nula. *Por lo tanto, la incorporación de alimentos depende de que leche consuman los bebés durante su lactancia.*

Es decir, que el tipo de leche consumida por el niño durante su primera infancia influye en la incorporación de alimentos y las reacciones neofóbicas que ellos tienen.

Lo cual se debe a que a través de este alimento se trasmite los distintos sabores de la alimentación que consume las madres, y los niños se encuentran en contacto con diferentes sabores a través del amamantamiento

Esto coincide con lo expuesto por Sullivan y col en un estudio longitudinal realizado en niños de 4 a 6 meses.¹¹.

¹¹ Sullivan S, Birch L. Infant dietary experience and acceptance of Solid foods. *Pediatrics* 1994; 93: 271-277.

Según el análisis, se puede calcular el resto de las frecuencias esperadas:

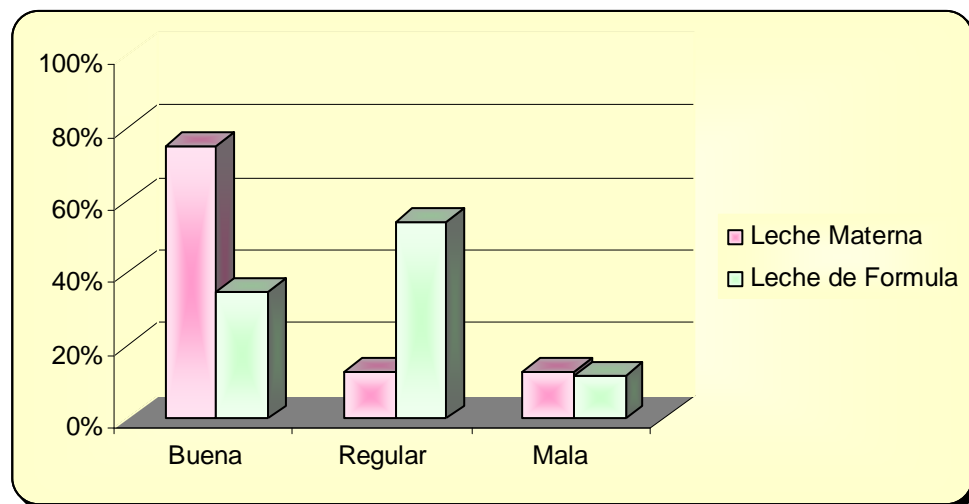
Tabla N° 3: Incorporación de alimentos

Incorporación de Alimentos	Leche Materna	Leche de Formula	Total
Buena	75%	35%	54%
Regular	13%	54%	34%
Mala	13%	12%	12%
Total	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 23

Relación del consumo de Leche Materna o de Leche de Formula con la incorporación de los alimentos.



Fuente: elaboración propia

En el gráfico se puede ver la relación que tiene el consumo de leche materna con la incorporación de alimentos en el inicio de la conducta alimentaria. Esto puede deberse a que se trasmite los distintos sabores de la alimentación que consume la madre, y los bebés se encuentran familiarizados con sus sabores, además del vínculo único e indisoluble que se crea entre la madre y el niño, lo cual ayuda al bebé a sentir confianza al momento de empezar con la incorporación de alimentos.



CONCLUSIONES

En referencia a los objetivos planteados en el presente estudio de investigación se desprende las siguientes conclusiones.

Los niños incluidos en este estudio asisten a la Unidad Sanitaria de Comandante Nicanor Otamendi, tienen entre 6 meses y 2 años de edad, y se encuentran normales según su estado nutricional. Se destaca que un gran porcentaje consume leche materna o consumió hasta aproximadamente el año de vida, esto coincide con lo recomendado por diferentes organismos en los que se destacan la Academia América de Pediatría a través de su grupo de trabajo en lactancia, la Sub Comisión de Lactancia Materna de la Sociedad Argentina de Pediatría, el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, UNICEF, y el Ministerio de salud de la Nación¹. Los niños restantes consumen leche materna junto con alguna fórmula láctea.

Es importante destacar que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses cubre todos los requerimientos de energía, proteínas y micronutrientes que el bebé necesita para crecer sano y fuerte. Además de establecer un vínculo único e indisoluble entre madre e hijo.

