

Licenciatura en Nutrición.

Trabajo Final Integrador.

“Alimentación complementaria: una visión integral acerca de la alimentación del niño entre 6 y 12 meses”.

Profesoras: Lic. Concilio, Celeste.

Lic. Zummer, Eleonora.

Presentado por: Sánchez Ginestet, Mariana.

Diciembre de 2012

CONTENIDOS

1. FUNDAMENTACION Y JUSTIFICACION	2
2. MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES	4
3. PROBLEMA	30
4. OBJETIVOS	30
OBJETIVO GENERAL	30
OBJETIVOS ESPECIFICOS	30
5. VARIABLES EN ESTUDIO	31
6. METODOLOGIA	37
TIPO DE DISEÑO	37
POBLACIÓN Y MUESTRA	37
METODOLOGIA DE RECOLECCION DE DATOS	37
TECNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS	37
7. RESULTADOS	38
8. CONCLUSIONES	50
9. BIBLIOGRAFIA	53
10. ANEXOS	56

1. FUNDAMENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La alimentación adecuada en los primeros años de vida del niño, conforma un pilar fundamental para lograr la expresión del potencial genético en su totalidad, obteniendo entonces, un crecimiento y desarrollo óptimos. Particularmente en los dos primeros años de edad, el niño experimenta un crecimiento acelerado que exige incorporar la totalidad de los nutrientes necesarios para tal efecto. Hasta los seis meses de edad, la lactancia materna exclusiva satisface las necesidades nutricionales del lactante; sin embargo, a partir de esa edad, la misma no logra proveer todos los nutrientes que el niño requiere, y es por esto que resulta pertinente incorporar nuevos alimentos. Es menester recordar que a esta edad, el niño adquiere habilidades neuromusculares como así también un mayor desarrollo de las funciones gastrointestinales y renales, lo que justifica aún más la incorporación de nuevos alimentos.

Dichos alimentos, líquidos o sólidos, distintos de la leche materna, son denominados “alimentos complementarios o de transición”, los cuales no deben sustituir a la misma, sino complementar aquello que ésta no aporta en este momento.

En realidad, estas acciones (ideales, por cierto) no se producen linealmente. Mas bien, la alimentación que la madre o responsable del cuidado del niño lleva a cabo, responde a un sinfín de cuestiones; desde patrones culturales, religiosos y socioeconómicos, hasta la influencia que ejercen los medios masivos de comunicación o la sugerencia de terceros en la selección de tal o cual alimento. Como se señaló anteriormente, los hábitos y costumbres que tienen las madres o personas encargadas de la alimentación del niño sobre la administración de los alimentos, como la calidad de los mismos, la frecuencia, la consistencia, y la cantidad ofrecida es de mucha importancia, debido a que si éstas no son adecuadas, pueden quebrantar la alimentación del niño, y en consecuencia, privar al organismo del apropiado aporte de nutrientes, pudiendo provocar efectos irreversibles que van a afectar, como se mencionó anteriormente, el crecimiento y el desarrollo óptimo, manifestado a través de un rendimiento escolar deficiente, un desarrollo intelectual y social insuficiente o la presentación de enfermedades crónicas.

Por consiguiente, este trabajo tiene como objetivo describir cuáles son las prácticas de alimentación que se desarrollan entre los 6 y 12 meses de edad del niño. A través del mismo, se intentará dar a conocer la situación en la que se encuentra la población estudiada en lo referente a la selección de alimentos que las madres o responsables del cuidado del niño dan a los mismos después de la

lactancia materna, como así también determinar cuáles son las actitudes y percepciones de las mismas respecto a la alimentación de éstos en los primeros años de vida.

2. MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES.

2.1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

“Se puede definir al proceso de crecimiento y desarrollo como el conjunto de cambios somáticos y funcionales producidos en el ser humano desde la concepción hasta su adultez” (1)

El crecimiento es un fenómeno biológico complejo, el cual refiere a los cambios cuantitativos en el tamaño y la masa corporal, a partir de una célula inicial en un organismo pluricelular. Este proceso se produce gracias a una doble acción: un aumento del tamaño de las células, y un aumento en su número real. Es esperable, pues, que durante el primer año el niño triplique su peso y, que a los dos años, alcance la mitad de la talla adulta final.

El desarrollo, por su parte, indica una maduración progresiva y la diferenciación de órganos y sistemas, lo cual condiciona una creciente maduración funcional. (2)

Ambos procesos son el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo (físicas, biológicas, nutricionales, psicosociales). Por consiguiente, si estas condiciones son favorables, el potencial genético podrá expresarse en forma completa y el niño crecerá hacia su objetivo. He aquí, el rol clave de la alimentación durante el primer año de vida, ya que es a través de ella, y de los demás factores antes citados, que el niño alcanzará un buen desarrollo intelectual y un desenvolvimiento pleno en la vida adulta. Es decir, entre el nacimiento y los 2 años de vida se produce una ventana de tiempo crítica para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos.

Por el contrario, si la alimentación no es adecuada durante este período (sumado a otras condiciones ambientales desfavorables), el potencial genético se verá limitado, dependiendo de la magnitud y la perpetuación del agente agresor.

El retraso crónico del crecimiento, es el problema principal que padecen los niños que reciben una alimentación deficiente en energía y nutrientes, que como ya se mencionó anteriormente, no sólo altera el tamaño corporal total, sino también el desenvolvimiento cognitivo, lo cual podría afectar el rendimiento escolar. (1,2)

La etapa de transición de la lactancia materna a la dieta familiar conforma un momento de particular riesgo para la aparición de carencias, en un contexto de amplia necesidad de energía y nutrientes. Por consiguiente, es primordial el desarrollo de prácticas adecuadas de alimentación, que eviten una nutrición insuficiente. (3)

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, llevada a cabo por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, en el año 2007, exhibe los principales problemas nutricionales y los diferentes perfiles de estado nutricional en la población estudiada. En la misma se presentan datos antropométricos, los cuales indican que, en los niños de entre 6 y 23 meses de edad, existe una gran prevalencia de obesidad¹, acortamiento² y emaciación³. Asimismo, la prevalencia de anemia en este rango etáreo es del 34.1 % en todo el país, mientras que el riesgo de ingesta deficiente de energía es del 32%. (4)

A criterio de la autora, las cifras son un tanto desalentadoras, y obligan a pensar de manera inminente en cómo corregir la alimentación de la población, para evitar un desenlace negativo en los procesos antes descriptos: el crecimiento y el desarrollo óptimos para cada individuo.

2.2. REQUERIMIENTOS DE ENERGIA, MACRONUTRIENTES Y MICRONUTRIENTES A PARTIR DEL SEXTO MES DE EDAD.

2.2.1 Energía

La mayoría de los procesos del cuerpo humano requieren energía. Esta es consumida de los alimentos como energía química y transformada en energía metabólica, para ser utilizada por el organismo en la síntesis de compuestos proteicos o de estructura celular, hormonales, enzimáticos, etc.

Las necesidades energéticas en un individuo normal, equivale a la cantidad de energía que suple su gasto energético total. En los niños, estas necesidades aumentan, debido a la formación de nuevos tejidos.

Así como existen diferencias entre las necesidades de energía entre el adulto y el niño, los requerimientos energéticos son desiguales en el mismo grupo etáreo, ya que, como se ha mencionado anteriormente, éstas son mayores cuanto mayor y más rápido se produce el crecimiento. Hasta los 10 años de edad, las necesidades de calorías se estiman según la observación

¹ Casos superiores al 120% de la curva peso/talla de la Sociedad Argentina de Pediatría.

² Casos inferiores a -2 DE de la curva de peso/ y de talla para edad de la Sociedad Argentina de Pediatría

³ Casos inferiores al 80% de la curva de peso/talla de la Sociedad Argentina de Pediatría

del consumo calórico con crecimiento normal. En tanto que, después de los 10 años de edad, las mismas se estiman en base a determinaciones del gasto energético.

Los factores que determinan el gasto energético total del niño (GET) son:

- Metabolismo basal
- Actividad física
- Crecimiento
- Efecto térmico de los alimentos

Las necesidades calóricas para el metabolismo basal, también llamada gasto energético en reposo (GER), corresponden a la cantidad mínima de calorías que necesita el organismo para el desarrollo de funciones vitales. Durante los primeros 18 meses de edad, se precisan alrededor de 55 kcal/kg/día, a partir de esta edad dichos valores van decreciendo. En lo que respecta a la actividad física, se estima que el niño requiere 20 kcal/kg/día, aproximadamente. A partir del año estos valores aumentan, dependiendo de las características psicomotrices de cada niño.

Las necesidades calóricas para el crecimiento, están conformadas por dos componentes, el costo energético del tejido formado, y las calorías necesarias para su síntesis. Se infiere que el costo energético por cada gramo de tejido formado es de 5 a 8 calorías ingeridas.

Por su parte, la termogénesis inducida por la dieta (TID) o efecto térmico de los alimentos, incluye las calorías que se necesitan para los procesos de digestión, absorción, transporte, almacenamiento y utilización de los nutrientes de los alimentos consumidos. Las necesidades energéticas en este caso, varían según la composición de la dieta del niño, y se estima que varía entre el 5 y el 10% de las necesidades calóricas totales. (5)

Las necesidades diarias de energía requeridas a partir del sexto mes de vida, se exponen en el siguiente cuadro:

Cuadro n° 1. Requerimiento energético diario. FAO/WHO/UNU 2004

EDAD	PESO	GANANCIA DE PESO	ENERGIA PARA DEPOSITO	REQUERIMIENTO DE ENERGIA	
<i>Meses</i>	<i>kg</i>	<i>g/d</i>	<i>kcal/d</i>	<i>kcal/d</i>	<i>kcal/kg/d</i>
Niños					
6-7	7.93	12.8	36	639	81
6-7	8.30	11.0	17	653	79
7-8	8.62	10.4	16	680	79

8-9	8.89	9.0	14	702	79
9-10	9.13	7.9	21	731	80
10-11	9.37	7.7	21	752	80
11-12	9.62	8.2	22	775	81
Niñas					
6-7	7.35	12.8	47	599	82
7-8	7.71	11.0	20	604	78
8-9	8.03	9.2	17	629	78
9-10	8.31	8.4	15	652	78
10-11	8.55	7.7	18	676	79
11-12	8.78	6.6	15	694	79
11-12	9.00	6.3	14	712	79

FUENTE: Adaptado de "Human Energy Requirements Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation" (6)

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. Es importante recordar que la lactancia materna continúa siendo a LIBRE DEMANDA, con el fin de evitar el desplazamiento de la leche humana por otros alimentos, por un lado, y garantizar los aportes nutricionales e inmunológicos, por el otro. En el siguiente cuadro, se establece la cantidad de calorías que deben ser provistas por los alimentos complementarios, con un consumo promedio de leche materna.

Cuadro n°2. Aporte energético necesario a partir de los alimentos complementarios (Kcal/d), basado en el requerimiento total de energía (para niños amamantados)

EDAD DEL NIÑO (Meses)	6-8	9-11	12-23
Requerimiento energético	615	686	894
Energía suministrada por la lactancia materna	-413	-379	-346
Aporte energético de los alimentos	E200	E300	E550

complementarios.			
------------------	--	--	--

FUENTE: Extraído de las “Guías alimentarias para la población infantil” (7)

2.2.2 Proteínas.

La proteína es un nutriente energético (1 gramo aporta 4 calorías), estructural y regulador. La calidad de la proteína depende de su digestibilidad, capacidad de absorción y contenido de aminoácidos esenciales.

El valor biológico de la proteína está determinado por su contenido y tipo de aminoácidos esenciales. Nueve aminoácidos son considerados esenciales, por no poder ser sintetizados en el organismo (histidina, isoleucina, leucina, lisina, valina, metionina, triptofano, treonina y fenilalanina). La histidina es considerada esencial en el niño, debido a que se acumula en el tejido muscular y en la hemoglobina para ser reutilizada posteriormente, de tal manera que en el adulto deja de ser esencial. La cistina y la tirosina se consideran esenciales para el lactante menor y pretérmino por la inmadurez del sistema enzimático incluido en sus síntesis. La tasa de síntesis de otros nutrientes, como el de la taurina y la carnitina, son insuficientes en el desarrollo temprano para cubrir las necesidades del niño. Por su parte, la taurina es un aminoácido muy importante en el desarrollo de la retina y del sistema nervioso, mientras que la carnitina es esencial en el transporte de ácidos grasos, ambas están presentes en la leche materna.

Las recomendaciones de proteínas están dadas por su contenido de aminoácidos esenciales y por las necesidades totales de nitrógeno. Se han determinado en niños alimentados con leche materna, observando la velocidad de crecimiento. (5)

La Organización Mundial de la Salud, realiza las siguientes menciones con respecto al consumo de proteínas: en primer lugar, establece que una ingesta proteica suficiente con el aporte de un patrón de aminoácidos balanceado, es importante para el crecimiento y el desarrollo del niño pequeño. Sin embargo, la cantidad y calidad proteica rara vez es un factor limitante, si el niño recibe una alimentación variada, fundamentalmente si la dieta contiene pequeñas cantidades de proteínas provenientes de la leche humana o de origen animal.

Además, establece que una ingesta proteica superior a las recomendaciones no provee beneficios extra, y niveles que superen cuatro a cinco veces los requerimientos pueden producir efectos adversos.

