

Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino

Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de Licenciatura en Nutrición

Tesis de Grado



“PRACTICAS MATERNAS DE ALIMENTACION Y ESTADO  
NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES  
PERTENECIENTES AL AREA DE RESPONSABILIDAD DEL CAPS  
BIENESTAR”

---



*Autora: Jerez Sandra Alejandra*

*Directora: Gisela Michavila*

2015



## Agradecimientos

A Dios, camino, verdad y vida en este transitar.

A mis padres y hermanas que con su paciencia y amor acompañaron este camino.

A cada persona que Dios puso a mi lado.

*"Lo que importa es cuanto amor ponemos en el trabajo que realizamos" Madre Teresa de Calcuta*



## Contenido

Agradecimientos.....	2
Capítulo I: Planteamiento del problema de investigación.....	11
Capítulo II: Marco Teórico.....	19
<i>II.1.1 Valoración del estado nutricional</i> .....	21
<i>II.1.2 Evaluación antropométrica</i> .....	22
<i>II.1.3. Diagnóstico Antropométrico</i> .....	24
II.2.1. Etapa inicial: Lactancia materna.....	27
III.2.2 Etapa de transición: Alimentación complementaria Oportuna.....	29
II.2.3 Etapa de adquisición de pautas familiares .....	38
II.2.4 Carácter social de las prácticas de alimentación.....	38
Capítulo III: Materiales y métodos.....	40
Capítulo IV: Resultados .....	46
Capítulo V: discusión, conclusiones y propuestas .....	88
Anexos.....	98

## Resumen

Los primeros años de vida son una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo del niño. La nutrición cumple una función primordial. La alimentación depende de los padres, especialmente de la madre, por esto es importante conocer sus prácticas de alimentación.

**Objetivo:** conocer el estado nutricional predominante de un grupo de niños de 6 a 24 meses que asisten al CAPS Bienestar, analizar las prácticas impartidas por las madres y su adecuación a las recomendaciones de los organismos de salud. Finalmente relacionar la adecuación de dichas prácticas con el estado nutricional de los niños evaluados.

**Materiales y métodos:** estudio descriptivo-correlacional de tipo transversal. Se seleccionaron 50 madres de niños de 6 a 24 meses a las que se les realizó una encuesta con preguntas abiertas y cerradas sobre la alimentación del niño a fin de determinar su adecuación a los estándares recomendados por los organismos de salud. El dato de peso y talla fue tomado de las historias clínicas de los niños.

**Resultados:** el estado nutricional del 54% de los niños evaluados se encuentra dentro de los parámetros de normalidad. El 94% de las madres llevan a cabo prácticas inadecuadas de alimentación. La edad promedio de las madres encuestadas es de 26.18 años, el nivel educativo alcanzado, en un 38%, fue el primario completo. El 56% de los niños se encontraba siendo amamantado al momento de la entrevista. De los niños que no estaban siendo amamantados, el 42.1% lo fue hasta menos de los 4 meses. El 72% de los niños usaba mamadera. El 34% de los niños era alimentado exclusivamente con leche de vaca. El 60% recibía infusiones. El inicio de la alimentación complementaria en el 50% de los niños fue a los 6 meses. El 42% de las madres asegura ofrecer libertad a su hijo en la alimentación. La televisión se encontraba encendida en el momento de las comidas en el 62% de los casos.

**Conclusiones:** el estado nutricional de la mayoría de los niños se encuentra dentro de los parámetros de normalidad, aunque existen diversos diagnósticos en la población estudiada. Las prácticas de alimentación son inadecuadas en su mayoría. No existe relación entre las prácticas maternas de alimentación y el estado nutricional de la población estudiada.

**Palabras clave:** Prácticas de alimentación - Estado Nutricional - amamantamiento

## Abstract

The early years of a child's life are the most important for growth and development. Nutrition plays an essential role. Feeding depends on the parents, mainly the mother, and this is why it is important to know the mother's feeding practices.

**Aims:** to know the nutritional status in a group of 6-24 months old children who attend to the Bienestar health care center, to analyze the feeding practices implemented by mothers and to see if such practices agree with the recommendations given by the health organizations. Finally, to establish a link between such practices and the nutritional status of the examined children.

**Materials and method:** this study is a descriptive- correlational and cross sectional study. 50 mothers with 6-24 months old children were selected. They answered a questionnaire with open and closed questions about the children feeding in order to determine if it agrees to the standards recommended by health organizations. Data about weight and height were taken from the children's medical history.

**Results:** the nutritional status of 60% of the children examined is within the normal parameters. 94% of the mothers follows inadequate feeding practices. The average age of the mothers interviewed is 26.18 years old, only 38% completed primary school. 56% of the children was being breastfed at the moment of the interview with a frequency of less than seven times a day, in the 37% of the cases. Among the children who were not being breastfed, at that moment, 42.1% has been breastfed until they were less than four months old. 72% of the children was taking bottle. 34% of the children was being fed only with cow's milk. 60% was given infusions. In 50% of them, complementary feeding started when the children were 6 months old. Soup was the first food incorporated in 36% of the cases. At the moment of the interview, 56% was receiving non-differentiated food. 42% of the mothers claims that they allow their children freedom when feeding. Television was turned on during meals in 62% of the cases. Nutritional recommendation was given by the pediatrician in 48% of the cases.

**Conclusions:** the nutritional status of most of the children is within the normal parameters although there are various diagnoses in the sample studied. Feeding practices are inadequate in most of the cases. There is no relationship between maternal feeding practices and the nutritional status of the sample studied.

**Keywords:** Feeding practices- Nutritional status- Breastfeeding

## Introducción

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. Una nutrición deficiente incrementa el riesgo de padecer enfermedades, y es responsable directa o indirectamente de un importante porcentaje de muertes en niños menores de cinco años. Así también, una nutrición inapropiada puede provocar obesidad en la niñez, la cual es un problema que se va incrementando en muchos países (OMS, 2010).

En nuestro país estas alteraciones nutricionales coexisten en una comunidad, en una misma familia, e incluso en un mismo individuo. Se emplea entonces el término Malnutrición que incluye no solo las formas clínicas severas de desnutrición (Marasmo y Kwashiorkor), sino también formas leves, caracterizadas entre otros indicadores por déficits en uno o más de los índices antropométricos, y los excesos, es decir, el sobrepeso (Gilardon y col., 2009).

Las alteraciones nutricionales en los primeros años tienen consecuencias a corto y largo plazo:

“Los estragos que produce la desnutrición que se padece en la infancia son los más lamentados por una sociedad, ya que en esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, en el que se producirían alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles” (Ortiz Andrellucchi y col., 2006).

La desnutrición durante los dos primeros años es causa de desnutrición crónica, la cual provocará que el niño no alcance su potencial de crecimiento en talla y que sea un adulto de varios centímetros más bajo. Existen además pruebas que los adultos que fueron desnutridos durante la infancia temprana tienen compromiso del rendimiento intelectual, estos adultos también pueden tener una capacidad para el trabajo reducida, es por esto que un elevado número de niños desnutridos en una población tiene consecuencias en el desarrollo de un país (OMS, 2010).

Los niños y niñas con sobrepeso y obesidad tienen alta probabilidad de seguir siendo obesos cuando alcanzan la edad adulta y mayor riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, tales como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. En

consecuencia, tienen mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematura en la edad adulta (FIC Argentina, 2014).

En Argentina los principales problemas nutricionales en la infancia son la desnutrición crónica, obesidad y déficit de micronutrientes específicos, así lo describe la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) realizada en 2005, la misma revela que el 8% de niñas y niños de 6 a 60 meses padecen desnutrición crónica (por el indicador baja estatura), es decir que el 8% de los niños no puede expresar su potencial de crecimiento. En nuestra región (NOA), la prevalencia de desnutrición crónica llega a 10,2%, es decir que la prevalencia supera el valor nacional y uno de cada 10 niños sufre desnutrición crónica. En tanto la desnutrición aguda (emaciación) presenta prevalencias marginales desde una perspectiva poblacional (1,3-1,4%). Se destaca además que la prevalencia de baja talla es significativamente mayor en los niños y niñas de hogares con NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) en comparación con quienes residen en hogares sin NBI. En tanto que en los hogares indigentes la prevalencia es 6 veces mayor que la de hogares no pobres, según las curvas de la OMS.

En cuanto a la situación de Sobrepeso y Obesidad, hoy constituyen uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI. Tal es así que se calcula que la obesidad infantil se ha triplicado en los últimos 30 años. Alcanzando alrededor de 42 millones de niños y niñas con sobrepeso de los cuales más del 80% vive en países en desarrollo (FIC Argentina, 2014).

La ENNyS (2007) detalla que el 4,4% de los niños y niñas de entre 6 y 72 meses presentan obesidad según las curvas de la SAP. Mientras que las curvas de la OMS revelan que un 10,4% de entre 6 y 60 meses presentan obesidad. Es decir, que la prevalencia de obesidad es aproximadamente de uno de cada 10 niños y niñas del país, siendo las regiones de Gran Buenos Aires y Pampeana las que presentan prevalencias por encima del valor nacional. La prevalencia de sobrepeso en el país es de 31,5%. Es decir, 3 de cada 10 niños y niñas tienen peso excesivo.

Según datos de 2010 de la base de datos global sobre crecimiento infantil y malnutrición de la OMS, Argentina presenta el mayor porcentaje de obesidad infantil en niños y niñas menores de 5 años de la región de América Latina (FIC Argentina, 2014).