La gran mayoría de los jefes de familia de estos niños se encuentran actualmente con trabajo estable.

En referencia a las madres de estos bebés se observa que el 50% son mayores de edad y solo tienen un hijo a cargo y más del 50% además de ser amas de casa trabajan fuera o en su hogar.

Los niños cuyas madres trabajan fueran de su hogar, en gran porcentaje quedan a cargo de abuelo/a, lo que puede influir en la incorporación de los alimentos en cuanto al momento y al tipo.

En cuanto a la edad de incorporación del primer alimento la mayoría lo introdujo a los 6 meses, momento oportuno y recomendado, ya que en el niño se producen cambios cognitivos, físicos y emocionales que lo preparan para la incorporación de alimentos distintos a la leche materna² a la vez que su tracto digestivo se encuentra madurado³. Se destacan que las primeras comidas son las papillas de vegetales y/o frutas, como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud.

Se identifican actitudes de rechazo de los niños a algunos alimentos en los que se destaca los de color verde principalmente como acelga, espinaca y zapallito,

¹ Guía de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. Sociedad Argentina de Pediatría, Comité de Nutrición.p 26.

² Behrman, Kliegman Harbin, Nelso, "Tratado de Pediatría" Cap 11, p 50

³ Guía de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. Sociedad Argentina de Pediatría, Comité de Nutrición.p 26.

coincidiendo con lo expresado por el Doctor O'Donnell⁴, y luego le siguen en orden de importancia el zapallo y la batata. Como lo demuestra Leann L. Birch en su estudio⁵.

Con respecto a las actitudes de las madres al momento de incorporar alimentos se destaca, insistir con el alimento rechazado pocas veces, mucho menos de lo necesario para que el niño lo pueda incorporar, pero lo suficiente para que el bebé genere una actitud negativa frente a esta comida. Los niños aprenden a preferir determinadas comidas por la simple exposición a aquellas, se ha considerado que la mera presentación a un alimento es condición suficiente para inducir su preferencia. También comienza a preferir alimentos por la simple desaparición de la neofobia, al tener progresiva constancia que son seguros. Como lo explica Leann L. Birch en su estudio,⁶ para evitar el rechazo innato del niño, la constancia de los padres o de la persona encargada de la alimentación del bebé, de repetir la exposición al alimento en cuestión, sin ejercer presión de ninguna clase es fundamental⁷, además para superar esta negativa se necesita por lo menos entre 8 y 10 exposiciones hasta tener indicios claros de una mayor aceptación.

En relación a la elección de alimentos es bueno considerar tres características innatas bien diferenciadas. Primero las preferencias natural hacia determinados sabores, que son fácilmente evidenciables ya en los niños más pequeños por las expresiones faciales. Habiendo una aceptación universal por los alimentos dulces. De la misma manera hay un rechazo congénito a los sabores amargos que se identifican en la naturaleza con toxinas y algo similar sucede con los sabores ácidos, sin embargo la experiencia y la exposición a los distintos sabores y alimentos es lo que va a determinar la aceptación. Esto significa que una expresión facial de disgusto no es determinante para no volver a intentar nuevamente con ese alimento. Todo lo contrario, para que el niño acepte un alimento es necesario que lo pruebe, que se familiarice con él, porque son la experiencia y la exposición reiterada las que determinan las preferencias alimentarias.

Luego la predisposición genética es la ambivalente respuesta a nuevos alimentos: una mezcla de interés "neofilia" y rechazo "neofobia". En sociedades tradicionales, donde el estilo de cocina suele ser muy monótono, los niños también suelen ser rutinarios.

Y por último tienen que ver con la capacidad del ser humano para cambiar preferencias en respuesta a consecuencias tardías de ingerir tal o cual comida evitando

⁴ Alejandro O'Donnell, se desempeña como Director del Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI).

⁵ Leann L. Birch "Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida" cap 2 ; pag 37.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

aquellas que les hayan causado enfermedades, este cambio de preferencias puede afectar el consumo de alimentos muy valiosos para el niño.