Sostiene, además, que un elevado consumo de proteínas determina un incremento de aminoácidos en sangre. Los aminoácidos de cadena ramificada estimulan la secreción de insulina que estimula el crecimiento del niño. (4)

Las técnicas disponibles para calcular los requerimientos de proteínas a partir de los seis meses son el método indirecto de cálculo factorial y el de investigación clínica directa. Otra forma de expresar el requerimiento de proteínas en gramos de proteínas por cada 100 kcal requeridas. De este modo, el aporte mínimo recomendable es 1.8 g/100 kcal, correspondiente a un porcentaje de calorías proteicas (P%) de 7% (el de la leche humana es del 8%). (8)

Para la Organización Mundial de la Salud, la proteína de la leche humana debe ser considerada patrón hasta el año de vida. En base a esto debe tenerse en cuenta que las proteínas de los alimentos complementarios no debería ser una preocupación. Sin embargo, cuando la base de la alimentación está basada en alimentos con pobre cantidad de nitrógeno o proteína de baja calidad (de origen vegetal), éste puede ser un aspecto de consideración. (4)

2.2.3 Grasas.

Las grasas son compuestos orgánicos con limitada solubilidad en agua. Representan la principal fuente de reserva de energía del organismo, como así también de ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles (A, D, E, K). También, es el macronutriente que permite incrementar la densidad energética sin aumentar la viscosidad y tiene la propiedad de aumentar la palatabilidad de la dieta.

Es menester aclarar que, durante los dos primeros años de vida, no se debe limitar la cantidad o tipo de grasa de la dieta, ya que, como se explicó anteriormente, ésta es determinante de la densidad energética. No obstante, si la ingesta de grasa dietaria es muy alta se altera la relación proteína/energía y micronutriente/energía, por consiguiente, la dieta resulta de bajo aporte proteico y baja densidad de micronutrientes por kilocaloría.

La cantidad de grasas que deberá ser aportado por los alimentos complementarios depende de la concentración de grasas en la leche humana (se asume que la concentración de grasas promedio provenientes de la leche humana, en países en vía de desarrollo, oscila entre los 2 g/l hasta 38 g/l) de la cantidad de leche materna que ingiera el niño y de una norma aceptable acerca del porcentaje total de energía que debe ser aportado por los lípidos. (2, 4, 8)

Aún es controversial la cantidad óptima de grasa que deben recibir los lactantes y niños pequeños. Empero, se sugiere que la misma fluctúe entre el 30 y el 45% de la energía total, como un término razonable que evita el riesgo de una ingesta muy baja, la cual determina un déficit de ingesta de ácidos grasos esenciales y baja densidad energética. En este momento, dichos ácidos grasos son de fundamental importancia. Por ejemplo, los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (PUFA), de la familia omega seis: araquidónico (20:4 n-6) y omega 3: docosohexaenoico (22:6n-3), son precursores esenciales de prostaglandinas, tromboxanos y leucotrienos, como así también de otros mediadores de procesos cerebrales.

El ácido docosohexaenoico, juega un papel fundamental en el desarrollo cerebral, en el de la retina y en las funciones neurales.

Por otra parte una excesiva ingesta de grasas, se piensa que puede aumentar la probabilidad de obesidad infantil y enfermedad cardiovascular.

Debido a la relevancia que adquieren los ácidos grasos en el desarrollo óptimo del niño, FAO-OMS recomienda que los mismos deben constituir entre el 4 y el 5 % de la energía total, donde el ácido linoleico, debe proveer un mínimo del 3% y el alfa-linolénico el 0.5%. Dicha recomendación se obtiene por homologación con su contenido en la leche materna, en la que se encuentran en una alta proporción (entre el 6-12% de los ácidos grasos esenciales es ácido linoleico). (4, 8)

2.2.4 Hidratos de carbono.

Los hidratos de carbono, representan la principal fuente de energía disponible para el niño, como así también de más fácil asimilación. Durante el primer año de vida, la lactosa es el principal hidrato de carbono.

El consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono, permite ahorrar proteínas y grasas. En los alimentos que el niño incorpora a partir del sexto mes de vida, los hidratos de carbono influyen en las características organolépticas de las preparaciones, determinando el sabor, la viscosidad y textura.

Con la introducción de alimentos complementarios, se incrementa el aporte de carbohidratos. Se recomienda que éstos sean complejos, como harina de maíz, arroz, mandioca, entre otros.

Con respecto a la fibra, se debe tener en cuenta que aumenta el volumen de la dieta, disminuye la densidad energética y puede interferir en la absorción de minerales como hierro y zinc, por la

acción del ácido fólico. Por esta razón, en los menores de dos años la fibra dietaria no debe superar 1 g/100 g de alimento.

Las recomendaciones de hidratos de carbono se basan en mantener un balance energético adecuado cuando se cubren las necesidades de proteínas y grasas. (4, 8)

Cuadro n° 3: Ingesta diaria recomendada de macronutrientes.

NUTRIENTE	RDA/IA g/d
Hidratos de carbono	95
Lípidos	30
Proteínas	11

FUENTE: Adaptado de “United States Department of Agriculture. National Agriculture Library” (9)

2.2.5 Micronutrientes.

El contenido de micronutrientes de los alimentos que el niño incorpora a partir de los seis meses, adquiere una importancia vital en la contribución de los mismos al crecimiento y desarrollo del niño.

La leche materna contribuye de manera sustancial a la ingesta total de nutrientes entre los 6 y 24 meses de vida. Sin embargo, el contenido de algunos minerales, como el hierro y el zinc, es relativamente bajo en la leche materna, aún teniendo en cuenta su biodisponibilidad. En la siguiente tabla, se exhibe el requerimiento total diario de micronutrientes entre los 6 y los 12 meses.

Cuadro n° 4. Requerimiento total diario de nutrientes entre los 6 y 12 meses.

NUTRIENTE	RDA (6-12 meses)
VITAMINAS	
A (ug/d)	500
Folatos (ug/d)	80
Niacina (mg/d)	4
Riboflavina (mg/d)	0,4
Tiamina (mg/d)	0,3
B6 (mg/d)	0,3
B12 (ug/d)	0,5
C (mg/d)	50
D (ug/d)	10
E (mg/d)	5

K (mg/d)	2,5
MINERALES	
Calcio (mg/d)	260
Cloro (g/d)	0,57
Cobre(ug/d)	220
Fluor (mg/d)	0,5
Yodo (ug/d)	130
Hierro (mg/d)	11
Magnesio (mg/d)	75
Fósforo (mg/d)	275
Potasio (g/d)	0,7
Selenio (ug/d)	20
Sodio (g/d)	0,37
Zinc (mg/d)	3

FUENTE: Adaptado de "United States Department of Agriculture National Agriculture Library" (9)

Teniendo en cuenta la pequeña cantidad de alimentos que el niño ingiere, es necesario considerar la densidad nutricional que aporta esa preparación, es decir, la cantidad de nutriente por 100 kcal de alimento.

La Organización Mundial de la Salud, determinó la cantidad de micronutrientes que deben aportar los alimentos complementarios, expresado como un porcentaje aproximado de las Recomendaciones Dietéticas Permitidas (RDA), asumiendo una ingesta promedio de leche humana.

(4)

Cuadro n° 5. Porcentaje de RDA de vitaminas y minerales a cubrir por alimentos complementarios.

MICRONUTRIENTE	% de RDA.
Vitamina A	5-30%
Tiamina	50-80%
Riboflavina	50-65%
Calcio	60%
Zinc	85%
Hierro	Casi el 100%.

FUENTE: Extraído de "Nutrición del niño sano" (4)

Tal como se mencionó anteriormente, la lactancia materna satisface las necesidades de micronutrientes. Mientras que, a partir de los seis meses, la incorporación de alimentos de alta densidad de nutrientes, garantiza el aporte de dichos micronutrientes. Esto da por sentado que es errónea la creencia que alude a la suplementación obligatoria de medicamentos, con el fin de efectivizar el crecimiento y desarrollo óptimos. No obstante, existen casos puntuales en los que debe ser considerada la suplementación.

Hasta los seis meses de edad, el **hierro** es aportado a través de la lactancia exclusiva y los depósitos de dicho mineral. A partir de dicha edad, si el niño fue nacido a término, con un peso adecuado para la edad gestacional, sano, amamantado en forma exclusiva, y si el estado nutricional de hierro de la madre durante la gestación era bueno, y la ligadura del cordón umbilical fue tardía, se debe indicar la suplementación. En caso contrario, debe ser considerada la suplementación con hierro medicamentoso, a partir de los cuatro meses. Si el niño hubiera nacido con bajo peso, debe ser indicada la suplementación a partir de los dos o tres meses de edad.

En una dieta de disponibilidad intermedia, el hierro aportado por los alimentos complementarios debe oscilar entre los 8 y 10 mg/día. Esta cifra es imposible de cubrir con la alimentación. Por lo tanto, los niños deben ser suplementados con hierro medicamentoso (sulfato ferroso), 7 mg/día desde los seis a los doce meses de edad. Asimismo, debe ser estimulada la ingesta de hierro hemínico (carne de vaca, pollo, pescado), y asociar la ingesta de hierro no hemínico con alimentos que tengan ácido ascórbico para favorecer su absorción. Las prácticas alimentarias inadecuadas, en especial la introducción temprana de leche de vaca y té, tienen un impacto negativo sobre la biodisponibilidad del hierro de los niños.

Es importante recalcar que el déficit de hierro es la principal causa de anemia nutricional, siendo ésta la causa de retraso en el desarrollo neuropsicomotor.

El **zinc**, es otro micronutriente que adquiere importancia, ya que el déficit en su aporte sumado a la baja biodisponibilidad en los alimentos incorporados, puede ser causa para la falla de crecimiento. Salvo que exista una alta ingesta de alimentos como hígado, pescado, leche en polvo o carne vacuna, resulta dificultoso cubrir las recomendaciones diarias.

Las necesidades de **calcio**, por su parte, dependen en un 60% (como lo muestra el cuadro n° 5), de los alimentos complementarios. Se ha demostrado que la suplementación de dicho mineral no mejora la ganancia de peso y la altura de los niños a pesar de tener una ingesta baja o media de este mineral. (4)

2.3. ALIMENTACION COMPLEMENTARIA OPORTUNA: DEFINICION Y JUSTIFICACION DE SU INCORPORACION.

Tal como lo expresa la palabra, la alimentación complementaria refiere a aquella que complementa la alimentación del niño, sin desplazar a la lactancia materna.

Un alimento complementario, es “*cualquier nutriente líquido o sólido provisto al niño pequeño junto con la lactancia materna.*” (8)

A su vez, el alimento complementario puede ser de transición, el cual está preparado *ex profeso* para cubrir las necesidades nutricionales específicas del niño de manera fisiológica; mientras que el alimento familiar, es aquel alimento que es consumido por toda la familia, es decir, señala el momento en el que el niño se incorpora a la dieta familiar. (6, 8)

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 de edad y efectivizar, por consiguiente, el desarrollo físico y psicoemocional. (10)

Ahora bien, la incorporación de alimentos complementarios a partir del sexto mes, no es algo arbitrario, sino que obedece a que el niño, a partir de esa edad, alcanza un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renales y de la maduración neurológica.

2.3.1 Desarrollo neuromuscular.

La maduración del sistema neuromuscular influye sobre las modalidades de alimentación infantil. Es así, como alrededor de los seis meses empieza la erupción dentaria, que indica mayor madurez funcional, progresando en el uso de la musculatura masticatoria y la percepción sensorio-espacial de la lengua y los labios. La función deglutoria se convierte en instintiva y el reflejo de extrusión o protrusión, a través del cual el niño expulsa con la lengua los objetos y alimentos que se aproximan a sus labios, comienza a extinguirse progresivamente, permitiendo el discernimiento entre diferentes texturas, sabores, olores, temperaturas y consistencias en los distintos alimentos. Como estos cambios madurativos, existen otros, que se detallan en el cuadro que se expone a continuación y que determinan, conjuntamente con la maduración de otros procesos fisiológicos, la incorporación oportuna de alimentos complementarios. (4, 10, 11)

Cuadro n° 6. Pautas madurativas en niños de 0 a 24 meses y sus implicancias en la alimentación.

EDAD (meses)	REFLEJOS Y HABILIDADES	CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS.
0-3 meses	Búsqueda, succión, reflejo de protrusión de 1/3 medio de la lengua	Líquidos: leche materna
4-6 meses	Aumento de la fuerza de succión. Aparición de movimientos laterales de la mandíbula. Desaparece el reflejo de protrusión de la lengua. Alcanza la boca con las manos a los 4 meses.	Leche materna Alimentos semisólidos (puré y papillas)
7-12 meses	Chupa cucharita con los labios. Lleva objetos/manos a la boca. Se interesa por la comida (se inclina hacia adelante, abre la boca). Toma alimentos con las manos. Movimientos laterales de la lengua. Empuja comida hacia los dientes. Buen control muscular (cabeza, cuello y tronco) y adquisición de la posición sentada con apoyo. Insiste en tomar la cuchara pero no la lleva a la boca.	Leche materna. Sólidos bien desmenuzados
13-24 meses	Movimientos masticatorios rotatorios. Estabilidad de la mandíbula. Aprende a utilizar cubiertos	Leche materna Alimentos familiares.

FUENTE: Extraído de “Nutrición de niño sano” (4)

2.3.2 Función digestiva.

La función digestiva depende tanto del desarrollo de sistemas enzimáticos como de aspectos motores.

En lo que refiere a la maduración gástrica, el cardias adquiere su tonicidad normal cerca de los 3 meses, con lo cual, puede producirse cierto reflujo hasta esa edad. La secreción de ácido clorhídrico se produce desde antes del nacimiento, tanto en los niños a término como en los prematuros.

De igual modo, la motilidad intestinal comienza a sufrir modificaciones en lo que se llama proceso migratorio de la motilidad intestinal, con un marcado aumento de la velocidad de propagación y una disminución de la duración del complejo motor migratorio o modelo de ayuno.

Con respecto a la evolución de las enzimas digestivas, se establece que las enzimas del ribete (lactasa, sacarasa y maltasa) se diferencian hacia el final del segundo trimestre de gestación, como también sucede con las microvellosidades del intestino delgado.