Hoy se conoce que una de las medidas de mayor efectividad para asegurar la salud en la niñez es centrarse en las prácticas de alimentación provista por los adultos responsables, ya que la alimentación del niño depende de estos, especialmente de la madre desde su nacimiento.

Es necesario revitalizar la atención mundial hacia el impacto que tienen las prácticas de alimentación en el estado nutricional, crecimiento y desarrollo, salud y sobrevivencia de los lactantes y niños pequeños, así lo establece la “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño”, adoptada por consenso el 18 de mayo de 2002 por la 55ª Asamblea Mundial de la Salud y el 16 de septiembre de 2002 por la Junta Ejecutiva del UNICEF. Dicha estrategia se basa en pruebas científicas de la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de vida y del papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud óptimo.

A partir de la eficacia de las intervenciones se estima que el logro de la cobertura universal de una lactancia materna óptima podría evitar, globalmente, el 13% de las muertes que ocurren en los niños menores de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años (OMS, 2010).

Científicamente están comprobados los amplios beneficios que tienen las prácticas de alimentación apropiadas en la salud de los niños. En cuanto a la lactancia materna se conoce que los niños que no la reciben tienen una probabilidad de 6 a 10 veces mayor de morir durante los primeros meses de vida en comparación con los niños que son alimentados con leche materna, debido generalmente a diarrea y neumonía que son más frecuentes y tienen mayor gravedad en los niños alimentados con leche artificial. Si la técnica de la lactancia materna es satisfactoria, la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida cubre las necesidades de energía y nutrientes para la gran mayoría de los niños sin la necesidad de incorporar otros alimentos o líquidos. Varios estudios sugieren además, que la obesidad en la niñez tardía y adolescencia, es menos frecuente entre los niños amamantados y que existe un efecto dosis-respuesta: a mayor duración de la lactancia materna, menor riesgo de obesidad. Más adelante, a partir de los 6 meses las necesidades de energía y nutrientes del lactante comienzan a exceder lo aportado por la leche materna es por esto que la alimentación complementaria se vuelve necesaria para llenar las brechas de energía y nutrientes. Si no se introducen alimentos

complementarios a esta edad o se administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado. En muchos países este es el momento donde existe un pico de incidencia de retraso del crecimiento, deficiencia de micronutrientes y enfermedades infecciosas en los niños (OMS; UNICEF, 2013).

“la situación actual de los países del mundo, y de la Argentina en particular, revela incremento de Lactancia materna (LM) en niños menores de 2 años, pero aún es insuficiente para lograr las metas de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en los primeros 6 meses de vida” (Gatica y col., 2009)

En una publicación de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2010) se describen aspectos puntuales de la alimentación de los niños argentinos en los primeros años de vida, el documento detalla que en nuestro país el inicio de la lactancia materna es frecuente (95%), sin embargo, la prevalencia disminuye en forma progresiva conforme aumenta la edad del niño, de esta forma, entre los 6 y 8 meses 70% de los niños reciben lactancia materna, entre los 12 y 14 meses un 50% y entre los 21 y 23 meses un 24%. En cuanto a la práctica de lactancia materna exclusiva, los resultados se basaron en datos retrospectivos de la historia alimentaria a cerca del momento de introducción de alimentos. De dicho análisis se observó que el 31% de los niños que habían iniciado la lactancia materna no habían recibido ningún tipo de alimento hasta el sexto mes. De lo que se dedujo que solo un 31% pudo haber sido alimentado con LME, pero como no se poseía información acerca del consumo de otras leches ese porcentaje podría disminuir. Al temprano abandono de la lactancia se sumó un inicio temprano de la alimentación complementaria, observándose que el 70% de los niños incorporaba algún alimento antes de los 6 meses de vida, por otra parte, la mayoría de las conductas relacionadas con la alimentación perceptiva eran adecuadas según las recomendaciones vigentes, sin embargo, la mitad de los niños siempre o casi siempre durante las comidas miraba televisión.

El presente trabajo pretendió identificar las prácticas de alimentación que imparten las madres de niños de 6 a 24 meses, que asistían al centro de atención primaria de la salud “Bienestar” de la ciudad de San Miguel de Tucumán, en cuanto a lactancia materna y alimentación complementaria y determinar su adecuación a las recomendaciones de los organismos de salud, además, conocer el estado nutricional de estos niños e inferir la relación entre las prácticas realizadas y la situación nutricional de la población en estudio



mediante valoración antropométrica y encuestas a las madres acerca de las prácticas de alimentación. La necesidad de plantear este tema surge debido a la relevancia que tienen los dos primeros años de vida para todo ser humano, donde la nutrición cumple un rol central mediante prácticas de alimentación adecuadas para la plena expresión del potencial genético.

Se planteó como hipótesis que el estado nutricional normal se relaciona a prácticas de alimentación impartidas de forma adecuada. Por lo que, si el estado nutricional de la mayoría de los niños era normal esto estaría asociado a una alimentación adecuada provista por la madre. Para comprobar dicha hipótesis se determinó el estado nutricional de 50 niños de entre 6 y 24 meses a partir de la recolección de datos de sus historias clínicas y se llevó a cabo una encuesta sobre prácticas de alimentación en lactancia materna y alimentación complementaria. Dichas respuestas fueron comparadas con las recomendaciones de los organismos de salud para determinar su adecuación y finalmente poder correlacionar los resultados.

## Capítulo I: Planteamiento del problema de investigación



## I.1 Antecedentes

En el presente apartado se expone una breve reseña de las más relevantes investigaciones realizadas y las bases teóricas que sustentan los planteamientos de este trabajo.

Entre las investigaciones consultadas con relación a las prácticas de alimentación impartidas por madres en los dos primeros años de vida de sus hijos y su relación con el estado nutricional, se presentan diversos estudios efectuados en los últimos años a nivel nacional e internacional.

Barba Torres (2008) llevó a cabo un estudio acerca de las características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acuden a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo del niño sano del centro de salud Fortaleza en Lima, Perú. Los parámetros estudiados por Barba Torres en este trabajo fueron cinco: cantidad de alimentación, frecuencia de comidas, consistencia, interacción al momento de la comida y prácticas de higiene en la manipulación de alimentos. Se aplicó un formulario tipo cuestionario a las madres o personas encargadas de la alimentación de 67 niños con déficit en la curva ponderal. Los resultados mostraron que las características de la alimentación eran adecuadas para la mayoría (85.1%) teniendo como condiciones favorables la cantidad de alimentación (58.2%) y las prácticas de higiene (76.1%), mientras que se encontraban en condiciones inadecuadas: la frecuencia (79.1%), consistencia (94%) y la interacción de la madre o cuidadora en el momento de las comidas del niño (89.6%). Concluyó finalmente que los niños recibían una cantidad de alimentación que actuaría favoreciendo el incremento de peso, sin embargo, este efecto podría verse obstaculizado por la frecuencia de alimentación que, en muchos casos, limitaba la ingesta de alimentos complementarios y de su aporte energético; además de la inadecuada consistencia de la alimentación que también influiría en el aporte energético. La interacción en las comidas también fue un factor preocupante en este grupo. Sin embargo fue alentador para esta población la adecuación que presentaban las madres en sus prácticas de higiene siendo convenientes en la prevención de enfermedades y por ende evitando la disminución de la velocidad de crecimiento del niño.

Gatica y col. (2009) desarrollaron una investigación sobre prácticas de alimentación en niños menores de 2 años en las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis. El objetivo general de la investigación fue identificar las prácticas de alimentación en cuanto a lactancia materna y alimentación complementaria que recibían los niños y conocer algunos factores sociales como trabajo materno y televisor encendido al momento de recibir alimentos y factores demográficos como edad y educación materna e institución donde es atendido el niño. Además de conocer la edad media de la población al momento de la introducción de la alimentación complementaria, su tipo, composición y adulto involucrado. Con la colaboración de médicos pediatras de la región de Cuyo de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) se llevaron a cabo encuestas a madres de niños sanos menores de 2 años de edad.

Los resultados permitieron verificar que en la población estudiada la lactancia materna fue una práctica frecuente (66.35%) y esta frecuencia era aún mayor en madres jóvenes. El inicio de la alimentación complementaria fue en su mayoría al sexto mes coincidiendo con las recomendaciones de salud pública, aunque un 26% presentaba introducción precoz de la alimentación complementaria. Indistintamente de la educación materna, se observaron prácticas de alimentación similares. La mayoría de las madres tenían escolaridad primaria o secundaria completa, aunque un importante porcentaje de las madres eran analfabetas o con primaria incompleta. La mayoría de las madres no trabajaban fuera del hogar. Fue la madre también quien ofreció más frecuentemente la primera comida, fue amplio el uso de mamadera o vaso piquito. Preocupaba también que casi la mitad de los niños habían comenzado a recibir bebidas azucaradas e infusiones antes del año de edad. Además la televisión estaba encendida a la hora de comer desde el inicio de la alimentación complementaria. El estudio concluye aseverando que las prácticas inadecuadas de alimentación constituyen una gran amenaza para los niños menores de cinco años.

Galindo Bazalar (2012) basó su trabajo no solo en el estudio de las prácticas de alimentación como observamos en los trabajos anteriores, sino que además, evaluó los conocimientos de la madre respecto a la alimentación del niño en esta etapa de la vida. Dicho trabajo se llevó a cabo en el centro de salud Nueva Esperanza en Lima, Perú.