También llama la atención que las madres le dan otro alimento, el pecho o leche de fórmula, cuando el niño no come, reemplazando este al momento de la comida y dejando sin importancia el tiempo que es necesario para la transmisión de los hábitos alimentarios correctos. En este punto es importante recordar que el aprendizaje sobre hábitos alimentarios comienza en la panza de la madre ya que la madre transmite sabores al feto a través del líquido amniótico y a su vez durante la lactancia algunos sabores de la dieta de la madre se transmiten a la leche materna. Estas primeras exposiciones a los sabores, previos a la introducción de alimentos sólidos, facilitan la aceptación de las primeras comidas. La exposición temprana y prenatal predispone favorablemente al niño a responder a los olores y sabores de su medio ambiente familiar, coincidiendo con lo explicado por el doctor Alejandro O'Donnell y colaboradores.⁸

Uno de los tantos factores por lo que esto ocurre es por la situación que puede estar pasando la madre al momento de la comida, ya que es muy frecuente que ella se encuentren apuradas, nerviosas o haciendo otras cosas en este momento, lo que lleva a que no se le preste tanta atención al bebé en esta etapa. Esto se debe entre otras cosas, por los cambios en el rol de la mujer que les toca vivir en esta sociedad y su participación en el mercado laboral.

Otros de los factores que caracterizan a estas madres es que ayudan a su hijo a comer, lo cual es muy satisfactorio porque ayuda al vínculo madre-hijo y al proceso educativo del acto de comer. Pero algo que les juega en contra es que no permiten a sus niños jugar con la comida, no les permiten desarrollar sus habilidades motoras, en cuanto a la textura, consistencia, variedad de colores, sabores y aromas que les brindan los distintos alimentos que existen en la actualidad en el mercado, coincidiendo con el estudio realizado por Kyung E Rhee y colaboradores⁹. Esto puede deberse a los desordenes que el niño hace al intentar comer por sus propios medios, que los padres deben soportar dentro de los límites del sentido común.

Esto se suma al tiempo dedicado al acto de comer, ya que es el mínimo e indispensable para que el bebé se alimente.

Otra actitud a destacar, es que los alimentos rechazados por los chicos son aquellos que por algunas razones, no investigadas en este estudio, no son aceptados por las madres. Las preferencias y conductas alimentarias de los niños se forman en parte

⁸ O'Donnell A, Britos S, Pueyrredon P, Grippo B, Rovirosa A, Uicich R, Bock I, Chacho C, Pujato D, Porto A, "Comer en una edad difícil" *Publicaciones CESNI*.

⁹ Kyung E, Rhee; Julie C Lumeng, Danielle P Appugliese, Nikon Kaciroti and Robert H Bradley. "Parenting Styles and Overweight status in First Grades" *Pediatrics* 2006; 117; 2047 – 2054.

observando los hábitos y la conducta alimentaria de los mayores. El medio ambiente alimentario provisto por los padres también contribuye a la formación de la preferencia alimentaria de los niños lo cual coincide con lo expuesto por el doctor Alejandro O'Donnell y colaboradores en su libro.¹⁰

Este período de la vida es de gran importancia en la formación de hábitos y de una conducta alimentaria sana. Los padres, su propia conducta y el modelo que difunden hacia sus hijos son fundamentales como guía de hábitos saludables, no se trata sólo de que alimentos comer sino de infundir un ambiente alimentario sano.

Las elecciones alimentarias que hacer los padres como maestros que son de la conducta alimentaria de sus hijos pequeños van modelando desde temprana edad las preferencias de los niños hacia alimentos mejores o no tanto.

No hay una actitud que determine una correcta incorporación de alimentos, pero si se puede decir que la suma de todas ayuda a que el niño tenga una correcta alimentación en cuanto a variedad y a calidad.

Lo que si podemos distinguir como estrategia fundamental es que el bebé tenga desde su nacimiento y hasta el año de vida, como mínimo, el consumo de leche materna, ya que se pudo detectar que los niños alimentados a pecho son menos neofobicos, lo cual se debe a que a través de este alimento se trasmite los distintos sabores de la alimentación que consumen las madres, y los niños se encuentran en contacto con diferentes sabores a través de amamantamiento durante su primera infancia.