La digestión de los macronutrientes, depende de las enzimas pancreáticas presentes en la luz intestinal. Se produce una gran variación de la digestión en el momento en el que éstas aparecen en el lumen intestinal.

La amilasa pancreática es la enzima cuyo momento de origen está en discusión; se desconoce si existe en el feto y cuánto tiempo después del nacimiento comienza a producirse. Se infiere que la presencia de la misma hasta los seis meses es insuficiente, por lo que el almidón podría ocasionar malabsorción y, en consecuencia, diarrea. La amilasa pancreática alcanzaría los niveles del adulto a los tres años de edad. Sin embargo, la presencia de glucoamilasa (alfa glucosidasa del borde en cepillo de la mucosa intestinal) puede compensar, en parte, el déficit de amilasa.

Por su parte, la lipasa pancreática, es deficitaria en el momento del nacimiento. La cantidad de la misma se duplica al mes, pero permanece baja durante el primer año de vida. A esto, se adiciona la baja concentración de ácidos biliares, los cuales están por debajo de nivel miscelar crítico. Esto, lleva a trastornos en la solubilización de los productos de la lipólisis.

Las enzimas proteolíticas pancreáticas (tripsina y quimiotripsina), se encuentran bien desarrolladas desde el nacimiento, razón por la cual, la digestión de proteínas no presenta inconvenientes desde el momento del nacimiento.

De relevada importancia es la función que cumple el intestino en la inmunidad. El mismo desarrolla mecanismos de defensa entre los que se encuentra la barrera intestinal. La función de la misma es evitar el ingreso de antígenos a través de la mucosa intestinal y está conformada por componentes

inmunológicos y no inmunológicos. Entre los factores inmunológicos, se hallan el peristaltismo, la saliva, la acidez gástrica, la flora intestinal y las enzimas proteasas, que contribuyen a la degradación de los antígenos. Entre los inmunológicos, se encuentran el tejido linfoide asociado al intestino (GALT: Gut Associated Lymphoid Tissue) y en segundo lugar, el moco secretado por las células caliciliares.

Por otro lado, la barrera mucosa madura contiene la mayor población de células B del organismo y una parte importante de la cantidad total de inmunoglobulinas A (Ig A). La Ig A secretoria, es la principal inmunoglobulina del sistema inmune de la mucosa. Ésta, alcanza valores del adulto unos meses después del nacimiento, contribuyendo a la defensa intestinal de microorganismos y proteínas antigénicas.

La incorporación de alimentos complementarios implica la exposición a antígenos nuevos, y además, la modificación de la flora en el tracto gastrointestinal, con lo cual, es necesario considerar que la alimentación complementaria se introduzca en el momento en el que todos estos mecanismos estén efectivamente desarrollados. (4,10,11)

2.3.3 Funcion renal.

Paralelo al proceso de maduración neuromuscular, la función renal avanza aceleradamente en su desarrollo, logrando la normalidad al sexto mes de edad.

En el recién nacido, el filtrado glomerular es del 25% con respecto al valor del adulto. A los 3 meses, el filtrado alcanza los dos tercios de la maduración completa y a los 6 meses el 60-80%. Esto lleva a considerar que hasta los 6 meses, el niño tiene dificultades para manejar la sobrecarga de solutos, particularmente, cuando esto coexiste con una baja ingesta de líquidos o una pérdida excesiva de los mismos. A partir de los seis meses, entonces, la madurez de la función renal permite resistir una mayor carga de solutos, sin que se produzcan cambios significativos en la función del riñón. (4,11)

2.4 IMPLEMENTACION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA. (4,8,12)

La incorporación de alimentos complementarios marca una nueva fase en el desarrollo social, emocional, de conducta y en las relaciones entre la familia y las madres o personas responsables del cuidado del niño.

Los primeros alimentos tienen una función educativa en lo referente al aprendizaje de la deglución de semisólidos y al reconocimiento de nuevas texturas y sabores, y paulatinamente van cobrando mayor importancia hasta el destete definitivo y la incorporación a la dieta familiar.

El componente de aprendizaje es un aspecto esencial en la etapa de introducción de los semisólidos. Éste será óptimo cuando la interrelación del niño con el adulto que ofrece el alimento sea en *un ambiente de afecto*, con amabilidad y paciencia, con control pero sin rigidez, favoreciendo la independencia sin llegar al caos. Debe ser un momento de intercambio gratificante para ambos, en el que se debe tener en cuenta no sólo qué se come, sino también cómo se come. En este sentido, la *alimentación perceptiva*, enfatiza en que se debe alimentar despacio y pacientemente, animando siempre a los niños a comer, pero sin forzarlos. También, es necesario considerar que si el niño rechaza varios alimentos, una alternativa puede ser combinar los alimentos de manera que los anime a comer. Además, se deben minimizar las distracciones durante la comida y recordar siempre que, como se indicó anteriormente, el momento de comer es un período de aprendizaje y amor, en el que resulta esencial hablar con ellos y mantener el contacto visual.

Por otra parte, existen algunas cuestiones que deben ser tenidas en cuenta al decidir introducir nuevos alimentos. Entre ellos:

1- ORDEN:

Algunos programas como UNICEF 1993 aconsejan ofrecer primero el pecho para evitar cualquier impacto negativo, en especial en niños menores de un año.

Tampoco es importante el orden en que se introduzcan los primeros alimentos, siempre y cuando se ofrezca un alimento nuevo por vez para probar la tolerancia y la aceptación de sabores y detectar posibles alergias.

2- EXPOSICIÓN:

La frecuencia de la exposición a los diferentes gustos facilita la aceptación. La preferencia por ciertas comidas o alimentos aumenta con la exposición repetida. Se aconseja introducir los nuevos alimentos de manera reiterada (no discontinua) hasta que sean aceptados. Esta aceptación no se produce inmediatamente, sino que puede exigir entre ocho y diez contactos con el alimento, que debe ser probado y no sólo mirado y olido.

3- VOLUMEN:

Se aconseja 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 del niño.

Prácticamente todos los niños son capaces de consumir al menos 30 g de alimento/kg de peso en una sola comida (capacidad gástrica).

La OMS consideró una densidad energética promedio de los alimentos complementarios de 1,07 a 1,46 Kcal/g, para estimar la cantidad aproximada de alimentos complementarios necesarios para proveer los requerimientos energéticos mencionados anteriormente. En el cuadro que se presenta a continuación, se hace referencia a la cantidad de comidas según la edad, y la densidad energética adecuada.

Cuadro n° 7. Número de comidas y densidad calórica recomendada según rango de edad.

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

FUENTE: Extraído de “Guías alimentarias para la población infantil” (7)

4- CONSISTENCIA:

A los 6 meses se recomienda iniciar la alimentación complementaria con papillas o purés, a partir de alimentos de la dieta familiar pisados o triturados. Como se mencionó anteriormente, a medida que el niño crece aumenta la habilidad y coordinación para morder, masticar y tragar, lo que permite la introducción de alimentos con mayor consistencia.

A los 8 meses la mayoría de los niños puede consumir alimentos que se pueden comer con los dedos, a los 12 meses la mayoría de los niños ya puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia, de consistencia sólida.

Cuando se ofrecen alimentos de consistencia inapropiada, es posible que el niño no logre consumir una cantidad significativa, o que demore tanto en comer, que su ingesta de alimentos se vea comprometida.

Algunas pruebas sugieren que existe una ventana crítica de tiempo para introducir alimentos sólidos grumosos: si éstos no se introducen antes de los 10 meses de edad, es posible que aumente el riesgo de dificultades durante la alimentación en el futuro.

Las preparaciones líquidas (sopas, caldos, jugos) no contienen suficientes elementos nutritivos porque tienen mayor cantidad de agua.

5- VARIEDAD Y MONOTONÍA:

Las dietas en los países en desarrollo son monótonas, lo que influye en la provisión de micronutrientes y pueden tener algún efecto en los niveles de energía consumidos. Si la dieta es deficiente es uno o más nutrientes, la monotonía acentuará la deficiencia y, además, producirá inapetencia por hastío organoléptico.

En los cuadros que se exponen a continuación, se describe la incorporación ideal de grupos de alimentos y, a manera de guía, una selección de alimentos según la edad del niño.

Cuadro n°8. Incorporación ideal de grupos de alimentos según edad.

Grupos de alimentos	Edad (en meses)					
	0 a 5	6	7	8 a 9	10 a 11	12
Leche materna	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Fórmula de inicio	SI	NO
Fórmula de continuación	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Leche de vaca	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Quesos	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Yogur	NO	NO	SI	SI	SI	SI
Huevo	NO	Yema	Yema	Yema	Entero	Entero
Carnes	NO	NO	SI	SI	SI	Pescado

Cereales	NO	S/TACC	C/TACC	C/TACC	C/TACC	C/TACC
Frutas	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Vegetales	NO	SI	SI	SI	SI	SI

FUENTE: Extraído de “Cuidado nutricional pediátrico” (13)

Cuadro n°9. Selección de alimentos según la edad del niño.

Edad (en meses)	Alimentos
6	Frutas: Manzana y banana
	Vegetales amarillos: zapallo y zanahoria
	Cereales sin TACC: almidón y harina de arroz y maíz
	Quesos untables
	Frutas cítricas: en jugos colados y diluídos
	Vegetales blancos: papa y batata
	Yema de huevo-aceite
7	Quesos blandos
	Yogur
	Vegetales verdes: acelga, espinaca y zapallito
	Frutas de estación: durazno y damasco
	Cereales con TACC
	Carne roja, pollo sin piel o vísceras
8 a 9	Quesos de postre
	Vegetales rojos: remolacha y tomate
	Pulpa de frutas con ácidos orgánicos: mandarina y naranja
	Cereales en grano: arroz
	Manteca o margarina
	Dulces: jaleas, mermeladas y dulces compactos
	Pan y galletitas
10 a 11	Clara de huevo
	Pastas rellenas
	Otros vegetales: chauchas
12	Pescado (*) - miel-dieta familiar-

FUENTE: Adaptado de “Cuidado nutricional pediátrico” (13)

(*) La incorporación de pescado podrá hacerse con prudencia partir de los 9 meses de edad; pero en las familias con alta incidencia de atopías, por su mayor potencial antigénico, no debe ser incorporado antes del año.

Por consiguiente, se puede decir que la forma en la que la madre o el responsable del cuidado del niño comience y continúe la alimentación complementaria, como así también, las cantidades ofrecidas, la frecuencia de ingesta y la calidad del contenido nutricional, van incidir consecuentemente, en las preferencias alimentarias que acompañarán al individuo a lo largo de su vida, y por supuesto, en lo que se mencionó en más de una oportunidad a lo largo del trabajo: el crecimiento y desarrollo óptimos.

Sin embargo, un proceso que parece ser simple, en realidad no lo es, ya que la alimentación de un individuo está regida por diversos factores, entre ellos, biológicos, tecnológicos, culturales, religiosos, socioeconómicos, psicológicos, etc. Estos factores inciden en la elección de alimentos y determinan, por tanto, las conductas que realizan los individuos. Por consiguiente, el comportamiento que asumen los padres o responsables del cuidado del niño, está influenciado por el conocimiento y las creencias relacionadas con la introducción de alimentos, y que incluyen la selección de ingredientes, formas de obtención de los mismos, modalidades de preparación, presentación y consumo. Estos comportamientos, a su vez, se encuentran influenciados por el entorno social, familiar, y por la palabra suprema del pediatra. Muchas veces, la influencia que éste último ejerce sobre la alimentación de sus pacientes es superior a la de cualquier otro especialista de la medicina, razón por la cual y a criterio de la autora, todas sus recomendaciones deben estar basadas en los nutrientes necesarios para el adecuado crecimiento y salud en general, en la disponibilidad local de los alimentos, en la seguridad alimentaria y en el respeto por la cultura del paciente.

En diversos estudios, se exponen cuáles son estas prácticas de alimentación y cómo las mismas responden a los patrones que se exhibieron anteriormente.

Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en Bogotá, en 2008, titulado “Prácticas de destete por un grupo de madres de la localidad de Fontibón” se muestra por un lado, el momento de incorporación de alimentos, y por el otro, cuáles fueron los determinantes para la inclusión de alimentos complementarios. (14)

“Para dar el paso a la alimentación complementaria, las madres recibieron consejos o asesorías de terceros (...) La gran mayoría de las encuestadas inició con algún tipo de caldo o sopas, jugos y compotas; siendo el promedio de edad de los niños de 5.4 meses.

Se pudo identificar en el estudio que las madres inician el proceso de destete tempranamente, por diferentes causas, entre ellas: obligaciones laborales, falta de producción de leche, entre otras.”

En un estudio llevado a cabo por Barba Torres H, titulado “Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza “(Tesis de Licenciatura), se obtuvieron los siguientes resultados (2)

“Las características de la alimentación son adecuadas para la mayoría de niños de 6 meses a 1 año, teniendo como condiciones favorables la cantidad de la alimentación y las prácticas de higiene que realiza la madre o cuidadora durante la alimentación del niño. Los que se encuentran en condición inadecuadas son la frecuencia, consistencia y la interacción de la madre o cuidadora en el momento de la alimentación con el niño (...)