A través de este estudio se constató que poco más de la mitad de las madres encuestadas (55%) tenían conocimientos correctos de la alimentación a partir de los 6 meses de vida del niño en lo que respecta a la edad de inicio de la alimentación complementaria (70%), el

riesgo que representa una alimentación complementaria a destiempo (60%) y la incorporación de alimentos de acuerdo a la edad (57.5%), pero desconocían los alimentos ricos en hierro para el bebé (62%), la definición de una alimentación complementaria oportuna (47%) y las características que ésta debe tener para ser adecuada (45%). En cuanto a las prácticas de alimentación Galindo Bazalar tomó como únicos parámetros la interacción en el momento de las comidas y la higiene en la manipulación de alimentos obteniendo así como resultado que la mayoría de las madres impartían prácticas adecuadas de alimentación (61%). La interacción fue adecuada en un 57.7% de los casos y un 65% en higiene, lo cual actuaría como un factor protector evitando el riesgo de contraer enfermedades diarreicas agudas.

Beltrán y col. (2012) llevaron a cabo un estudio acerca de las prácticas de alimentación de menores de 2 años de edad de Cali, Colombia, con la premisa de que las malas prácticas de alimentación alteran el estado nutricional de los niños. El estudio fue descriptivo con encuestas a las madres tomando variables: sociodemográficas (edad, sexo), clínicas (peso, diagnóstico y estado nutricional), y alimentarias (lactancia materna, leche de vaca, fórmula infantil y alimentación complementaria). Se entrevistaron a 37 niños de los cuales se seleccionó a 24 con diagnóstico de desnutrición. Los resultados demostraron que más de la mitad de los niños (66.7%) continuaba recibiendo lactancia materna al momento de la entrevista. Sin embargo, el 79% recibía además fórmula infantil y leche de vaca. De los que recibían fórmula infantil, 18 de 19 la preparaba de forma inadecuada y quienes recibían leche de vaca la habían incorporado a una edad media de 9,4 meses. En cuanto a la alimentación complementaria de los 24 niños, 22 ya la habían iniciado y 13 (58%) de manera precoz. De tal forma que a pesar de que los niños menores de 2 años recibían lactancia materna en amplio número su práctica de alimentación resultó inadecuada puesto que 54.2% recibía alimentos con riesgo de alergenidad, 75% preparaba alimentos inadecuadamente y el 58.8% tenía una alimentación complementaria precoz, situaciones que repercutían en el estado nutricional de esos niños.

Rolandi (2014) en la ciudad de Mar del Plata analizó las creencias y prácticas alimentarias que tenían 120 madres de niños de 6 a 24 meses que acudían a control a un centro de salud y determinó el estado nutricional de los niños evaluados. A través de este estudio obtuvo que la mayoría de los niños participantes se encontraban dentro de los parámetros de

normalidad (84%) mientras que la prevalencia de sobrepeso y obesidad obtenida en la investigación fue baja, al igual que la de baja talla.

De la misma forma que en los estudios anteriores, la lactancia materna fue una práctica frecuente (63%), principalmente en el primer año de vida. Esta práctica tuvo correlación con la creencia de las madres sobre la importancia del acto de amamantar. Todas las madres que no se encontraban amamantando al momento de la entrevista alimentaban a sus hijos con leche no materna, pero también algunas madres que si lo hacían complementaban la leche materna con leche de vaca o fórmula. El consumo de infusiones fue bajo (4-6%), en tanto se encontró un porcentaje significativo de madres que ofrecían gaseosas y jugos industriales diariamente a sus hijos (18%).

La mayor parte de las madres comenzaron a brindar alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad (58%), cumpliendo con las recomendaciones establecidas por organismos nacionales e internacionales, sin embargo un número significativo incorporó alimentos antes de los 6 meses de edad (28%). Respecto a este tema, en el estudio se pudo inferir que las madres hablaban más intuitivamente sin demostrar muchos conocimientos de las razones para incorporar alimentos a los 6 meses o de los riesgos de hacerlo a otras edades.

La papilla de vegetales fue el alimento con el que la mayoría de las madres comenzaba la alimentación complementaria en este grupo. Conforme aumentaba la edad aumentaba la variedad de alimentos. El agregado de sal fue una práctica frecuente en esta población (61%) y el número de comidas realizadas se ajustaba a las recomendaciones.

## I.2. Fundamentación

Una de las necesidades más inminentes en nuestra sociedad y para el futuro de nuestro país es la inversión en los primeros años de vida.

Numerosas investigaciones evidencian que los primeros mil días de vida de una persona contados desde la concepción, abarcando la gestación y hasta los dos años de edad- juegan un papel preponderante en el potencial de desarrollo físico, intelectual y emocional de la salud futura. Los genes no son el único determinante, el entorno ambiental y la nutrición cumplen un rol fundamental en este periodo, en relación con la vida adulta.

Victoria (2012) define a este periodo como los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales puesto que la subnutrición ocurre en los dos primeros años de vida y que subsecuentemente aumenta la mortalidad. Victoria plantea que las intervenciones dentro de este periodo permite además mirar que pasará a largo plazo no solo sobre la salud sino también sobre el capital humano, un concepto de gran importancia, ya que supone hablar de inteligencia, escolaridad, talla, fuerza muscular y capacidad para generar hijos sanos en la próxima generación.

Nutrición y estilo de vida de la madre, amamantamiento y nutrición perceptiva a partir de los seis meses son medidas claves. Sin embargo, según datos de la ENNyS (2007), los problemas nutricionales abundan entre los 700 mil nacidos anualmente en el país ya sea por desnutrición, carencia de micronutrientes como vitaminas A y C y ácidos grasos esenciales u obesidad.

La intervención de mayor impacto durante el primer año es la lactancia materna, sin embargo, en Argentina solo el 35% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y el 45% hasta los cuatro meses. Y a partir de los 6 meses la alimentación perceptiva: aprender a identificar las señales de saciedad de los niños, respetar sus tiempos y gustos, favorecer el contacto y el aprendizaje lo cual es clave para la nutrición y sienta bases neurológicas para la relación futura con los alimentos (Cormillot, 2014).

Es preciso actuar en los primeros años de vida, indiscutiblemente, porque es un derecho de los niños: “todos los niños tienen derecho a crecer sanos física, mental y espiritualmente”,

porque es la causa del desarrollo humano, y los efectos de lo que ocurre durante el periodo prenatal y durante los primeros meses y años de vida del niño pueden durar toda la vida. Además cualquier intervención nutricional posterior a los dos años no reporta beneficios al capital humano y aún se correlaciona con enfermedades crónicas en el adulto (Victoria, 2012).

Actuar en este periodo es hacerlo en pos del capital humano aumentando la productividad y asegurando un futuro más próspero a la nación.

Las prácticas de alimentación inapropiadas y sus consecuencias son grandes obstáculos al desarrollo socioeconómico sostenible y a la reducción de la pobreza. Los esfuerzos de los gobiernos por acelerar el desarrollo económico a largo plazo fracasarán hasta que se hayan asegurado un crecimiento y desarrollo infantiles óptimos, en especial, a través de unas prácticas de alimentación apropiadas (OMS; UNICEF, 2013).

A nivel institucional conocer la situación de la alimentación infantil de la población del CAPS Bienestar, es imprescindible para la creación de estrategias de intervención tanto para la promoción de la salud como para la prevención de enfermedades. Conocer las prácticas de alimentación impartidas por las madres permitirá detectar las falencias como identificar también aquellas prácticas que resultan beneficiosas para la salud de los niños a fin de ser promovidas. Es preciso que la alimentación en los primeros años sea prioridad en los centros de atención primaria de la salud.

Los licenciados en nutrición en nuestro rol debemos velar por la salud de la población desde nuestra área acompañando cada etapa de la vida del individuo. Siendo este periodo el más vulnerable y también el más oportuno.

Por todo lo antes mencionado el presente trabajo plantea los siguientes objetivos y preguntas de investigación:

### I.3 Objetivos

- Conocer el estado nutricional de niños de 6 a 24 meses que asisten al CAPS Bienestar a través del relevamiento de sus historias clínicas.
- Identificar prácticas de alimentación que imparten madres de niños de 6 a 24 meses que asisten al CAPS Bienestar acerca de lactancia materna y alimentación complementaria.

### I.4 Interrogantes

- 1- ¿Cuál es el estado nutricional predominante de niños de 6 a 24 meses que asisten al CAPS Bienestar?
- 2-¿Cuáles son las prácticas maternas de alimentación en lactancia materna y alimentación complementaria oportuna de las madres de niños entre 6 y 24 meses que asisten al CAPS Bienestar?
- 3- ¿Existe relación entre estas prácticas y el estado nutricional de los niños evaluados?

## Capítulo II: Marco Teórico



## II.1 Estado Nutricional del niño

Conocer el Estado nutricional infantil reviste gran importancia tanto desde el punto de vista individual como poblacional. De Girolami (2009) refiere: “El estado nutricional en el ámbito individual tiene que ver con cada aspecto de la salud del niño – crecimiento, desarrollo, actividad física y la respuesta a las enfermedades – y en el ámbito poblacional es un indicador de salud y bienestar general”.

El estado nutricional de un individuo puede definirse como la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. Es decir, es la condición física de una persona como resultado de este equilibrio (Hodgson, 2010).

En los niños y especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. Por esta razón el control periódico de salud es muy valioso en la detección precoz de alteraciones nutricionales.