A esta edad es muy común que la neofobia de los niños tenga como consecuencia que la alimentación sea limitada o poco variada. El riesgo con este tipo de alimentación que podríamos llamar "selectiva", es que probablemente por su ingesta poco variada no puede cubrir con los requerimientos de algunos nutrientes. Esta conducta también se ve influenciada por la etapa de autonomía e independencia que atraviesan los niños a esta edad que influye en la aceptación de alimentos.

¹⁰ O'Donnell A, op. cit.

Ante todo lo expuesto es importante destacar

- * Una adecuada planificación alimentaria es el pilar fundamental para el crecimiento, el desarrollo y el futuro de los niños.
- * No sólo se trata de comer: los padres son quienes deben enseñar a sus hijos los hábitos y las conductas alimentarias saludables que los marcarán para toda la vida.
- * La incorporación de nuevos alimentos ha de ser variada y nutritiva, de esta manera se contribuye a que los niños transmiten su niñez disgustando variedad y no sólo los tres o cuatro platos tradicionales, que sólo los llevan a conductas tales como rechazar caprichosamente otros alimentos sin siquiera haberlos probado. De ahí surge la muy repetida frase "no me gusta", pero sólo por no haber tenido la oportunidad en el momento de probar nuevos sabores.



Para mejorar la calidad de la dieta y los hábitos alimentarios de los niños, los profesionales deberían enfocarse en los hábitos alimentario de los propios padres, de las madres particularmente, y alentarlos a adoptar patrones de ingesta saludables. Es importante que los padres sean buenos ejemplos, consumiendo frutas y verduras, y ofreciendo en el hogar una amplia variedad de alimentos saludables, evitando controlar la alimentación del niño mediante la restricción o la presión. Una manera práctica de llevar a cabo estos consejos es comer en familia una dieta saludable.

Es importante destacar el rol del Licenciado en Nutrición, ya sea como parte de grupos interdisciplinarios, en unidades sanitarias de barrios como en todos los segundos niveles de atención de salud. En primera instancia trabajando con el obstetra en la educación a las embarazadas, brindándoles pautas adecuadas para la alimentación durante la gestación.

En una segunda parte acompañando al pediatra en los momentos que los bebés transitan su etapa de lactancia, procurando que esta sea un momento lleno de alegría, aprendizaje y fomentando al vínculo madre e hijo. Luego acompañarlo en la etapa de la incorporación de alimentos sólidos, brindándoles a las madres los consejos necesarios para que los niños incorporen a sus vidas una alimentación correcta, donde se provean todos los nutrientes para que el bebé desarrolle su potencial.

Y finalmente guiarlos con educación alimentaria tanto en jardines de infantes, escuelas primarias y secundarias para que los niños incorporen conocimientos sólidos para una alimentación sana y un correcto desarrollo en su adolescencia.

Es importante resaltar la importancia de la Promoción de la Salud considerándola desde el embarazo y durante las distintas etapas de la vida del niño, destacando que la Promoción de la Salud ha sido uno de los grandes paradigmas desde Alma Ata¹¹ en el año 1978 hasta nuestros días, pasando por la carta de Ottawa¹² y Buenos Aires 30-15¹³.

Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma, la salud ha de formar parte del orden del día¹⁴.

Si desde la Atención Primaria de Salud hasta los hospitales se trabajaran en Promoción de la Salud incluyendo Educación Nutricional como lo expresa Buenos Aires 30-15:

*“Para lograr la equidad en salud es indispensable avanzar hacia la cobertura universal e integral de salud para la población, con enfoque de género, inclusiva, no discriminatorias y priorizando los grupos vulnerables”.*¹⁵

Se invertiría menos presupuesto por parte de los Ministerios de Salud y Desarrollo Social, contribuyendo a la Educación Alimentaria Nutricional en la promoción de hábitos alimentarios adecuados desde los inicios de la vida. De esta manera se hace especial hincapié en los grupos vulnerables como lo son aquellos que tiene menor acceso a los alimentos, llevando estos al déficit de determinados nutrientes principalmente Hierro, Calcio, Zinc, como así también macronutrientes. Todo lo cual desencadena situaciones alimentarias indeseadas, tanto por déficit como por exceso, como lo son la desnutrición calórica – proteica o el sobrepeso, obesidad y patologías desencadenadas por las anteriores, como dislipemia, hipertensión y futuros problemas cardiovasculares.