La frecuencia y la consistencia de la alimentación en la mayoría de las madres o encargadas de la alimentación del niño de 6 meses a 1 año, es inadecuada, limitando la ingesta de alimentos complementarios y de su aporte energético”

Por último, en un estudio llevado a cabo en 2005, titulado “Creencias maternas, prácticas de alimentación y estado nutricional en niños Afro-Colombianos” (15), el cual se basó en la descripción de las creencias y prácticas de la alimentación infantil, y su relación con el estado nutricional de niños de 6 a 18 meses, arrojó los siguientes resultados:

“La falta de conocimiento básico nutricional y algunas creencias erradas llevan a que al menos el 50% de las madres tengan prácticas de alimentación inadecuadas (...) Para la gran mayoría de las madres, la alimentación complementaria debe iniciarse entre los 3 y 4 meses de edad. Los alimentos preferidos para el

inicio son: sopas de pescado, el poroto, los jugos no ácidos como el mango, y frutas como la papaya y la guayaba. En menor frecuencia las madres refieren como primer alimento las papillas, el huevo, las masitas (harina de trigo). Aunque no es la norma, algunas madres introducen alimentos sólidos en la primera semana de vida del niño. La alimentación complementaria inicia de manera espontánea en el niño cuando el empieza a "velar" por la comida de los otros miembros de la familia quienes introducen pequeñas cantidades de alimentos con los dedos (...) Otras madres deciden iniciar los alimentos semi-sólidos y sólidos de manera temprana para que los niños se vayan adaptando a la comida y puedan posteriormente ser alimentados por cualquier miembro de la familia, facilitando en ellas el regreso al trabajo.

La mayoría de los comportamientos acerca de la alimentación del niño se establecen como normas culturales o costumbres arraigadas en las mujeres de esta región; mientras otras prácticas están ligadas a las condiciones sociales de las mujeres en Guapi”

2.5 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PRECOZ Y TARDÍA.

Como se aludió anteriormente, las prácticas de alimentación complementaria son diversas y responden a una multiplicidad de factores. Ahora bien, estas prácticas de alimentación, en la mayoría de los casos, suelen comenzar demasiado pronto o demasiado tarde y con frecuencia, como se expuso anteriormente, los alimentos son nutricionalmente inadecuados. A esta situación, se suma el riesgo que aportan los mismos, cuando las condiciones higiénico-ambientales no son las adecuadas.

El estudio titulado “Lactancia y alimentación complementaria en relación con la morbilidad y crecimiento en niños de Malauies” llevado a cabo en el año 2006, compara el riesgo de desnutrición entre los niños que recibieron alimentación complementaria temprana, antes de los 3 meses de edad, con los que recibieron alimentos después de los 3 meses, en una comunidad pobre de Malawi.

“Los niños que recibieron alimentación complementaria temprana, tuvieron un menor peso para la edad. La alimentación complementaria precoz se asoció a un mayor riesgo de infección respiratoria y episodios de malaria (...) La incorporación de alimentos después de los 3 meses de edad, se asoció a una menor morbilidad infantil y optimización del crecimiento” (16)

Otro estudio, realizado en el año 2010, llamado “Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia”, tuvo como objetivo caracterizar los niveles de desnutrición y las prácticas de alimentación de infantes para desarrollar un programa de intervenciones efectivas.

“En estas comunidades con frecuencia las madres perciben que tienen problemas en la producción de suficiente leche. Es por esto que la mayoría terminan de manera precoz la lactancia materna exclusiva e introducen líquidos u otros alimentos demasiado pronto, de uno a cuatro meses de edad, en la dieta del infante. Las comidas son o acuosas o sólidas sin aumentos graduales en la consistencia. La dieta principal del niño es la papa. No hay variedad en su alimentación.

Los niños/as no son delgados por lo general, pero son de baja talla. Es posible que los niños/as coman suficientes calorías, pero que les hagan falta lípidos, o micronutrientes, como el zinc.”(17)

En contraposición, la incorporación de los alimentos complementarios más allá de los 6 meses puede traer aparejado trastornos en el crecimiento, debido al exiguo aporte nutricional, así como alteraciones en la conducta alimentaria manifestada por una mayor dificultad para incorporar nuevos sabores y texturas (4). No obstante, hay quienes sostienen que la incorporación tardía de alimentos complementarios, puede ser una estrategia para evitar el desarrollo de sobrepeso y obesidad en la infancia. Así, por ejemplo, lo exhibe un estudio de cohorte realizado en Copenhague, Dinamarca, que tuvo como objetivo explorar el efecto de la duración de la lactancia materna y la

alimentación complementaria en relación al índice de masa corporal (IMC), durante la infancia hasta la adultez. Los resultados del mismo mostraron que la alimentación complementaria temprana se asocia a un aumento del IMC y riesgo de sobrepeso en la edad adulta, independientemente de la duración de la lactancia materna. (18)

2.6 ALIMENTOS Y NUTRIENTES DE INTERES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Ciertos alimentos y principios nutritivos requieren una atención especial, tanto por su potencial efecto nocivo en la salud del niño, como por la posibilidad de producir el advenimiento de una enfermedad crónica.

La *soja*, por ejemplo, no debería ser utilizada en menores de 2 años. Esto se basa fundamentalmente en el alto contenido de fibra que posee dicha legumbre; el déficit de aminoácidos azufrados (metionina y cistina) muy requeridos en las etapas de crecimiento rápido, de 0 a 2 años; los factores inhibidores de tripsina, que pueden afectar la digestión y absorción de las proteínas; la presencia de isoflavonas, las que como consecuencia de su efecto estrogénico, pueden ser responsables de la aparición de telarca precoz y el adelanto de los eventos puberales en niñas, o ginecomastia en niños, y producir trastornos inmunológicos.

Otro ejemplo, lo conforman los *nitratos*. La espinaca, la remolacha, el brócoli y el coliflor presentan naturalmente los niveles más altos de nitratos. En los lactantes, las enterobacterias reductoras de nitrato crecen en la porción superior del tubo gastrointestinal, debido al alto pH, y reducen los nitratos a nitritos, estos últimos causantes de metahemoglobinemia. Los nitritos, al entrar en contacto con los glóbulos rojos, inducen la oxidación del grupo hemo. La metahemoglobina resultante es incapaz de captar el oxígeno. Esto, puede llevar a la hipoxemia y cianosis. (4) En el artículo 235 quáter del Código Alimentario Argentino, se expresa que: *“En el rótulo de los alimentos envasados que contengan vegetales y cuyo contenido de nitratos sea mayor a 200 mg/kg de producto tal como se ofrece al consumidor (previo a su preparación), y en el caso de los jugos vegetales el contenido de nitratos sea mayor que 40 mg/litro, deberá consignarse con caracteres de buen realce y visibilidad y en un lugar destacado de la cara principal, la siguiente leyenda: “Este producto no es apropiado para niños menores de 1 año por su contenido de nitratos”*. (19)

El té, el café y el mate contienen ***taninos y xantinas*** que interfieren en la absorción de hierro no hemínico proveniente de los alimentos ingeridos en la misma comida o aquel contenido en los suplementos, y por esta razón, debe ser evitado el consumo de los mismos en niños pequeños.

Asimismo, el consumo de ***miel*** durante el primer año de vida debe ser evitado, ya que posee un riesgo potencial de producir botulismo en el niño, cuyo intestino se encuentra inmaduro, debido a la presencia de esporas de la bacteria *Clostridium Botulinum*. (7)

Es posible que los alimentos consumidos durante los primeros años de vida puedan producir algún efecto en el desarrollo de ciertas enfermedades crónicas. Es decir, ciertas conductas alimentarias pueden ser determinantes en la evolución de enfermedades crónicas no transmisibles. En este trabajo se hace referencia a la obesidad, diabetes mellitus tipo 1, enfermedad celíaca e hipertensión arterial.

La edad de introducción de alimentos sólidos, al parecer, se relaciona en la infancia con el riesgo de obesidad. No obstante, esto pierde trascendencia como predictor para los 24 meses de edad. En un estudio realizado en Philadelphia, en 2010, titulado “Oportunidades para la prevención primaria de obesidad durante la infancia”, se establece que el riesgo de persistencia de obesidad es tanto mayor si ambos padres son obesos, en comparación con niños obesos con padres no obesos. De la misma manera, sugiere que la ganancia de peso acelerada del niño se correlaciona no sólo con sobrepeso, sino también con hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad coronaria. En relación al momento de incorporación de alimentos complementarios, destaca que existe asociación entre éste, la ingesta excesiva de calorías y, en consecuencia, el desarrollo de sobrepeso. (20)

Un producto que, a criterio de la autora, es importante destacar debido al amplio consumo en la población infantil y a las consecuencias negativas que éstos producen, son los ***jugos artificiales*** y las ***bebidas azucaradas***. Éstos poseen un gran contenido de ***azúcar***, la cual, además de su alto poder cariogénico, aporta solamente energía y por consiguiente, interfiere en el apetito del niño. Por la predilección congénita y por lo anteriormente escrito, es que tanto el empleo de azúcar, agregada a las preparaciones, como así también los productos que la contienen en una elevada cantidad, como ***dulces, golosinas, postres, gaseosas***, entre otros, deben evitarse, con el fin de evitar la instalación de hábitos inadecuados en el gusto y además, el exceso de peso (4)

Con respecto a esto último, en el año 2005, fue llevado a cabo un estudio en Córdoba titulado “Lactancia materna y alimentación complementaria”, en el cual se hizo referencia a que la inclusión temprana de otros alimentos, desplaza a la lactancia materna. En este sentido, se hizo alusión a la

ingestión de los jugos naturales, los jugos comerciales y las infusiones. Los resultados arrojados demostraron que éstos se incorporan desde el segundo, tercer y primer mes, respectivamente. (21)

En relación a la **enfermedad celíaca**, las nuevas recomendaciones de la ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition), indican que resulta prudente evitar tanto la introducción precoz de gluten (menor 4 meses) como la tardía (igual o superior a 7 meses), y aconseja introducirlo en pequeñas cantidades gradualmente, en paralelo con la ingesta de leche materna.(22)

Un estudio prospectivo longitudinal fue llevado a cabo en Denver, Estados Unidos, titulado “Riesgo de enfermedad celíaca en relación al momento de introducción del gluten en lactantes con mayor riesgo de adquirir la enfermedad”, desarrollado entre 1994 y 2004, sobre 1560 niños con riesgo incrementado de adquirir enfermedad celíaca y diabetes tipo 1. Los datos de la dieta infantil fueron recolectados durante entrevistas telefónicas a los 3, 6, 9, 12 y 15 meses de edad. A su vez, no se les dio consejos sobre alimentación a las familias. La extracción de sangre se llevó a cabo a los 9, 15 y 24 meses y posteriormente cada año para la medición de la transglutaminasa tisular (tTG). Después de 1 o 2 resultados positivos de anticuerpos tTG, se llevó a cabo la biopsia de intestino delgado.

Los resultados arrojaron que 51 niños expuestos al gluten en los 3 primeros meses de vida, adquirieron la enfermedad. Aquellos niños en los cuales la ingesta de gluten se inició entre los 4 y 6 meses, la aparición de la enfermedad fue mucho menor. En consecuencia, se determinó que en los niños con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad celíaca, el tiempo de exposición al gluten de la dieta se asoció con la aparición de la misma. Se sugirió que el mecanismo implicado en el desarrollo de la enfermedad puede deberse a la mayor permeabilidad que presenta el intestino en los primeros meses. También, se llegó a la conclusión que la incorporación tardía de gluten puede ser desencadenante de la enfermedad; aunque los mecanismos en este caso son más confusos, se infiere que la mayor cantidad de alimentos ofrecidos a esta edad, puede ser el detonante de dicho proceso autoinmune. (23)

Con respecto a la **diabetes tipo 1**, estudios prospectivos llevados a cabo desde el nacimiento, indican que la autodestrucción de las células beta puede iniciarse en el primer año de vida. La lactancia materna es considerada como un factor protector para evitar el advenimiento de la enfermedad, ya que los niños cuya alimentación se basa en lactancia materna exclusiva, poseen una menor permeabilidad intestinal que aquellos alimentados con leche de vaca. Esto, hace que las

infecciones provocadas por enterovirus (implicado como disparador de la enfermedad) sean menores, y por ende, la autodestrucción de las células beta también lo sean. Igualmente, se sugiere que la incorporación temprana de cereales o frutas puede llevar a la inflamación de la mucosa y a la exposición temprana a contaminantes; éstos, pueden ser mecanismos probables de expresión de la enfermedad. (24)

En relación al desarrollo de *hipertensión arterial*, se sugiere que los niños no muestran ninguna preferencia por los alimentos salados, en relación a aquellos que no contienen sal agregada. La *sal* que se incorpora a las papillas, por ejemplo, tienen como objetivo mejorar la palatabilidad de las mismas, pero no se basa en recomendaciones nutricionales. Hay que recordar que, la ingesta aumentada de sodio puede determinar, por un lado, una sobrecarga a nivel renal y por el otro, si bien no está probada su relación con la hipertensión en la edad adulta, el consumo adicional de sal durante la niñez condiciona la instalación de hábitos alimentarios no saludables de difícil modificación. (4)

Además, en un estudio prospectivo realizado en 2011, titulado “Índice de masa corporal y tensión arterial al año de edad según peso al nacer, ganancia de peso y patrones de alimentación temprana”, se concluyó que el aumento del IMC se vinculó a una mayor duración de la lactancia materna. Tal variación se asoció con mayor IMC al año de edad y éste, a su vez, con mayor tensión arterial. Se sostuvo, además, que no sólo las influencias y alteraciones en el crecimiento fetal, sino además las producidas durante el período posnatal temprano, inciden sobre los patrones de crecimiento, adiposidad y consecuente riesgo de alteraciones en la composición corporal y cambios metabólicos, alteraciones que conducirían al posterior desarrollo de enfermedades crónicas.

Para finalizar, este estudio remarcó la relevancia que adquieren las características de la alimentación temprana, la duración de la lactancia materna y la alimentación complementaria, como factores que se vinculan con los patrones de crecimiento, ganancia de peso y adiposidad en edades posteriores.(25)

Todo lo expuesto anteriormente, subraya una y otra vez el rol ineludible de la alimentación en el crecimiento del niño. También queda expuesto que la elección que realiza el responsable de la alimentación se encuentra influenciado por múltiples cuestiones. Por eso, es que este trabajo intentará conocer no sólo cuáles son los alimentos que el responsable de la alimentación incorpora, sino también cuáles son las actitudes, creencias y percepciones que los mismos tienen respecto de la alimentación de los niños.