El crecimiento hace referencia al aumento del tamaño del cuerpo y el desarrollo a cambios en las funciones, ambos son el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo. Si las condiciones de vida (físicas, biológicas, psicosociales) son favorables, el potencial genético podrá expresarse en forma completa y el niño crecerá hasta su meta genéticamente programada tomando su canal de crecimiento entre el final del primer año y comienzos del segundo año de vida. En caso contrario el potencial genético se verá limitado, dependiendo de la intensidad y la persistencia del agente agresor (Lorenzo, 2007)

El crecimiento humano es, entonces, el resultado de tres factores: el programa genético, el medio ambiente y la interacción entre ambos. De esta manera podemos concebir el crecimiento como el resultado de un programa genético que se va expresando a lo largo del eje del tiempo y que está inmerso en un medio ambiente. Este medio ambiente puede ser más o menos favorable o desfavorable. Teóricamente si el medio ambiente es desfavorable, el programa genético del crecimiento no va a poder expresarse en toda su potencialidad, entonces el niño alcanzará una altura menor que la genéticamente programada. Por el contrario, si el medio ambiente es óptimo podemos asumir que el niño va a poder expresar en forma completa su potencial genético de crecimiento (Bertarini, 2010).

Se considera que la alimentación de un niño es suficiente cuando satisface las necesidades, mantiene sus funciones biológicas, su composición corporal en forma normal y preserva su

ritmo de crecimiento de acuerdo a su potencial genético. Ante la disminución de la ingesta, o el aumento de las necesidades, se ponen en funcionamiento mecanismos compensadores fisiológicos que tienden a restaurar el balance. Sin embargo todos ellos tienen un límite cercano al valor de la necesidad o requerimiento. Superando este punto hay cambios metabólicos, alteraciones en algunas funciones biológicas y finalmente la modificación del tamaño y composición corporal de forma patológica, siendo variable el tiempo de presentación de dichas manifestaciones (Lorenzo, 2007).

### II.1.1 Valoración del estado nutricional

Para realizar la evaluación del estado nutricional de las personas se utiliza la valoración del estado nutricional (VEN). La OMS define a la valoración del estado nutricional (VEN) como: “la interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos, antropométricos, y/o clínicos, que se utilizan básicamente para determinar la situación nutricional de individuos o de poblaciones en forma de encuestas, vigilancia o pesquisa” (Carmuega, 2000). En otras palabras, la VEN es una medida objetiva de las consecuencias del desbalance entre ingesta y necesidad, por lo que pueden existir tantos desbalances como nutrientes haya.

En la evaluación de la situación nutricional se precisa de tres elementos: Un índice o indicador - una medida objetiva y representativa de la situación nutricional -, una población de referencia - valores de normalidad - y un límite de inclusión o de corte, qué valor se considera el límite de normalidad.

La combinación de estudios alimentarios, bioquímicos, antropométricos y clínicos constituyen la base de la evaluación nutricional:

Los indicadores alimentarios brindan información cualitativa (como gustos, hábitos y rechazos alimentarios, tipo de alimentación, calidad en la preparación y manipulación de alimentos), semicuantitativa (obtenida a través de la frecuencia de consumo por grupos de alimentos) y cuantitativa, suministrada en los distintos tipos de recordatorios, registros y pesada de alimentos (Lorenzo, 2007).

Los patrones de alimentación deben evaluarse no solo ante la posibilidad de riesgo de deficiencias o de excesos, sino también en conductas que impliquen riesgo para el futuro del niño, como obesidad, hipertensión, entre otras.

En el caso de la evaluación bioquímica, su objetivo es confirmar deficiencias nutricionales específicas sugeridas por la evaluación clínica, antropométrica o dietaria, a través de alguna metodología de laboratorio para su medición. El denominador común de los indicadores bioquímicos es que requieren de alguna metodología de laboratorio para su realización, en la mayoría de los casos, sangre y orina pero también existen otros estudios (Bertarini, 2010).

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

### II.1.2 Evaluación antropométrica

La antropometría se define como la medición de segmentos corporales que, comparados con patrones de referencia, permiten realizar diagnóstico nutricional (Gilardon y col. 2009). Las mediciones antropométricas establecen el tamaño y la composición del cuerpo, y reflejan la ingesta inadecuada o excesiva, el ejercicio insuficiente y las enfermedades.

Las medidas corporales reflejan el proceso de crecimiento, sin embargo, no hacen diagnóstico nutricional por sí solas. Las más empleadas son: peso corporal, longitud corporal - talla, perímetro cefálico, pliegues cutáneos, circunferencia del brazo.

Es a partir de los índices antropométricos que se puede arribar a un diagnóstico del estado nutricional de un individuo. Los mismos surgen al combinar una medida corporal (como peso o talla) con la edad o con otra medida. Los índices antropométricos más utilizados son:

- **Peso/Edad:** refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y por el peso relativo.
- **Talla/Edad:** refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits se relacionan con alteraciones acumulativas de largo plazo en el estado de salud y nutrición.

- **Peso/Talla:** refleja el peso relativo para una talla dada y define la proporcionalidad de la masa corporal. Un bajo peso/talla es indicador de emaciación o desnutrición aguda. Un alto peso para la talla es indicador de sobrepeso.
- **Índice de masa corporal/Edad:** es el peso relativo al cuadrado de la talla ( $\text{peso}/\text{talla}^2$ ) el cual, en el caso de los niños y adolescentes debe ser relacionado con la edad. Su interpretación es similar a la mencionada en peso/talla.

Cada índice da cuenta de una dimensión corporal distinta y permite caracterizar un tipo de déficit o de exceso. Desde el punto de vista nutricional en la práctica se puede sintetizar:

- La talla/edad baja se asocia con desnutrición crónica o secular
- El peso/talla bajo (o el IMC/edad bajo) se asocia con emaciación o desnutrición aguda.
- El peso/talla alto (o el IMC/edad alto) es indicador de sobrepeso.
- El peso/edad aislado no permite distinguir tipos de malnutrición. El peso/edad bajo en los menores de un año puede detectar desnutrición global que, por el tiempo de desarrollo, es generalmente aguda.

Dichos índices se expresan en percentilos, que son puntos estimativos de una distribución de frecuencias (de individuos ordenados de menor a mayor) que ubica a un porcentaje dado de individuos por encima o por debajo de ellos (Lejarraga en De Girolami, 2009). Al evaluar un individuo, se calcula su posición en una población de referencia y se establece que porcentaje de individuos iguala o excede.

El diagnóstico antropométrico se realiza por comparación de las mediciones de los sujetos con una población normal de referencia, que es la distribución de los indicadores en una población normal. Sirven para determinar si el niño está dentro o fuera de los rangos esperados.

A partir de octubre de 2007, el Ministerio de Salud de la República Argentina adoptó las nuevas curvas de crecimiento de la OMS para el seguimiento y la atención, individual y poblacional de los niños desde el nacimiento hasta los 5 años, en reemplazo de las

anteriores (nacionales, avaladas por la Sociedad Argentina de Pediatría), empleadas desde hace 20 años.

### II.1.3. Diagnóstico Antropométrico

Para una aproximación al diagnóstico nutricional se propone utilizar:

-Menores de 1 año: P/E

-Mayores de 1 año: combinación de los indicadores IMC/E y longitud/edad

**Tabla 1:** Criterios de evaluación nutricional

Niños menores de 1 año: Peso/Edad

< Percentilo 3	Percentilos 3-10	> Percentilo 10
Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normo peso

Niños mayores de 1 año: IMC/Edad

< Percentilo 3	Percentilos 3-10	Percentilos 10-85	Percentilos 85-97	> Percentilo 97
Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normo peso	Sobrepeso	Obesidad

Longitud corporal/Edad

< Percentilo 3	> Percentilo 3
Baja longitud	Normal

**Tabla 2:** Criterios de diagnóstico nutricional

IMC/Edad	Talla/edad	
	Normal (> pc 3)	Baja (< pc 3)
IMC Bajo (menor al pc3)	Bajo peso	Bajo peso con baja talla
Entre pc 3 y 10	Riesgo de bajo peso	Riesgo de bajo peso con baja talla
Normal (entre pc 10 y 85)	Normal	Baja talla
Entre pc 85 y 97	Sobrepeso	Sobrepeso con baja talla
pc > 97	Obesidad	Obesidad con baja talla

Fuente: Evaluación del Estado Nutricional de niños, niñas y embarazadas mediante antropometría (Calvo, Gilardón, Durán, & Longo, 2009).

## II.2. Prácticas de alimentación en los primeros 2 años de vida

Se conoce que proveer alimentos es un acto natural de cada especie para lograr su conservación, pero alimentar a un niño o niña significa mucho más. La alimentación de un niño implica satisfacer sus requerimientos nutricionales y es, además, uno de los elementos primordiales para lograr su crecimiento y desarrollo armónico e integral como persona. Consiste en una experiencia de vida, de intercambio y reciprocidad entre él y quien le brinda, además de alimento, cuidados y afecto, generando formas sutiles de integración social y cultural. Además el acto de brindar alimento ofrece la oportunidad de favorecer el vínculo afectivo entre la madre y el bebé lo cual constituye un componente fundamental para la estructuración del psiquismo y para lograr un desarrollo psicosocial adecuado (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006).

La alimentación del niño es una práctica cotidiana para el adulto responsable, pero en los dos primeros años de vida presenta una serie de particularidades que muchas veces las madres o encargados de la alimentación del niño desconocen o por otros motivos no cumplen. La OMS (2013) define a las prácticas de alimentación como los ejercicios llevados a cabo con conocimientos de la alimentación a base de leche materna y el momento oportuno de incorporar alimentos que asegure cubrir las necesidades del lactante y el niño pequeño.