Es fundamental contribuir al desarrollo de una niñez sana, con hábitos de vida que fomenten el encuentro familiar alrededor de una mesa, y que favorezcan el crecimiento de los demás pequeños, logrando que el momento de comer sea agradable, lleno de alegría y comunicación.

¹¹ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma – Ata, URSS, 6 – 12 de septiembre de 1978.

¹² La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

¹³ Declaración “Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria”. 17 de Agosto 2007 Buenos Aires, Argentina.

¹⁴ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

¹⁵ De Alama Ata a la Declaración del Milenio, Buenos Aires 30-15.

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B

BIBLIOGRAFIA

-
- Birch L. Billman J y Richarrds S. Time of day influences food acceptability. *Appetite*, 1984;
 - Birch Leann Lipps; Linda Mc Phee; B. C Shoba; Edna Pirok and Lois Steinberg. What kina Of. Exposure reduce children´s food Nophobia?. *Appetite* 1987, 9, 171-178. child developement laboratpry, University Of. Illinois at Urban-Champaign.
 - Brown, K.H., et al. "Complementary feeding of infants and young children". *Indian Pediatric* 1999 Jun
 - Calvo Dra Elvira B., Coordinación: Dra. Laura Beatriz López (Becaria) Ministerio de salud y Ambiente de La Nación, Área de Nutrición, Dirección Nacional de salud Materno Infantil. Estudio sobre Nutrición en menores de 3 años "*Alimentación y Riesgo de nutrición infantil*". Dirección: Birch L. Billman J y Richarrds S. Time of day influences food acceptability. *Appetite*, 1984;
 - Diaz Marisol, "Nutrición pediátrica", corpus.
 - Guía de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. Sociedad Argentina de Pediatría, Comité de Nutrición.
 - Guías alimentarias para la población Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
 - Marenzi María Soledad, "*Nutrición pediátrica*", Corpus.
 - Mazza, C.S. "*Alimentación complementaria oportuna*". PRONAP 1999; módulo 2,
 - Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires. "*Lineamientos para la alimentación del niño menor de 2 años*"
 - Montse Doménech y el Dr. Eduard Estivill. *¡A comer!. Método Estivill*.
 - Morano Jorge, "*Compendio de Pediatría*".
 - Nelso, Behrman, Kliegman Harbin, "*Tratado de Pediatría*"
 - O´Donnell, Alejandro; Britos S, Pueyrredon P, Grippo B, Raviroso A, Uicich R, Bock I, Chacho C, Pujato D, Poroto A, "*Comer en una edad difícil*" Publicaciones CESNI.
 - ----- Torún, Benjamín; Bengoa, José Ma.; Caballero, Benjamín; Lara Pantín, Eleazar; Peña, Manuel. "*Nutrición y alimentación del niño en los primeros años*". CESNI. Capitulo 2.
 - Kyung E, Rhee; Julie C Lumeng, Danielle P Appugliese, Nikon Kaciroti and Robert H Bradley. "Parenting Styles and Overweight status in First Grades" *Pediatrics* 2006; 117; 2047 – 2054.
 - Raunder B. Bush (departament of Psychology, wheeling Jesuit University) and R. A. Franck (Departament of Psychology, U/niversity of Cincinati). *Appetite*, 1999.
 - Raunderbush B. and Franck R. A.. Assessing Food Neophobia: The Role of Stimulus Familiarity. *Appetite*, 1999, 32, 261-271. Article No. Appe.1999.0229, available online at <http://www.idealibrary.com>.

- Requerimientos según FAO/OMS 1985.
- Sociedad Argentina de Pediatría "Guía para la evaluación del crecimiento"
- -----, Comité de Nutrición. "Guías de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años" 2001.
- Sullivan S, Birch L. Infant dietary experience and acceptance of Solid foods. *Pediatrics* 1994; 93: 271-277.
- ----- (1994). Experiencias dietéticas con la introducción de alimentos sólidos. *Pediatrics* 93 (2)
- Torresani Maria Elena "Cuidado nutricional pediátrico" Editorial Eudeba.