3. PROBLEMA

¿Cuáles son las prácticas de alimentación que desarrollan las madres o responsables de la alimentación de niños de 6 a 12 meses, en Capital Federal, durante el año 2012?

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer las prácticas de alimentación que llevan a cabo las madres o responsables de la alimentación de niños entre 6 y 12 meses.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer cuáles son los alimentos que las madres incluyen en cada mes.
- Determinar el momento de incorporación de alimentos complementarios.
- Conocer cuáles son los factores que incentivan a las madres a ofrecer alimentos complementarios.
- Determinar el porcentaje de niños que continúan recibiendo leche materna entre los 6 y 12 meses
- Describir el orden de inclusión de leche materna o sucedáneos y alimentos complementarios.
- Conocer cuáles son los sucedáneos de leche materna utilizados por las madres entre los 6 y 12 meses.
- Conocer la frecuencia de la alimentación que recibe el niño entre 6 y 12 meses.
- Conocer la consistencia de la alimentación que recibe el niño entre 6 y 12 meses.
- Determinar el origen de las indicaciones relacionadas con la alimentación del niño.
- Describir las percepciones, actitudes y creencias de las madres con respecto a la alimentación de sus hijos en el segundo semestre de vida.
- Conocer de qué manera se desarrolla el momento de la comida.

5. VARIABLES EN ESTUDIO.

1. Variables de caracterización.

1.1. **Edad de la madre.** (En años cumplidos)

1.2. **Nivel de estudio:**

1.2.1: Primaria.

1.2.2: Primaria incompleta.

1.2.3: Secundario.

1.2.4: Secundario incompleto.

1.2.5: Terciario

1.2.6: Terciario incompleto.

1.2.7: Universitario.

1.2.8: Universitario incompleto.

1.3. **Convivencia:**

1.3.1: Sola.

1.3.2: En pareja.

1.3.3: Con padres.

1.3.4: Otros.

1.4. **Número de hijos.**

1.5. **Edad del niño/a** (en meses cumplidos)

1.6. **Sexo del niño:**

1.6.1: Masculino

1.6.2: Femenino

2. **Variables principales.**

2.1. **Patrón de inclusión de alimentos entre los 6 y 12 meses de edad.** (El mismo se describe comparando con un esquema referencial teórico, como se detalla a continuación).

2.1.1. **Frutas.**

2.1.1.1: A los 6 meses: manzana, banana y frutas cítricas en jugos colados y diluidos

2.1.1.2: A los 7 meses: durazno y damasco

2.1.1.3: Entre los 8 y los 9 meses: pulpa de mandarina y naranja.

2.1.1.4: A partir de los 10 meses: el resto de las frutas.

2.1.2. **Verduras.**

2.1.2.1: A los 6 meses: zapallo, zanahoria, papa y batata.

2.1.2.2: A los 7 meses: acelga, espinaca y zapallito.

2.1.2.3: Entre los 8 y los 9 meses: remolacha y tomate.

2.1.2.4: A partir de los 10 meses: Chaucha y otros vegetales.

2.1.3. **Cereales.**

2.1.3.1. A los 6 meses: cereales sin TACC: almidón de maíz, harina de arroz y de maíz.

2.1.3.2. A partir de los 7 meses: incorporar progresivamente cereales con TACC: trigo, avena, cebada y centeno.

2.1.3.3. Entre los 8 y los 9 meses: cereales en grano: arroz

2.1.3.4. Entre los 10 y 11 meses: pastas rellenas.

2.1.4. **Pan y galletitas.**

2.1.4.1. Entre los 8 y los 9 meses: Pan y galletitas tipo agua y dulces simples

2.1.4.2. Galletitas dulces rellenas: evitar su consumo

2.1.5. Quesos y yogur.

2.1.5.1. A los 6 meses: quesos untables enteros y rallados

2.1.5.2. A los 7 meses: quesos blandos enteros y yogur entero de vainilla

2.1.5.3. Entre los 8 y 9 meses: Quesos de postre y yogur entero de frutilla

2.1.6. Carnes y huevo

2.1.6.1. A los 6 meses: yema de huevo.

2.1.6.2. A los 7 meses: carne roja, pollo sin piel o vísceras (hígado)

2.1.6.3. A los 9 meses: pescado.

2.1.6.4. Entre los 10 y 11 meses: clara de huevo.

2.1.7. Huevo y cuerpos grasos.

2.1.7.1. A los 6 meses: aceite.

2.1.7.2. Entre los 7 y 9 meses: manteca, margarina y crema.

2.1.8. Dulces

2.1.8.1. Entre los 8 y los 9 meses: jaleas, mermeladas, dulces compactos y dulce de leche.

2.1.9. Otros:

2.1.9.1. Azúcar: Evitar el consumo de azúcar agregada a preparaciones.

2.1.9.2. Miel: Se recomienda su consumo a partir de los 12 meses.

2.1.9.3. Sal: Evitar el consumo de sal agregada a preparaciones.

2.1.9.4. Golosinas: caramelos, confites, gomitas: Evitar su consumo.

2.1.9.5. Chocolate

2.1.9.6. Snacks: chizitos, papas fritas, conitos: Evitar su consumo.

2.1.9.7. Infusiones: café, té, mate cocido: Evitar su consumo

2.1.9.8. Bebidas gaseosas comunes: Evitar su consumo.

2.1.9.9. Bebidas gaseosas light: Evitar su consumo.

2.1.9.10. Jugos comerciales: Evitar su consumo.

2.1.9.11. Jugos comerciales light: Evitar su consumo.

2.1.9.12 Agua

2.1.9.13. Soja y derivados: Deberían consumirse a partir de los 2 años de edad.

2.2. Momento de incorporación de alimentos complementarios.

2.2.1. Precoz: cuando los alimentos hayan sido ofrecidos antes de los 6 meses de edad.

2.2.2. Oportuna: cuando los alimentos hayan sido ofrecidos a partir de los 6 meses de edad.

2.2.3. Tardía: cuando los alimentos hayan sido ofrecidos a partir de los 7 meses o más.

2.3. Continuación de la ingesta de leche materna.

2.3.1. Si.

2.3.2. No.

2.5. Sucedáneos de la leche materna.

2.5.1. Adecuado: utilizar fórmula de continuación o leche de vaca diluida

2.5.2. Inadecuado: utilizar fórmula de inicio o leche de vaca entera.

2.6. Orden de inclusión de leche materna y alimentos complementarios.

2.4.1. Adecuado: leche materna a libre demanda y luego alimentos complementarios.

2.4.2. Inadecuado: alimentos complementarios y luego leche materna.

2.6. Frecuencia de la alimentación.

2.6.1. Adecuada:

2.6.1.1. A los 6 meses: 1 comida inicial.

2.6.1.2. Entre los 7 y 8 meses: 2 a 3 comidas.

2.6.1.3. A partir de los 9 meses: 3 a 4 comidas.

2.6.2. Inadecuada:

2.6.2.1. A los 6 meses: Más de 1 comida.

2.6.2.2. Entre los 7 y 8 meses: Menos de 2 o más de 3 comidas.

2.6.2.3. A partir de los 9 meses: Menos de 3 o más de 4 comidas.

2.7. Consistencia de la alimentación.

2.7.1. Adecuada.

2.7.1.1. Entre los 6 y 7 meses: papilla espesa o puré.

2.7.1.2. Entre los 8 y 11 meses: sólidos bien desmenuzados.

2.7.1.3. A partir de los 12 meses: comida en trozos pequeños.

2.7.2. Inadecuada.

2.7.2.1. Entre los 6 y 7 meses: sólidos bien desmenuzados o comida en trozos pequeños.

2.7.2.2. Entre los 8 y 11 meses: sólo papillas espesas o purés o comida en trozos pequeños.

2.7.2.3. A los 12 meses: sólo papillas espesas o sólidos bien desmenuzados.

2.8. Origen de las indicaciones acerca de la alimentación del niño entre 6 y 12 meses.

2.8.1. Madre

2.8.2. Hermana u otro familiar.

2.8.3. Médico pediatra.

2.8.4. Nutricionista.

2.8.5. Otros.

2.9. Percepción de las madres sobre la alimentación de su hijo.

2.9.1 Buena, equilibrada y con cantidad suficiente de alimentos.

2.9.2. Mala, desequilibrada y con cantidad insuficiente de alimentos.

2.10. Actitud de la madre ante el rechazo de alimentos.

2.10.1. Búsqueda de alternativas hasta lograr la aceptación.

2.11. Mitos o creencias en la alimentación complementaria.

2.11.1. Alimentos que protegen la alimentación del niño

2.11.2. Alimentos que perjudican la alimentación del niño.

2.12. Momento de la comida.

2.12.1. En familia.

2.12.2. Alimentación del niño en forma individual.

2.12.3 Alimentación del niño por parte de un tercero.

6. METODOLOGIA.

TIPO DE DISEÑO.

Corresponde a un estudio descriptivo, de corte transversal, cualicuantitativo.

POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población a estudiar estuvo conformada por madres de niños entre 6 y 12 meses de edad, que habitan en Capital Federal.

Muestreo: no probabilístico por conveniencia

Como criterio de inclusión, se consideró que los participantes debían ser los responsables de la alimentación de los niños.

Como criterio de exclusión, se consideró a aquellas madres que no desearon contestar la encuesta, ni participar del grupo focal. Asimismo, se prescindió de aquellos niños con un historial médico con problemas de salud que pudiese requerir la modificación de la alimentación.

Como criterio de eliminación, se consideró a aquellas madres o responsables de la alimentación del niño que contestaron parcialmente la encuesta.

METODOLOGIA DE RECOLECCION DE DATOS

Por tener un diseño cualicuantitativo, y en pos de cumplir los objetivos planteados, el trabajo se desarrolló a través de dos técnicas: una encuesta autoadministrada y un grupo focal.

En el primer caso, cada una de las participantes fue informada de forma escrita, sobre la metodología del trabajo. Asimismo, todas ellas firmaron un consentimiento informado de participación en el estudio, lo cual garantizó la privacidad de las informaciones personales. (ver anexos).

El grupo focal, por su parte, estuvo compuesto por 5 madres de niños entre 6 y 12 meses. En el mismo, se trataron temas vinculados a la alimentación del mismo.

Posteriormente, los datos recogidos se volcaron a una planilla de datos, para su posterior análisis.

TECNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS.

Para el procesamiento de los mismos se utilizó el programa Microsoft Excel 2007.

7. RESULTADOS.

- **Caracterización de la muestra.**

La muestra estuvo conformada por 30 madres. La edad promedio de la misma fue de 28 años, con un mínimo de 15 y un máximo de 42.

En lo que respecta al nivel de educación, la muestra estuvo compuesta principalmente por madres con un nivel de educación terciario 33.3% (10) y secundario 23.3% (7).

Un 80% (24) de la muestra refirió vivir en pareja, mientras que un 20% (6) manifestó vivir con sus padres. El número de hijos fluctuó entre 1 y 5, siendo la moda 1.

La edad de los niños osciló entre los 6 y 12 meses, siendo un 40% (12) de sexo femenino, y un 60% (18), de sexo masculino.

- **Patrón de inclusión de alimentos.**

A los **6 meses de edad**, las madres decidieron comenzar la alimentación de sus hijos de la siguiente forma: la manzana, fue la fruta mayormente elegida (80%), seguida por la banana y los jugos de frutas cítricas colados y diluidos (15% y 5%, respectivamente). En lo que respecta a las verduras, el zapallo fue seleccionado en un 73.3% de los casos, seguido por la zanahoria, la papa y el zapallito. Cabe destacar que estas verduras, al igual que las frutas antes citadas, no solamente conformaron el medio de “prueba” para comenzar con la alimentación complementaria, sino que además, fueron incorporadas en la alimentación habitual del niño.

Dentro del grupo de los cereales, el “Nestum arroz” fue el más elegido a la hora de comenzar la alimentación, al igual que el pan y las galletitas dulces simples.

En el grupo de los lácteos, los quesos untables y el yogur de vainilla fueron los más escogidos. No obstante, se registraron casos de consumo de yogur de frutilla (11 casos). Además, se subrayó la importancia que adquiere el consumir estos alimentos, dado el contenido de calcio, fundamental para el desarrollo de la estructura ósea. También los postrecitos, fueron remarcados como “protectores” de la salud, debido al contenido de este mineral. Según lo comentado por las madres, resultó mucho más fácil incorporar éstos productos que el yogur o la leche.

Dentro del grupo de las carnes y el huevo, primó el consumo de carne de vaca y pollo. Sin embargo, la yema de huevo fue escasamente seleccionada (2 oportunidades).

Los cuerpos grasos preferidos en este mes fueron los aceites. En este sentido, durante el desarrollo del grupo focal, las madres que participaron del mismo manifestaron que estos alimentos deben comenzar a ser restringidos “*desde que son chiquitos*”, ya que debido a la alta densidad calórica que presentan, podrían favorecer el exceso de peso.

No fueron seleccionados alimentos del grupo “dulces”, entre ellos, la jalea, el dulce compacto, el dulce de leche, entre otros.

A los **7 meses de edad**, se observó la incorporación de otras frutas, como la pulpa de naranja y mandarina, el damasco y la pera. Con respecto al grupo de las verduras, fueron incorporadas la batata, la acelga, y la espinaca. En el grupo de los cereales, se diversificó el consumo de “Nestum 4 cereales” y el arroz en grano. En el caso de los lácteos, fueron seleccionados el queso de postre y los quesos rallados. Con respecto a las carnes, las más elegidas continuaron siendo la vacuna y la de ave. Las madres recalcaron la importancia del consumo de carnes, sobre todo la carne roja, por el contenido de hierro y proteínas. También, se registraron casos de inclusión de pescado y vísceras; mientras que la yema de huevo comienza a ser, también, más utilizada. Igualmente, en el caso de los cuerpos grasos, comenzaron a introducirse la crema, la manteca y la margarina.