Durante las primeras etapas de la vida, las necesidades nutritivas son proporcionalmente muy superiores a las del adulto, y esto se debe al ritmo de crecimiento y desarrollo que experimenta el organismo, especialmente en su primer año de vida. Sin embargo, paradójicamente, en este momento también presenta grandes limitaciones: el recién nacido no tiene completamente desarrollados los mecanismos de regulación del apetito, los procesos digestivos, las posibilidades de filtración y concentración renal y el sistema inmunitario (Lorenzo, 2007).

Para una mejor comprensión de la fisiología del lactante en los primeros meses de vida, la Sociedad Argentina de Pediatría (2001) lo describe de la siguiente manera:

A nivel digestivo el niño nace con un patrón maduro de succión y deglución, la masticación se desarrolla de manera progresiva alcanzando la máxima eficiencia recién a los dieciséis años, lo cual es importante ya que ante la menor eficiencia, si toda la comida

que se ofrece al niño exige un alto esfuerzo masticatorio, la porción consumida puede ser más pequeña que lo esperado y comprometer la nutrición del niño.

La digestión de las grasas, proteínas y almidones en el lactante dependen en gran medida de las enzimas pancreáticas. Se desconoce si la amilasa existe en el feto y cuánto tiempo después del nacimiento empieza a producirse, existen evidencias que afirman que durante los primeros 6 meses es insuficiente por lo que dar almidón antes de esa edad puede provocar diarrea.

La lipasa es escasa al nacer y permanece baja durante el primer año de vida, sumado al hecho, de que en los recién nacidos las concentraciones de ácidos biliares intraluminales están por debajo del nivel miscelar crítico condicionando algún grado de malabsorción de grasas que es aún mayor en los niños alimentados con fórmulas lácteas. A partir de los 6 meses la absorción intestinal de grasa es adecuada.

Los niveles de tripsina y quimiotripsina al nacer son solo ligeramente inferiores a los niveles del año de edad, por lo que la digestión de proteínas no presenta dificultades.

A nivel renal la filtración glomerular del recién nacido es un 25% del valor del adulto, aumentando exponencialmente durante los primeros 18 meses de vida. A los 6 meses es el 60-80%. Es por esto que debido a que la máxima capacidad se alcanza alrededor de los 6 meses los niños pequeños tienen dificultad para manejar la sobrecarga de solutos. Situación que no resulta de preocupación para los niños alimentados con lactancia materna exclusiva, dado la baja concentración de proteínas y electrolitos que posee.

Esta situación común del lactante representa un periodo de alta vulnerabilidad, tal como lo afirma Mangialavori (2010): “Dado el rápido crecimiento de los niños, que condiciona elevados requerimientos nutricionales, sumado a una capacidad de ingesta limitada en volumen, esta etapa presenta en sí misma una alta vulnerabilidad nutricional”.

Sobre la base de estos conocimientos, en el año 1982 la Academia Americana de Pediatría determinó, en la alimentación del niño, tres periodos basados en estos dos factores.

- Periodo lácteo
- Periodo de transición

- Periodo de maduración digestiva

Y en función a los alimentos que es posible incorporar en cada periodo se establecen las siguientes etapas:

- Etapa inicial: lactancia materna exclusiva
- Etapa de transición o diversificación progresiva: alimentación complementaria oportuna
- Etapa de adquisición de pautas familiares

### **II.2.1. Etapa inicial: Lactancia materna**

La lactancia se define como un proceso vital mediante el cual la madre provee un tejido vivo que opera en un amplio espectro de interacciones, no solo nutricionales, sino también, en respuesta a las demandas inmunológicas y emocionales específicas del recién nacido. La leche materna es el alimento ideal para el inicio de la alimentación del niño: es la mejor fuente de nutrientes esenciales para el bebé y la más económica para la familia. Es considerada el alimento ideal, tanto desde el punto de vista nutricional como inmunológico. Además del vínculo que representa para la madre y el hijo, se ha encontrado correlación de ingesta de leche materna y el cociente intelectual de bebés prematuros (Torresani, 2007).

La lactancia materna además de proporcionar al niño un alimento completo y adecuado para su edad, también el acto de amamantar proporciona al niño seguridad afectiva. La lactancia materna constituye, por tanto, una relación estrecha entre el afecto y la nutrición.

Un bebé amamantado pasa muchas más horas entre los brazos de su madre y esto le brinda la oportunidad de tener contacto piel a piel y con los sentidos que aún están en desarrollo. Esta práctica les permite la constante interacción, el bebé podrá sentir, oler establecer contacto cara a cara con su mamá y reafirmar su existencia a través de la mirada de ésta. Desde el punto de vista fisiológico el amamantamiento, además, provoca la liberación de hormonas de la madre (prolactina, oxitocina, cortisol) que actúan como ayudantes biológicos para promover sentimientos maternos y agudizar su intuición. La práctica del amamantamiento le facilitará el desarrollo de la capacidad de reconocer y anticipar las necesidades de su bebé, que aún es incapaz de expresar más que a través del llanto o de señales muy particulares que la madre sabrá interpretar (Moreno Zavaleta, 2012).

Entre las recomendaciones de los organismos de salud para una lactancia materna óptima se encuentran:

### **II.2.1.1. Momento de inicio de la lactancia materna**

Se recomienda que el contacto del RN con la madre e inicio de la lactancia sea dentro de la primera hora de vida, dado que la duración de la lactancia se asocia con la precocidad de este primer contacto. “Los resultados de un estudio realizado en Ghana demuestran que amamantar a los bebés durante la primera hora de nacimiento puede prevenir el 22% de las muertes neonatales”. En el mismo sentido se ha demostrado que la libre demanda con mamadas frecuentes facilita la producción más rápida de leche madura, mayores ingestas y mejores patrones de crecimiento (Unicef, 2010).

### **II.2.1.2. Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses**

Se recomienda lactancia exclusiva hasta los 6 meses. Ya que la misma cubre de forma óptima los requerimientos de energía y proteínas permitiendo un adecuado crecimiento y estado de salud a la edad de 6 meses, momento en el cual se recomienda que los niños sanos nacidos con peso normal inicien la alimentación complementaria.

Los niños a los que se incorpora alimentación complementaria muy tempranamente tienen un ingreso de calorías totales más bajo que el de los niños con lactancia materna exclusiva. Esto se debe a que la mayoría de los alimentos ofrecidos en el primer semestre son menos nutritivos que la leche materna y siempre producen desplazamiento de la misma, de tal forma que como el alimento es de menor densidad calórica el balance resulta negativo. Es importante destacar además el mayor riesgo de diarrea en niños de familias pobres (2 a 3 veces mayor) cuando la alimentación complementaria es incorporada antes de los 4 a 6 meses comparada con la lactancia exclusiva hasta el sexto mes (Lorenzo, 2007).

### **II.2.1.3. Continuación de la lactancia hasta los 2 años de vida o más**

Incluso después de la introducción de los alimentos complementarios, la lactancia materna continúa siendo una fuente crítica de nutrientes para el niño pequeño. La leche materna aporta el 50% de las necesidades de energía del lactante hasta el año de edad, y hasta un tercio durante el segundo año de vida. La leche materna continúa aportando nutrientes de mayor calidad que los aportados por los alimentos complementarios y, también, aporta

factores protectores. Por lo tanto se recomienda que la lactancia materna continúe hasta los dos años de edad o más (OMS, 2010).

#### II.2.1.4. Evitar el agregado de otros líquidos

Es importante destacar que los recién nacidos y lactantes que reciben leche materna no requieren el aporte de líquidos extras (agua, suero glucosado, fórmulas) aunque la producción de leche sea escasa los primeros días. La administración de los mismos se ha asociado con menor duración de la lactancia. Aun líquidos sin calorías pueden producir desplazamiento de la ingesta de la leche materna por lo tanto se recomienda evitar el uso de otros líquidos (SAP, 2001).

La leche materna que está compuesta por un 88% de agua, es suficiente para satisfacer la sed del lactante. Sin embargo, el agua y los tés son administrados frecuentemente a los lactantes, muchas veces desde la primera semana de vida. Esta práctica se ha asociado con una duplicación del riesgo de diarrea (OMS, 2010).

#### III.2.2 Etapa de transición: Alimentación complementaria Oportuna

En el periodo que abarca desde los 6 a 12 meses de edad, la maduración digestiva y renal del niño va progresando, avanza también la maduración neurológica. En esta etapa el niño duplica el peso al nacimiento, pierde el reflejo de protrusión y se sienta solo, desarrolla capacidades y movimientos de coordinación para reconocer una cuchara, se interesa por la comida, toma alimentos con las manos y ya es capaz de diferenciar variedades de sabores, texturas y colores de los alimentos. A partir de estos cambios se puede comenzar de forma gradual la introducción de otros alimentos distintos a la leche.

“La alimentación complementaria se define como el periodo durante el cual otros alimentos o líquidos son provistos al niño pequeño, junto con la lactancia materna, sin desplazarla” (Lorenzo, 2007). Esta definición revaloriza la lactancia materna como el alimento ideal en los primeros años de vida por lo que no se la reemplaza sino que se la complementa en la alimentación del niño sumando otros alimentos a fin de cubrir los requerimientos nutricionales que se presentan a partir de los 6 meses de edad.