Entre los **8 y 9 meses de edad**, continuaron siendo incorporadas las frutas antes mencionadas, mientras que, en el caso de las verduras, se agregaron la remolacha, el tomate y la chaucha. Si bien se mencionaron éstas como parte del patrón de inclusión, solamente la remolacha fue realmente incorporada en la dieta habitual del niño. En este sentido, cabe mencionar que el grupo de las verduras, se presentó como el grupo más controvertido a la hora de ser incorporado en la dieta. Las madres manifestaron realizarlas de diferentes formas hasta lograr la aceptación por parte del niño. Entre ellas, “esconderlas” en otra preparación, cocinarlas de formas diferentes, procesarlas, entre otras. Asimismo, las madres subrayaron que este grupo de alimentos, son de vital importancia ya que protegen la salud del niño.

En el grupo de los cereales, hizo su aparición la pasta rellena, mientras que en el grupo de pan y galletitas, las galletitas rellenas. El yogur de frutilla es consumido en mayor medida.

Se registró en estos meses, la incorporación de alimentos del grupo “dulces”, principalmente, del dulce compacto.

Entre los *10 y 11 meses de edad*, con respecto a la inclusión de frutas y verduras, cereales, pan y galletitas, el patrón de inclusión no manifestó cambios. Comenzó a utilizarse la clara de huevo y la crema, manteca, y dulces, en mayor medida.

A los *12 meses de edad*, se observó la inclusión de nuevas frutas, como la sandía, el melón y el kiwi. Mientras que en el grupo de las verduras, salieron a la luz la berenjena y el pepino. El resto de los alimentos, tuvieron un patrón de consumo similar que en los meses anteriores.

Una alusión especial, merecen aquellos alimentos que, por su composición, podrían perjudicar la salud del niño si son consumidos habitualmente. Por lo tanto, estos alimentos fueron indagados en detalle, registrándose los resultados que se exponen a continuación:

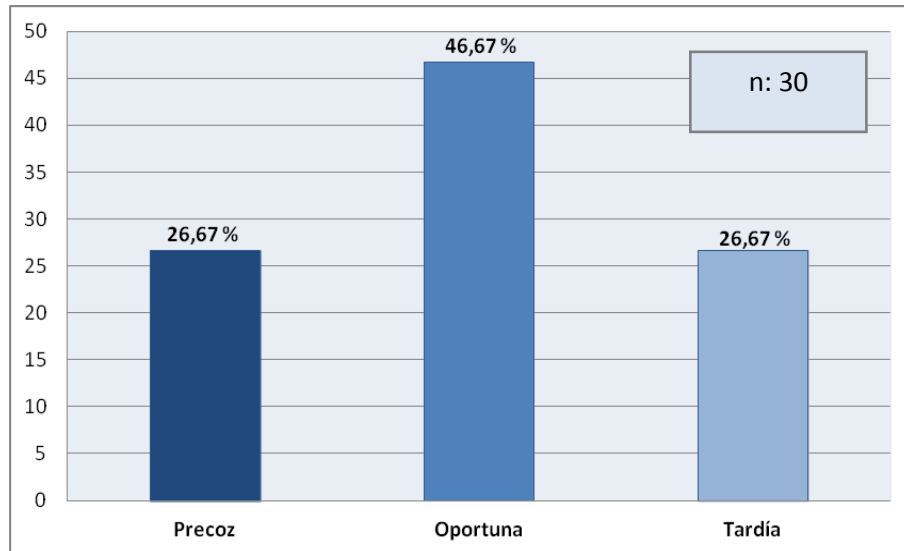
Desde los 6 meses de edad, 15 madres (50 %) comenzaron a incorporar el azúcar. Asimismo, se registró un consumo importante de miel en este mes (5 casos). Como se expresó anteriormente, las madres manifestaron también, tratar de restringir el agregado de azúcar por su densidad calórica y por su alto poder cariogénico. A pesar de ello, en los meses siguientes se observó una tendencia ascendente en la utilización del azúcar agregada a preparaciones. Lo mismo ocurrió con la miel, las golosinas y el chocolate.

También a los 6 meses el consumo de agua fue registrado en 20 oportunidades. En contraposición, la selección de jugos comerciales y gaseosas, tanto en sus versiones comunes y lights, como así también las infusiones, fueron nulas, en este mes. No obstante, y siguiendo la misma línea que los alimentos anteriores, el consumo de estos productos se incrementó con el transcurrir de los meses.

Principalmente, se registró un incremento en el consumo de jugos comerciales (comunes y jugos de soja). En este sentido, las madres destacaron el contenido de minerales y vitaminas que poseen estos productos, como para ser incorporados como parte de la hidratación del niño. Afortunadamente, la introducción de los mismos no desplazó al consumo de agua, siendo ésta la más elegida. En lo que respecta a productos de tipo snacks, las madres recalcaron que estos productos solamente son incluidos los fines de semana, o en ocasiones festivas.

Por último, en cuanto a los productos derivados de la soja, se registró un bajo consumo de milanesas de soja (a partir de los 8 meses) siendo nulo el consumo de brotes de soja.

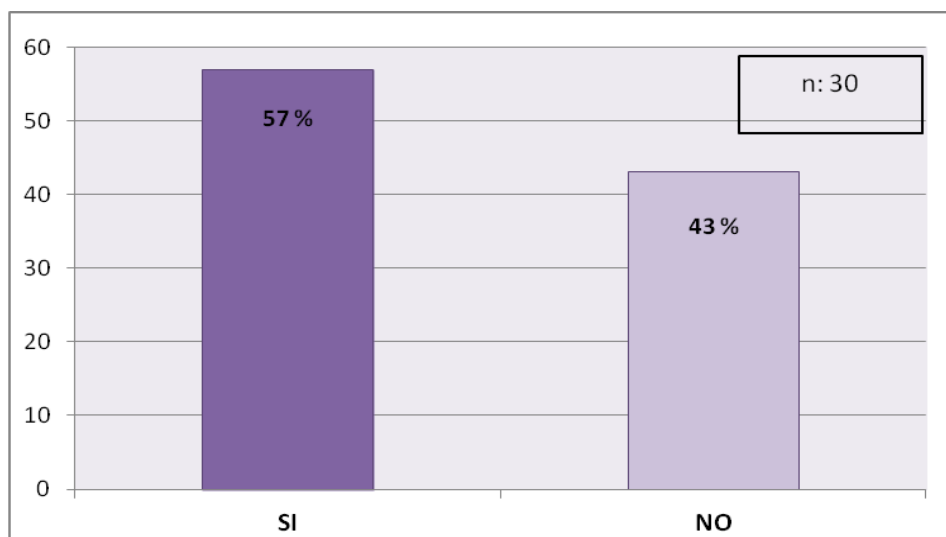
Gráfico 1: Distribución poblacional según la edad de incorporación de alimentos complementarios.



Como se puede apreciar en el gráfico, la incorporación de alimentos transicionales o complementarios resultó inapropiado, dado que el 53,3% (26,67% para cada una de las categorías) de las madres incluyeron alimentos distintos de la leche materna, antes o después de los 6 meses.

Se delinearon dos posturas respecto al grado de dificultad que les ocasionó a las madres, la incorporación de alimentos complementarios. Por un lado, la de aquellas que sostuvieron que la misma resultó fácil, debido al grado de aceptación de alimentos por parte del niño, y por tener otros hijos, lo que les otorgó experiencia a la hora de buscar alternativas. Por otro lado, la de aquellas que recalcaron como difícil este momento, debido al rechazo de alimentos por parte del niño, a pesar de tener o no experiencia previa.

Gráfico n° 2: Continuación de la ingesta de leche materna.



Como se puede observar en el gráfico anterior, en la mayoría de los casos la ingesta de leche materna continuó después de los seis meses, no siendo desplazada, entonces, por los alimentos complementarios.

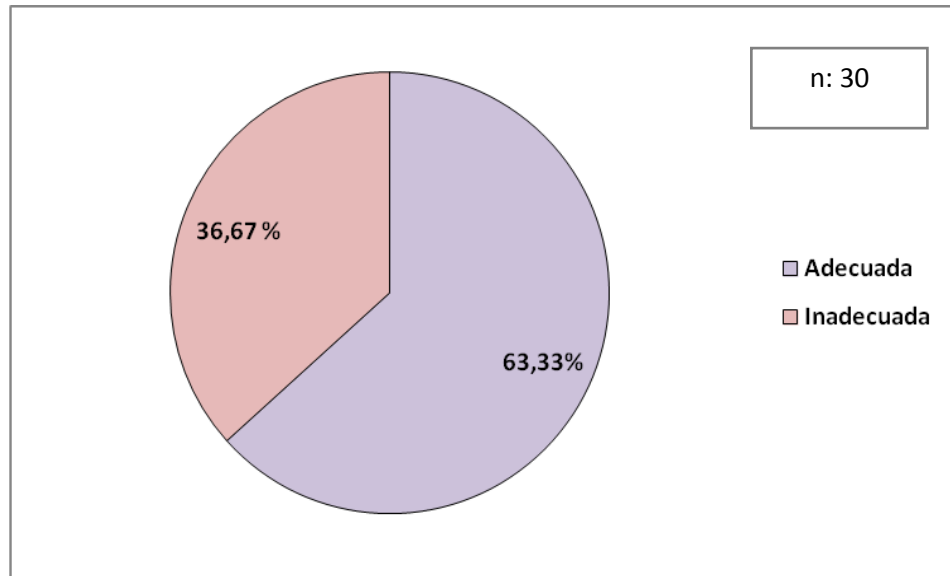
En el caso de las madres que refirieron no continuar la ingesta de leche materna, un 23 % (3) de las mismas, expresó no haber alimentado nunca a su niño con leche humana, mientras que el 77 % (10) restante lo hizo, en promedio, hasta los 3.6 meses (con un mínimo de 2 meses y un máximo de 6 meses).

Tabla n° 1: Sucedáneos de leche materna.

Categoría	Número	Porcentaje
Adecuado	14	46,66
Inadecuado	16	53,33
Total	30	99,99

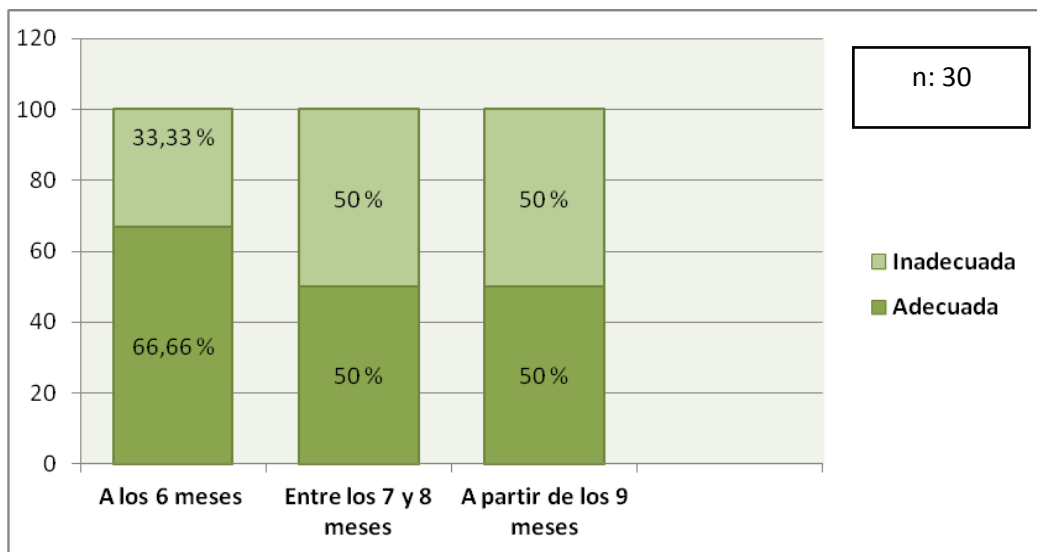
Se observa que la mayoría de los sucedáneos utilizados resultaron inadecuados para la edad del niño. Es decir, las madres eligieron fórmulas de inicio (indicadas hasta los 6 meses de vida), y/o leches de vaca sin modificar (las cuales se indican a partir del año de vida).

Gráfico n° 3: Orden de inclusión de leche materna y alimentos complementarios.



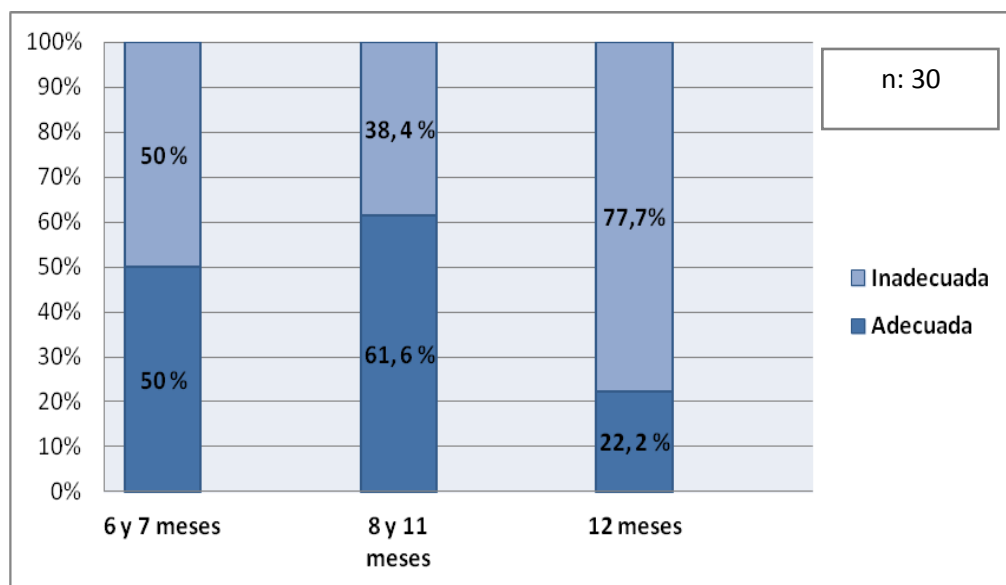
Tal como se observa en el gráfico anterior, el orden de inclusión de leche materna ó sucedáneos de la misma y alimentos complementarios, resultó mayoritariamente adecuado. Esto significa que las madres incorporan primero la leche materna o sucedáneos de la misma, y luego alimentos complementarios.

Gráfico n° 4: Distribución poblacional según la frecuencia de la alimentación.



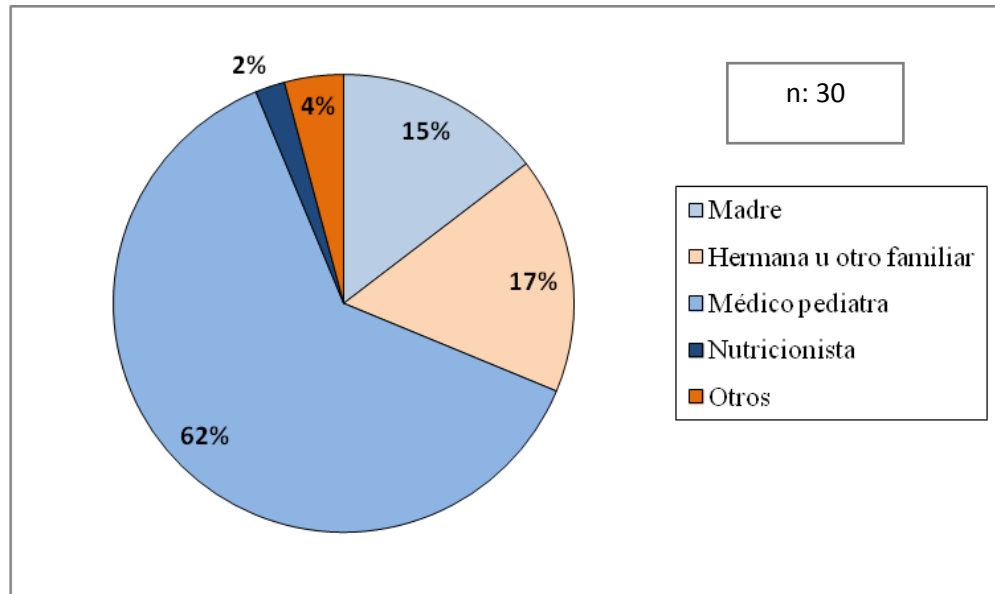
Con respecto a la frecuencia de la alimentación, se puede decir que a los 6 meses, las mismas resultaron fundamentalmente adecuadas, por lo que, tal como se sugiere, las madres incorporan una comida inicial. Sin embargo, en los rangos etáreos siguientes, la mitad de las madres ofrecen alimentos con una frecuencia inadecuada. En consecuencia, entre los 8 y 11 meses, los niños comen una vez o más de tres veces al día, mientras que a los 12 meses, lo hacen menos de tres veces al día.

Gráfico n° 5: Distribución poblacional según la consistencia de la alimentación.



Según lo que se observa en el gráfico, se puede decir que entre los 6 y 7 meses, la distribución poblacional fue equitativa. Es decir, la mitad de las madres ofrecen una consistencia adecuada para la edad, incorporando alimentos con consistencias tipo papilla o puré; en tanto que la mitad restante, incluye alimentos sólidos desmenuzados o en trozos pequeños, consistencias inadecuadas para la edad del niño. Por otro lado, entre los 8 y 11 meses, se observa una mayor frecuencia de consistencias adecuadas. Esto significa que los niños incorporan otras consistencias, como sólidos bien desmenuzados. En contraposición, a partir de los 12 meses de edad, las consistencias resultaron, en su mayoría, inadecuadas para la edad del niño, por lo que éstos continuaron recibiendo consistencias tipo papilla o puré o sólidos desmenuzados, sin incorporar alimentos en trozos pequeños.

Gráfico 6: Origen de las indicaciones vinculadas a la alimentación.



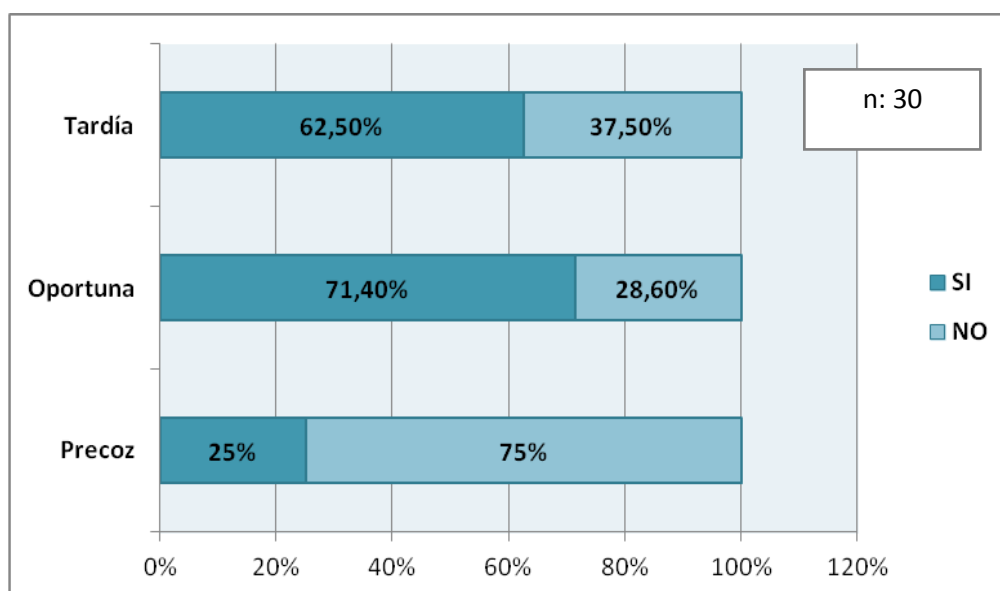
Se puede apreciar que en la mayor parte de los casos, las indicaciones respecto a la alimentación del niño, provinieron del médico pediatra. En este sentido, las madres refirieron sentir “tranquilidad” y extrema confianza en la palabra del médico.

En el párrafo siguiente se detallan las palabras de una de las madres que participó del grupo focal:

“A mí lo único que me tranquiliza es ir al pediatra. A pesar de que no coma todo lo que le doy, que el médico me diga que está creciendo bien, me tranquiliza.”

En segundo lugar, los consejos procedieron del entorno familiar. Además fueron mencionadas las amigas y niñera (otros), como “fuentes” de información sobre alimentación.

Gráfico n° 7: Continuación de la ingesta de leche materna según el momento de incorporación de alimentos complementarios.



Se puede observar que cuando la incorporación de alimentos se produjo de manera temprana, la ingesta de leche materna fue suspendida. De lo contrario, cuando la incorporación se produjo a los 6 meses o más, la ingesta de leche materna continuó en la mayoría de los casos.

- **Percepciones y actitudes de las madres con respecto a la alimentación de sus hijos.**

En cuanto a la percepción de las madres sobre la alimentación de sus hijos, se plantearon dos posturas bien diferenciadas. Por un lado, la de aquellas madres que percibieron la alimentación de su hijo como buena, equilibrada y con cantidad suficiente de alimentos. Por el otro, la de aquellas que sostuvieron que la misma era regular o mala, debido a que la cantidad ingerida era insuficiente para la edad del niño. Se pudo apreciar en la totalidad de las madres presentes, una importante preocupación por la alimentación de su hijo, más aún en aquellas que sostuvieron que la alimentación era insuficiente o deficitaria.

“Me provoca mucha angustia ver que no come. A veces, prueba una sola cucharada, y no quiere más”.

- **Actitud de la madre con respecto a la alimentación de su hijo**

Aquí se observó una conducta similar en las madres que conformaron el grupo. Todas sostuvieron que ante el rechazo de los alimentos, es fundamental la búsqueda de alternativas hasta que el niño lo acepte.

Por eso, es que todas ellas manifestaron que los niños aceptaron los alimentos después de exposiciones repetidas, y que, en muy pocos casos la aceptación se produjo de manera inmediata.

“Si no quiere algo, no lo obligo a comer. Lo frizo, y en otro momento vuelvo a intentar”.

“Pruebo mil maneras hasta que lo come. Por ejemplo, la vitina se la hice con agua y con leche, y no le gustaba. Un día se la hice con caldo, y le encantó”.

“Voy “disfrazando” los alimentos que no le gustan. Me pasa con las verduras, entonces las pico bien chiquitito y las pongo en otra preparación, para que no se de cuenta”.

- **El momento de la comida**

En cuanto al acto de comer, no se observaron alternativas concluyentes. Cada una de las madres, relató cuestiones diferentes, que respondieron a la organización familiar, el tiempo disponible, el valor otorgado a este momento como elemento de cohesión familiar, entre otros.

Entre las opiniones generadas, se destacaron las siguientes:

“Primero come él, así estoy más tranquila. Mientras que come, mira los dibujitos. Después comemos nosotros”

“Comemos todos juntos (...) En la cocina, donde habitualmente comemos, no hay televisor. Si no, no come ninguno, ni hablamos”

“Al mediodía le da de comer la niñera, porque yo estoy en el trabajo. A la noche estamos todos juntos, y se complica un poco más, porque los hermanos no lo dejan en paz. La tele, por lo general, está encendida, para que se “entretengan” mientras comen”

“Los días de semana, son un poco caóticos. Generalmente, tengo muy poco tiempo, come ella primero, después los hermanos. Los fines de semana, son más tranquilos. Ahí sí, preparo comida más elaborada, estamos todos juntos, conversamos...”

8. CONCLUSIONES.

La alimentación adecuada durante el primer año de vida es, junto con otras variables, fundamentalmente importante para garantizar un crecimiento y desarrollo apropiado.

Por otra parte, según investigaciones realizadas, los hábitos que en esta etapa se conforman podrían perdurar en la vida del niño, y además, podrían prevenir el advenimiento de enfermedades crónicas, como obesidad, diabetes, hipertensión, entre otras.

Este trabajo de investigación puso énfasis tanto en la alimentación *per se*, como en otros aspectos vinculados a la misma, entre ellos, las creencias, actitudes y percepciones maternas, el acto de comer, etc. De esta manera, se puede decir que el trabajo tuvo un enfoque integral, con el fin de conocer las prácticas de alimentación desarrolladas por las madres que participaron en el estudio.

Puede decirse que a lo largo del desarrollo del trabajo, se fueron delineando posturas, situaciones o posiciones que hicieron que, en este momento, pueda hablarse de aspectos positivos y negativos en cuanto a las prácticas de alimentación complementaria. Entonces, entre los ***aspectos positivos***, podría concluirse que: en lo que respecta al *patrón de inclusión de alimentos*, se pudo observar que la incorporación de los mismos, nos dista en gran medida de las recomendaciones. Cabe destacar, que no existe un único referencial teórico, por lo que la elección de un alimento u otro varía según el profesional tratante, las creencias maternas, entre otros.

Por otra parte, las madres reconocieron fuentes de hierro y proteínas en las carnes, de calcio en la leche y sus derivados, considerando la importancia del consumo de estos alimentos en los primeros años de vida. Asimismo, le dieron valor al consumo de frutas y verduras, exhibiendo que fue el grupo de alimentos más controvertido a la hora de incorporar en la alimentación, sin embargo, esto las llevó a la búsqueda de alternativas hasta lograr su aceptación. El consumo de agua estuvo presente desde el sexto mes, y, si bien en los meses siguientes aumentó la incorporación de otras bebidas, el consumo de la primera no fue desplazado.

Por otro lado, las madres subrayaron que los alimentos de tipo “snacks”, no eran consumidos habitualmente, incluyéndolos solamente en ocasiones festivas o en algún día del fin de semana.

Como ***aspectos negativos***, podría concluirse lo siguiente: si bien las madres reconocieron la necesidad de cuidar el agregado de azúcar, el consumo de la misma estuvo presente desde el primer mes, mostrando una tendencia ascendente a medida que pasaron los meses. Asimismo, las madres

destacaron la incorporación de jugos comerciales y postrecitos, por su contenido de minerales y vitaminas y calcio, respectivamente. Sin embargo, estos productos tienen un alto contenido de azúcares simples.

Finalmente, se recalcó la importancia de cuidar también, el consumo de aceite. No obstante, es importante destacar el rol que cumplen los mismos (por el contenido de ácidos grasos esenciales) en el desarrollo del sistema nervioso y la formación de la retina.

El *momento de incorporación de alimentos complementarios* resultó inapropiado, ya que más de la mitad de la población (26.67 % para cada categoría), incluye alimentos antes o después de los 6 meses de edad.

La ingesta de leche materna continuó en la mayoría de los casos. Entre aquellas madres que no continuaron la lactancia después de los 6 meses, un 23 % (3) refirió no haber alimentado nunca a su hijo con leche materna, mientras que el 77 % (10) lo hizo, en promedio, hasta los 3.6 meses.

Por otro lado, *el orden de inclusión de leche materna y alimentos complementarios* resultó adecuado, en la mayoría de los casos, siendo ofrecida en primer lugar la leche materna, a libre demanda, y luego los alimentos complementarios o transicionales.

En cuanto a la *frecuencia* de la alimentación, la misma resultó adecuada en el inicio de la alimentación complementaria, por lo que, siguiendo las recomendaciones, los niños reciben una comida inicial. Mientras que, en los meses siguientes, se observó que un 50 % de los niños reciben alimentos con una frecuencia inadecuada, es decir, entre los 8 y 11 meses, los niños comen una vez o más de tres veces al día, mientras que a los 12 meses, lo hacen menos de tres veces al día.