Actualmente se prefiere el término “oportuna”- en lugar de referirse a “destete” o

“ablactación” utilizados en el pasado y que no son sinónimos. El término oportuna hace referencia al momento óptimo para la introducción de alimentos complementarios.

La OMS define alimento complementario como “cualquier alimento sólido o líquido con aporte de nutrientes, incorporado en el momento de la alimentación complementaria, diferente a la leche materna”.

El alimento complementario puede ser:

*Transicional:* diseñado y preparado expresamente para cubrir las necesidades nutricionales de una manera fisiológica en el niño pequeño.

*Familiar:* son los alimentos de la dieta familiar incorporados al niño según la edad.

Para que el alimento sea considerado complementario debe reunir las siguientes características según la SAP (2001):

- Que se incorpore en el momento oportuno
- Que sea nutricionalmente adecuado
- Que se encuentre higiénicamente preparado
- Que sea culturalmente aceptado
- Que tenga disponibilidad a nivel local.

Para que la alimentación complementaria sea óptima es necesario tener en cuenta ciertos parámetros:

### **II.2.2.1 edad de inicio de la ACO**

La decisión acerca de cuando iniciar la alimentación complementaria depende tanto de la edad cronológica del niño o niña, como de los signos que demuestre un desarrollo adecuado.

El rango de edad óptimo de alimentación complementaria abarca desde los 6 a 24 meses del niño, mientras que la lactancia materna puede continuar hasta después de los 2 años (SAP, 2001).

Durante el periodo de la alimentación complementaria los niños se encuentran en riesgo elevado de desnutrición. Ya que con frecuencia los alimentos complementarios son de baja calidad nutricional y son administrados demasiado antes o demasiado tarde, en cantidades muy pequeñas y poco frecuentes. La interrupción prematura o la poca frecuencia de la lactancia materna, también contribuye al aporte insuficiente de nutrientes y de energía para los lactantes mayores de 6 meses de edad (OMS, 2010).

### II.2.2.2 Elección de alimentos durante la etapa de alimentación complementaria

El programa de educación alimentaria nutricional de Tucumán en el año 2004 lanzó el “manual del formador en alimentación y nutrición” en el cual detalla recomendaciones de alimentos a introducir según la edad del niño de la siguiente forma:

-Desde que nace y hasta el sexto mes: solamente leche materna

-Al sexto mes: leche de madre en cualquier momento + una comida diaria. Alimentos sugeridos:

Vegetales: papa, zanahoria, zapallo, acelga (sin tallo), batata, calabaza.

Cereales y pastas: sémola de maíz, fécula de maíz, polenta, arroz.

Aceite: vegetal (agregar en crudo), una cucharadita.

Frutas maduras, en puré o licuadas, banana, naranja, manzana, pera (sin piel, sin semillas)

Ofrecerle al niño/niña por lo menos 1 cucharada de papilla dulce o salada.

-Al séptimo y octavo mes: leche materna en cantidad necesaria + 2 comidas diarias. A lo anterior agregamos:

Carne: magras de vacuno, pechuga de pollo, hígado. Bien cocidas, picadas o licuadas.

Queso fresco o mantecoso en trozos pequeños, derretido en el puré o papilla.

Huevo: pasado por agua o duro en el puré o papilla.

Fideos: cabellos de ángel o soperos muy pequeños.

Pan

-Desde los nueve a once meses incorporamos:

Pescado: Filet de merluza u otro con escaso contenido de grasa

Nueva variedad de vegetales: zapallitos sin semillas, bien cocidos y picados; tomate crudo o cocido sin semilla ni piel. Berenjena cocida sin piel, sin semilla.

Otros fideos: entrefino, guisero (moños, caracoles)

Arroz: bien cocinado, no al dente.

Pan: rallado, remojado o fresco, en preparaciones dulces o saladas, galletas de agua o dulces sin relleno.

Se puede aumentar la consistencia de las preparaciones y el tamaño de los trozos de alimentos.

A partir del primer año de vida se incorpora a la mesa familiar y ya puede recibir almuerzo y cena. Una vez que el niño se incorpora a la mesa es bueno que el momento de la comida sea grato y tranquilo.

### **II.2.2.3 Características que debe reunir la alimentación:**

Las principales características que debe reunir la alimentación complementaria se detallan en este apartado según las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación (2006):

- ❖ Densidad energética mayor de 60 kcal/100g: la lactancia materna aporta 65 kcal/100g por lo que la cantidad de energía requerida del alimento complementario oscila entre 65-80 kcal/100g lo cual no es fácil de alcanzar, algunas papillas, según cuales sean sus componentes principales resultan de baja densidad energética. Por ejemplo el puré de zapallo o zanahoria es un alimento “hipocalórico” así como muchos alimentos líquidos como jugos, sopas y caldos.
- ❖ Adecuada proporción de proteínas de origen animal: dado que las proteínas de origen vegetal presentan deficiencias de aminoácidos esenciales se recomienda que las proteínas de origen animal representen el 45% del total de proteínas.

- ❖ Grasas totales más del 30% del Valor Calórico Total: la grasa tiene suma importancia para lograr una adecuada composición corporal, y fundamentalmente el desarrollo del sistema nervioso central, así mismo para alcanzar el aporte requerido de energía. La restricción de grasas durante los dos primeros años de vida puede traer consecuencias indeseables para el crecimiento y desarrollo y no ofrece ventajas respecto a la prevención de enfermedades crónicas. Los aceites y grasas vegetales se deben añadir en pequeña cantidad (1 cucharadita) a la comida ya que aportan una buena cantidad de energía en poco volumen y brindan sabor y palatabilidad.
- ❖ Hidratos de carbono complejos: cuando se introducen alimentos semisólidos aumenta el aporte de hidratos de carbono, se recomienda que este aumento no sea solo a expensas de azúcares simples (azúcar, dulces y otros) ya que estos pueden inducir hábitos alimentarios inadecuados relacionados con el gusto así como exceso de peso. En consecuencia hay que priorizar los alimentos con HC complejos como tubérculos, cereales y legumbres.
- ❖ No aumentar la fibra dietética: ya que esto puede interferir en la absorción de algunos micronutrientes como hierro y zinc y también el calcio. Evitar las preparaciones con harina integral.
- ❖ Adecuada concentración y biodisponibilidad de hierro: el hierro es el micronutriente más deficitario-especialmente en niños y embarazadas – esta situación casi siempre obedece a una baja ingesta del mismo en relación con los altos requerimientos, el consumo de hierro de baja biodisponibilidad o las pérdidas aumentadas. Se recomienda estimular el consumo de alimentos fuente de hierro hemínico y asociar la ingesta de alimentos con hierro no hemínico a la de otros alimentos que contengan ácido ascórbico y/o carnes. También se deben evitar aquellas sustancias que bloquean la absorción como los taninos y las xantinas presentes en el café, mate, te. Se sugiere también la indicación de lactancia materna y alimentos apropiados para la edad fortificados con hierro, así como la suplementación medicamentosa a partir del 4to mes.
- ❖ Incorporación de gluten: los alimentos que contienen gluten se introducen hacia finales del 6to mes. En caso de que existan antecedentes familiares de enfermedad celíaca se recomienda postergar la introducción hasta los 9 meses o más.

- ❖ Incorporación de alérgenos potenciales: para algunos alimentos hay recientes indicaciones especiales. Yema/huevo se puede incorporar a los 6 meses si no hay antecedentes de alergia en la familia, el pescado se puede incorporar desde el séptimo mes. Para niños con altos riesgos de desarrollar alergia promover lactancia materna exclusiva o utilizar fórmulas hipo alérgicas.
  
- ❖ No adicionar sal a las comidas: el contenido natural de sodio en los alimentos es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales de los niños y niñas. Por lo tanto se desaconseja el agregado de sal en las comidas así como la ingesta de alimentos con alta cantidad de sal tales como enlatados, embutidos y fiambres, productos de copetín o los que contienen ciertos compuestos de sodio como conservadores tales como caldos en cubitos y sopas deshidratadas. La ingesta aumentada de sodio puede generar sobrecarga renal de solutos, instalación de hábitos alimentarios poco saludables para la edad adulta, en donde existe una estrecha relación con la hipertensión arterial.
  
- ❖ Aumento progresivo de la consistencia y la viscosidad: se recomienda iniciar la alimentación complementaria con papillas o purés a partir de alimentos disponibles en el hogar, finamente pisados o triturados. A medida que el niño crece mejora su habilidad y coordinación para morder, masticar y tragar lo cual permite aumentar la consistencia de los alimentos.

Para lograr un aporte nutricional adecuado por medio de los alimentos complementarios es necesario tener en cuenta dos elementos muy importantes: número y frecuencia de comidas y densidad calórica de las mismas.

Número de comidas diarias recomendadas por edad:

Edad	Nº 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 o 3 comidas	0,79

9-23 meses	Leche materna + 3 o 4 comidas	0,73
------------	-------------------------------	------

Fuente: (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006)

Como puede observarse a medida que aumenta el número de comidas se puede disminuir la densidad calórica de cada una de ellas. Se busca que la densidad calórica de las comidas sea similar a la de la leche materna: 0,60 a 0,70 kcal/g.

### II.2.2.3 Alimentación del niño en caso de enfermedad

Otro aspecto a tener en cuenta en las prácticas de alimentación tiene que ver con la alimentación del niño en situación de enfermedad. Ya que ante la inapetencia y el aumento de las necesidades energéticas su estado nutricional puede verse afectado si los padres no contrarrestan esta tendencia mediante la adecuada alimentación del niño.