Con respecto a la *consistencia*, entre los 6 y 7 meses, la mitad de las madres ofrecen una consistencia adecuada para la edad, incorporando alimentos con consistencias tipo papilla o puré; en tanto que la mitad restante, incluye alimentos sólidos desmenuzados o en trozos pequeños, consistencias inadecuadas para la edad del niño. Por otro lado, entre los 8 y 11 meses, se observa una mayor frecuencia de consistencias adecuadas. Esto significa que los niños incorporan otras consistencias, como sólidos bien desmenuzados. En contraposición, a partir de los 12 meses de

edad, las consistencias resultaron, en su mayoría, inadecuadas para la edad del niño, por lo que éstos continuaron recibiendo consistencias tipo papilla o puré o sólidos desmenuzados, sin incorporar alimentos en trozos pequeños.

En lo que respecta al *origen de las indicaciones* relacionadas con la alimentación, el resultado arrojó que las mismas proceden, fundamentalmente, del médico pediatra.

Al relacionar el *momento de incorporación de alimentos con la continuación de la ingesta materna*, se observó que cuando los alimentos se incorporaron de manera precoz, la ingesta de leche materna se discontinuó, por el contrario, cuando la incorporación de alimentos se produjo a los 6 meses o más, la ingesta de leche materna se prolongó.

Con respecto a las *percepciones y actitudes de las madres*, se obtuvieron los siguientes resultados: en cuanto a la percepción de la alimentación de sus hijos, se trazaron dos posturas, aquellas que caracterizaron la alimentación de sus hijos como buena, en cuanto a cantidad y calidad de alimentos ingeridos, y las que definieron la alimentación como regular o mala. Por otra parte, todas las madres manifestaron tener la misma actitud frente al rechazo de alimentos. Expresaron, entonces, que es fundamental la búsqueda de alternativas, hasta lograr la aceptación.

En cuanto al *acto de comer*, no se encontraron alternativas concluyentes. Cada una de las madres describió una situación diferente, la cual respondió a la organización familiar, el tiempo disponible, el valor otorgado al momento de la comida, entre otros.

Como conclusión, se puede decir que en todos los casos el momento de comenzar a alimentar al niño es sumamente movilizador, un momento que no pasa desapercibido en la vida del niño, pero por sobretodo en la vida de la madre, la cual, como si se tratara de una “lucha”, se sumerge en la búsqueda de estrategias, tácticas y alternativas, en pos de “ganar el combate”. Por lo que, para algunas de ellas, este momento se convierte en una experiencia grata, en tanto que para otras resulta ser un tanto pesadosa. De todas formas, por positiva o negativa que resulte esta experiencia, es un momento que quedará marcado en la vida de ambos. En la del niño, ya que desde este momento comenzarán a formarse sus gustos y hábitos alimentarios, y en la de la madre, que tendrá anécdotas y nuevas estrategias para un nuevo “combate” propio o ajeno.

Se sugiere proponer nuevas líneas de investigación, que incrementen el tamaño de la muestra, y utilicen herramientas extra.

9.BIBLIOGRAFIA

- (1) Díaz, M. Evaluación del crecimiento. En Mestre Oscar E, editor. Nutrición del niño sano. Rosario: Corpus Editorial y Distribuidora; 2007. p. 1-2.
- (2) Barba Torres, H. Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza (Tesis de Licenciatura). Lima: E.A.P de enfermería, Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
- (3) Marenzi, MS. Alimentación complementaria. En Mestre Oscar E, editor. Nutrición del niño sano. Rosario: Corpus Editorial y Distribuidora; 2007.p.111-140
- (4) Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (base de datos en internet). Buenos Aires; 2007 [citado 22 de mayo 2012]. Disponible en www.bvs.org.ar/pdf/resultados.ppt
- (5) Montenegro Rojas C. Requerimientos y recomendaciones nutricionales. En Grupo Editorial 87 Ltda, editor. Nutrición Clínica y gastroenterología pediátrica. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana; 1999.
- (6) Food and Agriculture Organization of the United Nations. Human Energy Requirements Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Rome, 2004.
- (7) Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guías alimentarias para la población infantil. Consideraciones para los equipos de salud. Año 2006.
- (8) Lejarraga H. Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. 2001. Sociedad Argentina de pediatría. 2001.
- (9) United States Department of Agriculture (USDA) National Agriculture Library. Dietary Guidelines for Americans (base de datos en internet). U.S.A: 1971, (junio, 2012; citado 3 julio 2012). Disponible en: <http://fnic.nal.usda.gov/dietary-guidance/dietary-reference-intakes/dri-tables>

- (10) Montenegro Rojas C. Alimentación complementaria. En, Grupo Editorial 87 Ltda, editor. Nutrición clínica y gastroenterología pediátrica. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana; 1999.
- (11) Agostini C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary Feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *JPGN*, 2008; 46(1): 99-110.
- (12) Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington, 2003.
- (13) Torresani ME. Cuidado nutricional pediátrico. 2^a ed. Buenos Aires: Eudeba; 2006.
- (14) Maldonado VC, González Zambrano YM. Prácticas de destete por un grupo de madres de la localidad de Fontibón (Tesis de Licenciatura): Bogotá: Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Enfermería. Universidad Javeriana; 2008
- (15) Alvarado BE, Tabares RE, Delisle H, Zunzunegui MV. Creencias maternas, prácticas de alimentación y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. *Arch Lationam Nutr*, 2005; 55(1).
- (16) Kalanda BF, Verhoeff FH, Brabin BJ. Lactancia y alimentación complementaria en relación con la morbilidad y crecimiento en niños de Malaués. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2006; 60(1): 401-7
- (17) Cruz Agudo Y, D Jones A, Berti P, Macías Larrea S. Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia. *Arch Lationam Nutr*, 2010; 60(1): 7-14.
- (18) Schack Nielsen L, Thorkild IA, Sorensen E, Mortensen L, Michalsen KF. Late introduction of complementary feeding, rather than duration of breastfeeding, may protect against adult overweight. *Am J Clin Nutr*, 2010; 91 (3): 619-27.
- (19) Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología Médica. Código Alimentario Argentino: Capítulo V: "Normas para la rotulación y publicidad de los alimentos". Última actualización: Año 2010.

Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/alimentos/codigoa/Capitulo_V.pdf

- (20) Paul IM, Bartok C, Downs D, Stifter C, Ventura AK, Birch L. Opportunities for the Primary Prevention of Obesity during infancy. *Adv Pediatr*, 2009; 56(1): 107-133
- (21) Albarenque S, Mas L, Ferreyra M, Marchisio M, Gomila A, Armelini P. Lactancia materna y alimentación complementaria. *Arch Argent Pediatr*, 2005; 103(3): 257-58.
- (22) Marugán JM. Nuevas pautas de alimentación en lactantes sanos para la prevención de la enfermedad celíaca. *Bol Pediatr*, 2010; 50: 53-5
- (23) Goldsobel, AB. Risk of celiac disease autoimmunity and timing of gluten introduction in the diet of infants at increased risk of disease. *Pediatrics*, 2006; 118 (1):514-15.
- (24) Knip M, Virtanem SM, Akerblom HK. Infant feeding and the risk of type 1 diabetes. *Am J Clin Nutr*, 2010; 91 (5)
- (25) Durán P, Martins A, Raitano P, Botta A, Grand J, Val M. Índice de masa corporal y tensión arterial al año de edad según peso al nacer, ganancia de peso y patrones de alimentación temprana”. *Arch Argent Pediatr*, 2011; 109 (5): 392-397.

10.ANEXOS.

Consentimiento informado.

Sra. (a quien corresponda):

Mi nombre es Mariana Sánchez Ginestet, y me encuentro realizando el trabajo final integrador de la Licenciatura en nutrición, en la Universidad Isalud. El propósito del presente trabajo es describir las prácticas de alimentación que llevan a cabo las madres de niños entre 6 y 12 meses.

Es por eso que la convoco para participar en este estudio, que consiste en responder las preguntas de la encuesta que se encuentran en la hoja siguiente.

Su participación no es obligatoria, y su no participación no implicará ningún perjuicio.

La encuesta es anónima, y usted puede abandonar el estudio si así lo desea. Toda la información será confidencial, y en la encuesta que le realizaré no se identificará ni el nombre de usted ni el de sus hijos.

Le solicito que de estar de acuerdo, luego de haber leído detenidamente lo anterior y habiéndolo comprendido, firmar al pie:

He comprendido la explicación recibida sobre el estudio que se está llevando a cabo.

.....
Firma

Encuesta .

1.1 Edad de la madre (En años cumplidos) _____

1.2 Con quién vive además de sus hijos (Marque con una cruz)

Sola En pareja Con padres Otros _____ (indique con quién/es)

1.3 Nivel de estudio (Marque con una cruz el máximo nivel alcanzado)

Primaria	<input type="checkbox"/>	Terciario	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Terciario incompleto	<input type="checkbox"/>
Secundario	<input type="checkbox"/>	Universitario	<input type="checkbox"/>
Secundario incompleto	<input type="checkbox"/>	Universitario incompleto	<input type="checkbox"/>

1.4 Número de hijos: _____

1.5 Edad del niño menor de 1 año (En meses cumplidos) _____

1.6 Sexo del niño (Marque con una cruz)

M F **M:** Masculino **F:** Femenino

2.1 Incorporación de alimentos entre los 6 y 12 meses (Para cada uno de los alimentos que se detallan a continuación, marque con una cruz en qué mes usted “probó” darle ese alimento a su hijo, y si habitualmente ingiere ese alimento, haga una cruz en “incorporó”)

GRUPO DE ALIMENTOS	MES DE INCORPORACION					INCORPORÓ
	6 meses	7 meses	8 - 9meses	10- 11 meses	12 meses	
FRUTAS						
Manzana						
Banana						
Durazno						
Damasco						
Frutas cítricas en jugos colados y diluidos						
Pulpa de mandarina y naranja						
Otros: (detalle cuál/es)						
VERDURAS						
Zapallo						
Zanahoria						
Papa						
Batata						
Acelga						
Espinaca						
Zapallito						
Remolacha						
Tomate						
Chaucha						
Otros vegetales (detalle cuáles)						
CEREALES						
Maicena						
Nestum arroz						
Nestum maíz						
Polenta						
Nestum 4 cereales						
Cereales en grano: arroz						
Pastas rellenas						
PAN Y GALLETITAS						
Pan						
Galletitas tipo agua						
Galletitas dulces simples (tipo Maná)						
Galletitas dulces rellenas						

QUESOS Y YOGUR						
Quesos untables enteros						
Quesos de postre						
Quesos rallados						
Yogur entero vainilla						
Yogur entero frutilla						
CARNES Y HUEVO						
De vaca						
De pollo						
De pescado						
Vísceras (hígado)						
Yema de huevo						
Clara de huevo						
CUERPOS GRASOS						
Aceite						
Manteca y margarina						
Crema						
DULCES						
Jaleas						
Mermeladas						
Dulces compactos						
Dulce de leche						
OTROS						
Azúcar (agregada a preparaciones)						
Miel						
Sal (agregada a preparaciones)						
Golosinas: caramelos, confites, gomitas						
Chocolate						
Snacks: chizitos, papas fritas, conitos						
Infusiones (café, té, mate cocido)						
Bebidas gaseosas comunes						
Bebidas gaseosas light						
Jugos comerciales						
Jugos comerciales light						
Agua						
Soja y derivados: Milanesas Brotos de soja Jugo Ades						

2.2. ¿A qué edad el niño/a comenzó a comer alimentos distintos de la leche materna o maternizada? (Marque con una cruz)

Antes de los 6 meses de edad

A los 6 meses de edad.

Después de los 6 meses de edad.

2.3. Además de dichos alimentos diferentes de la leche, ¿el niño/a continúa recibiendo leche materna? (Marque con una cruz)

Si

No

Si su respuesta es NO, conteste la pregunta que sigue. Si su respuesta es SI, continúe con la pregunta 2.5

¿El niño/a nunca tomó leche materna? (Marque con una cruz)

Si ¿Hasta qué mes? _____

No

2.5. ¿Qué reemplazos de leche materna utiliza? (Puede marcar más de una opción)

Fórmula infantil comercial de inicio o 1

Fórmula infantil comercial de continuación o 2

Leche de vaca diluida

Leche de vaca sin diluir

Ninguno

2.6. ¿En qué orden usted incorpora la leche y los alimentos? (Marque con una cruz)

Primero, leche materna o reemplazos de leche materna, luego otros alimentos.

Primero alimentos. Luego leche materna o reemplazos de leche materna.

2.7. ¿Cuántas veces al día el niño/a come, sin contar la leche? (Marque con una cruz)

1 vez

2-3 veces

3-4 veces

OBSERVACIONES:

2.8 Indique cuál/es de las siguientes consistencias ha incorporado su hijo/a (Puede marcar más de una opción)

Procesado

Papilla espesa o puré

Comida bien picadita

Comida en trozos pequeños

OBSERVACIONES:

2.9 ¿Quién lo aconseja sobre la alimentación del niño? (Puede marcar más de una opción)

Madre

Hermana u otro familiar

Médico pediatra

Nutricionista

Otros (indique quién) _____

Grupo focal

- **Percepción de la alimentación.**

¿Cómo percibe Ud. La alimentación de su hijo?

¿Cómo cree que sería la alimentación ideal de su hijo?

- **Actitud ante el rechazo de alimentos.**

¿Cuál es su actitud ante el rechazo de alimentos?

- **Momento de la comida.**

¿De qué manera se desarrolla el momento de la comida?

- **Creencias sobre alimentación.**

¿Cuáles son los alimentos que, a su entender, podrían beneficiar la alimentación de su hijo?

¿Cuáles son los alimentos que, a su entender, podrían perjudicar la alimentación de su hijo?

- **Otras.**

¿Fue fácil el comienzo de la alimentación?