Las deficiencias pueden prevenirse si se continúa con la alimentación normal, incluyendo la lactancia materna. Es falsa la creencia de que durante la enfermedad se debe suspender la alimentación, mientras más pronto coma el niño enfermo, más rápida será su recuperación. Para evitar que pierda peso se sugiere, seguir ofreciéndole alimentos frecuentemente, con amabilidad y paciencia, aunque esté inapetente en preparaciones que le gusten y de consistencia blanda (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006).

### II.2.2.4 Higiene en la manipulación de alimentos

La higiene en la manipulación de alimentos tiene vital importancia para evitar enfermedades infecciosas que afectan frecuentemente a los niños y que suelen ser motivo de un deterioro del estado nutricional de los mismos.

Es muy importante que el equipo de salud aborde, durante la consulta pediátrica, distintos aspectos referidos a la higiene, como la higiene personal tanto del niño como de su cuidador. Hay que tener presente que cuando las personas presentan una patología infectocontagiosa deben ser cuidadosas al preparar o servir los alimentos ya que, cualquier infección, por pequeña que parezca, puede contaminar los alimentos del niño y su familia. Es necesario hacer hincapié sobre el cuidado al toser o estornudar con protección adecuada, así como el lavado de manos antes de preparar o consumir la comida y después de ir al baño. Este lavado debe ser frecuente con agua limpia y jabón antes de preparar y servir los alimentos. Es importante informarse acerca del agua que se utiliza en la vivienda y – en

caso necesario- recomendar su potabilización. Ante la sospecha de estar contaminada se debe hervir muy bien durante cinco minutos o agregarle dos gotitas de lavandina por litro de agua (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006).

#### II.2.2.4 El momento de la comida - Alimentación perceptiva

Las prácticas de alimentación van más allá de la elección de alimentos para el niño, sino que abarcan también el modo de ofrecer dichos alimentos, de esta manera, el cómo, cuándo, dónde y quién también es importante.

Las intervenciones para prevenir la desnutrición o el exceso de peso en los niños se enfocan en la dieta y dan poca atención a los comportamientos de las personas responsables de su cuidado. En sus dos primeros años los niños adoptan prácticas establecidas en su entorno y las conductas de sus cuidadores, los cuales constituyen patrones alimentarios que persistirán a lo largo de su vida (Black & Creed Kanashiro, 2012).

La sensación de hambre y saciedad de los niños es guiada por procesos internos de regulación e influenciada por los cuidadores y el contexto de la alimentación. El niño aprende a regular sus estados de hambre y saciedad en el “dar y recibir” que caracteriza a las interacciones durante los momentos de comer con su cuidador.

Black & Creed Kanashiro (2012) afirman que la ingesta dietética de los niños se encuentra influenciada por los estilos de alimentación y por los comportamientos específicos de alimentación. Los estilos de alimentación tienen sus raíces conceptuales en los estilos de crianza de los hijos, un paradigma basado en el afecto y las exigencias de la interacción cuidador-niño. Los conceptos de estilo de crianza se han aplicado a los estilos de alimentación. El estilo “Responsivo” es aquel en el cual los cuidadores responden a las señales del niño de manera rápida y sensible, no necesariamente consintiendo las demandas.

Galindo Bazalar (2012) en su estudio describe los siguientes estilos de alimentación:

- Un estilo “controlador”: Donde la madre decide cuándo y cómo come el niño, esto puede llevar a que los niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño en riesgo de sobre peso.

- Un estilo “dejar hacer o casual”: donde la madre ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños menores de un año, salvo que el niño esté enfermo o que no coma.
- Un estilo “interactivo o perceptivo”: Incluye comportamientos que permiten una óptima interrelación madre-niño. Se refiere a que el cuidador o cuidadora aplica los principios del cuidado psicosocial.

Por otra parte, Black & Creed Kanashiro (2012) afirman que el estilo controlador se asocia a una baja ingesta, una alimentación restrictiva se relaciona con la ingesta excesiva y una alimentación indulgente aumenta la ingesta y ganancia de peso. De esta forma los estilos de alimentación en relación a la ingesta de los niños presentan discrepancias, sin embargo una intervención implementada a través de establecimientos de salud de MINSA en una comunidad de bajos ingresos de la zona periurbana de Trujillo, Perú que por un lado promovía una práctica nutricional específica, como por ejemplo, dar purés espesos o incluir un alimento especial: hígado, huevo, pescado, vinculado con un beneficio en los niños como satisfacerlos y alimentarlos sumado a una estrategia de alimentación responsiva como “Enseñe a su hijo a comer con amor, paciencia y buen humor” fue eficaz para la prevención de la desnutrición crónica.

La OMS (2010) en su publicación: “la alimentación del lactante y el niño pequeño” también se refiere a los estilos de alimentación. En el principio número 3 recomienda la práctica de la alimentación perceptiva aplicando los principios de cuidado psicosocial. También afirma que el estilo “Casual” es el que predomina en algunas poblaciones, a través del cual se permite que los niños pequeños se alimenten por sí mismos y rara vez son estimulados o alentados. En esta circunstancia asegura además que un estilo más activo de alimentación puede mejorar la ingesta de los alimentos.

A continuación se listan los principios de cuidado psicosocial (OMS, 2010):

- Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.
- Alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer pero sin forzarlos.
- Si los niños rechazan varios alimentos experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer.



- Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente
- Recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor, hablar con los niños y mantener el contacto visual.

Los estudios concluyen que la promoción de una alimentación responsiva o interactiva permitirá una alimentación saludable y así evitar la ocurrencia de desnutrición, sobrepeso y obesidad.

### II.2.3 Etapa de adquisición de pautas familiares

A partir del año de vida, los niños pueden compartir la mesa familiar y comer los mismos alimentos que consume el resto de la familia. Compartir los alimentos con otros es una actividad humana con muchos e importantes significados. Uno de ellos es integrarse a la familia, dar y recibir afecto, sentirse valioso para los demás y comunicarse. En la mesa como en otros lugares y momentos- los chicos aprenden con el ejemplo. No solo están aprendiendo a comer, sino, el hábito de la alimentación, el placer de disfrutar con la familia, nuevas conductas que desarrolla con el grupo como el compartir, el esperar, usar los cubiertos y vasos (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006).

### II.2.4 Carácter social de las prácticas de alimentación

Las prácticas llevadas a cabo por la madre o la persona encargada del niño no es una entidad aislada, sino que, surge de un colectivo social y cultura específica que las condiciona y en muchos casos las determina. Así lo refiere Marschoff (2005), para este autor qué se come y por qué, cómo se obtiene, con quién y dónde son preguntas que se formulan en el ámbito del estudio de la alimentación pero refieren en realidad a cuestiones como la socialización, el género, la edad, el status socioeconómico, cuestiones rituales, entre otras. De esta forma, el modo como las madres brindan alimentos está influenciada por distintos factores propios de la sociedad y la cultura donde se encuentre inserta.

Jiménez (2012) señala factores que influyen sobre las prácticas de alimentación como:

-Los culturales: que responde al estilo de vida propio de un grupo de personas casi siempre de la misma nacionalidad. Estas habilidades se van transmitiendo de generación en generación por instituciones como la familia, la escuela entre otros. Uno de los factores culturales que más orienta lo constituye la tradición, la cual está básicamente determinada

por las experiencias que han sido beneficiosas para el grupo y que son inculcadas a los niños desde pequeños. De Girolami (2005) lo describe de la siguiente forma:

La elección de los alimentos para el lactante y el niño depende de los padres, y está determinada no solo por la disponibilidad estacional o económica sino también por las costumbres, los hábitos, es decir, las pautas culturales que se transmiten de generación en generación. Mientras que en nuestro país suele elegirse como comida de inicio el puré amarillo hecho a partir de hortalizas, en el Caribe optan por las frutas o en EE.UU. por los alimentos preparados y envasados.

-Los factores económicos influyen en la adquisición de alimentos donde es reconocido que el alza en el costo de los mismos impacta en las costumbres de numerosas familias a nivel mundial, donde Argentina no es la excepción. Por lo que la dieta basada en el precio de los alimentos se caracteriza por ser monótona pobre en alimentos de origen animal y a base de cereales y derivados. Por otra parte el factor económico influye sobre la estructura familiar a partir del cambio en el rol social y económico que empieza a ser ocupado por la mujer, que cada vez aporta más a la masa laboral del país. Lo cual ha contribuido a la consolidación de nuevas pautas de cuidado y crianza de los niños - guarderías o madres sustitutas – y un menor tiempo que los progenitores, en especial las madres, transcurren con sus niños. Dificultando de esta forma su participación activa en la alimentación de su hijo (Carmuega, 1998).

-Los factores educativos también juegan un rol importante, el nivel de educación influye sobre el patrón alimentario el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y familias.

A medida que el nivel de escolaridad materna disminuye, es más probable que el niño o niña sufra desnutrición. UNICEF considera que la alfabetización y progresión en niveles educativos por parte de la mujer, específicamente de la madre, es un factor importante para el desarrollo infantil. La prosecución escolar en las niñas, les permitirá, cuando sean madres, ofrecer a su descendencia experiencias lingüísticas que promuevan su desarrollo cognoscitivo, apoyo durante la realización de tareas escolares y actitudes positivas en materia de salud; por otro lado les será posible comprender la importancia del mantenimiento de condiciones para la promoción de la salud propia y de su descendencia (De Tejada Lagonell et al. 2005).

## Capítulo III: Materiales y métodos



### III.1 Tipo de estudio:

El presente trabajo según el análisis y alcance de los resultados es descriptivo – Porque pretende describir como son las prácticas de alimentación de un grupo de madres que asisten al CAPS Bienestar, este tipo de estudio nos permite evaluar las características de las variables a analizar, su comportamiento y de esta forma valorar la magnitud del problema.

Es además, correlacional, debido a que describe las relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. La presente investigación pretenderá relacionar las prácticas de alimentación en cuanto a lactancia materna y alimentación complementaria con el estado nutricional de niños de 6 a 24 meses que asisten al CAPS Bienestar al control de crecimiento y desarrollo.

### III.2 Hipótesis de investigación

H1: “El estado nutricional de la mayoría de los niños de entre 6 y 24 meses que asisten al CAPS Bienestar es Normal”

H2: “Las prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses son adecuadas”

H3: “Las prácticas maternas de alimentación adecuadas se asocian a un estado nutricional normal en niños de 6 a 24 meses que asisten al CAPS Bienestar”

### III.3 Definición de Variables

Variable n° 1: Estado Nutricional

Definición Conceptual: Resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. Es decir, es la condición física de una persona como resultado de este equilibrio (Hodgson, 2010).

Se puede evaluar este equilibrio mediante datos antropométricos, bioquímicos, clínicos, dietéticos y condiciones de vida.

El estado nutricional se puede ver afectado por la ingesta de alimentos, hábitos alimentarios, disponibilidad de alimentos, situación socioeconómica, aspectos culturales, entorno emocional, enfermedades.

**Definición Operacional:** Se determinó el peso y la longitud corporal mediante registro de datos de historia clínica posterior a la medición realizada por la enfermera.

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

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

Los resultados fueron analizados según las tablas de curva de crecimiento del Ministerio de Salud de la Nación (2007) con las nuevas referencias de uso internacional elaboradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para valorar el crecimiento de lactantes y niños pequeños de 0 a 5 años.

Para una aproximación al diagnóstico nutricional, se propone utilizar:

En menores de 1 año: combinación de los índices P/E (peso para la edad). En mayores de un año IMC/EDAD (índice de masa corporal para la edad) y T/E (talla para la edad) según los puntos de corte detallados a continuación. Cuyo resultado será comparado con dichas tablas obteniéndose las siguientes categorías:

**Niños menores de 1 año: Peso/Edad**

< Percentilo 3	Percentilos 3-10	> Percentilo 10
Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normo peso

**Niños mayores de 1 año: IMC/Edad**

< Percentilo 3	Percentilos 3-10	Percentilos 10-85	Percentilos 85-97	> Percentilo 97
Bajo peso	Riesgo de bajo peso	Normo peso	Sobrepeso	Obesidad

**Longitud corporal/Edad**

< Percentilo 3	> Percentilo 3
Baja longitud	Normal

## Variable n° 2: Prácticas maternas de alimentación

Definición conceptual: ejercicios realizados con la aplicación de conocimientos, sobre la alimentación de los primeros meses a base de leche del seno materno y del momento ideal de introducir alimentos que permitan cubrir las necesidades de un niño en crecimiento (OMS, 2013)

Definición operacional: la herramienta utilizada fue una encuesta, basada en 18 preguntas, abiertas y cerradas, fundamentadas a orientar sobre las prácticas alimentarias realizadas durante los dos primeros años de vida del niño, tanto en lactancia materna como en alimentación complementaria oportuna. A las cuales debían responder correctamente como mínimo a 14 preguntas (80%) para considerarse adecuadas las prácticas de alimentación.

### III.4 Diseño de investigación:

No experimental: en esta investigación no se modificaron las variables, es decir, se observaron los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

Transversal: se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento determinado.

En la presente investigación se recolectaron los datos en el momento en que las madres asistieron al CAPS para realizar controles de crecimiento y desarrollo de sus niños.

### III.5 Población y muestra

La población estuvo conformada por madres de niños de ambos sexos de entre 6 y 24 meses que concurrían al CAPS Bienestar del Barrio San Cayetano de San Miguel de Tucumán entre los meses de septiembre y octubre de 2014.

La muestra estuvo conformada por 50 madres de niños de 6 a 24 meses que asistían al CAPS Bienestar durante los horarios de 7 a 12 hs.

La técnica de muestreo fue de tipo no probabilístico debido a que se realizó un procedimiento de elección no aleatorio, en la selección no todos tenían la misma posibilidad de ser elegidos debido a la necesidad de cumplimentar los siguientes criterios de inclusión en la muestra:

Criterios de inclusión:

Madres: sin antecedentes de enfermedad psiquiátrica o psicológica

Madres con hijo mayor de 6 meses y menor de 2 años

Criterios de exclusión:

Madres con niños menores de 6 meses y mayores de 2 años

Madres que rehúsen participar en el estudio

Consideraciones éticas: según las normas CIOMS (consejo de organizaciones internacionales de las Ciencias Medias con la colaboración de Organización Mundial de la Salud) Pauta 5: “Obtención del consentimiento informado: información esencial para potenciales sujetos de investigación”

Con tales fines se solicitó a los entrevistados su consentimiento informado para participar del estudio.

### **III.6 Técnicas y procedimientos para la recolección y análisis de datos**

El inicio de esta investigación partió de la búsqueda de información sobre el tema del cual surgió la elaboración de una encuesta de datos socio demográfico y estado nutricional del niño y un cuestionario de 18 preguntas basadas en las “Pautas de alimentación ideal” elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación. A través de una prueba piloto previa para el uso del cuestionario se presentaron dificultades que fueron necesarias corregir en cuanto a la enunciación de las preguntas.

Los datos fueron recolectados de manera intencional en el Centro de atención primaria de salud “Bienestar” ubicado en el pasaje Díaz Vélez 1600 de la ciudad de San Miguel de Tucumán, con técnica de muestreo no probabilístico.

Posteriormente se concretó una entrevista con Maira Missart, psicóloga del centro de atención primaria de la salud a fin de solicitar autorización para llevar a cabo las encuestas en dicha institución, la misma autorizó su realización en la sala de espera donde aguardan las madres ser atendidas.

Se coordinaron horarios con la enfermera encargada Nancy Alarcón para realizar las visitas diarias en los horarios de 7 a 12 de la mañana, momento de mayor concurrencia de las

madres para el control de crecimiento y desarrollo, vacunación y entrega de leche de los programas vigentes.

Las encuestas se realizaron entre los meses de septiembre y octubre del año 2014.

La recolección de datos no presentó grandes dificultades, aunque cabe mencionar que en ciertas ocasiones se obtuvo un diálogo más fluido y enriquecedor que en otros.

### III.7 Instrumentos

- Para la definición del estado nutricional se tuvieron en cuenta los diagnósticos obtenidos a partir de historia clínica, peso y talla actual de los niños según los registros.
- Encuesta semiestructurada, de manera anónima y voluntaria, conformado por 30 preguntas, de tipo cerradas con alternativa de respuesta y abiertas para profundizar en el tema:
  - Primera parte: datos personales de la madre y socio demográficos y datos del niño (14 preguntas).
  - Segunda parte: prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria (18 preguntas).

### III.8 Plan de análisis de datos

Para el análisis de datos se llevó a cabo análisis descriptivo de las diferentes variables incluidas en el estudio. Se realizaron tablas y gráficos a partir de los datos obtenidos de las encuestas a través de la herramienta de software Microsoft Excel.

Para la comprobación de hipótesis se utilizó la estadística inferencial a través de pruebas no paramétricas Ji cuadrada ( $\chi^2$ ) para 1 y 2 variables.

## Capítulo IV: Resultados



#### IV.1 Características del contexto de la investigación

El Centro de Atención Primaria de Salud “Bienestar” se encuentra ubicado en San Cayetano, en Pje. Díaz Vélez 1600. Sus límites son: por el Norte calle Berutti, por el Sur calle Américo Vespucio hasta barrio Terán y hasta paredón del Mercofrut, por el Este calle República del Líbano hasta calle Ricardo Rojas y por ésta hasta pje. 10/35 hasta paredón del Mercofrut.

Tiene un área de responsabilidad de 7106 habitantes distribuidos en 10 barrios de la zona, éstos son: Bienestar, San José Obrero, Lomenzo, Puerto Argentino, Amp. José Obrero, El Triunfo, Toledo, Argentina Potencia, El Amigo y 3 de Octubre. Se encuentra, además, conectado al servicio de emergencia.

La modalidad de atención en el CAPS es en el horario de 7 a 19 hs. en dos turnos. El equipo de salud en dicha institución se encuentra conformado por: 3 médicos, 2 psicólogos, 1 fonoaudióloga, 3 enfermeras, 4 administrativos, 4 agentes sanitarios y 2 personas encargadas de la limpieza.



Ilustración 1: Centro de Atención Primaria de la Salud "Bienestar"



Ilustración 2: sala de espera del CAPS "Bienestar"

#### IV.1.1 Población beneficiaria

Los datos que se consignan a continuación fueron extraídos de los relevamientos llevado a cabo por los agentes sanitarios del CAPS Bienestar:

La población está conformada por 7106 habitantes de los cuales 3380 son varones y 3726 mujeres. Distribuidos por edades encontramos 92 menores de 1 año, 402 niños de 2 a 5 años, 785 niños de 6 a 11 años, 2.089 de 12 a 24, 3.134 de 25 a 64 años y 604 habitantes mayores de 65 años.

Toda la población se encuentra documentada.

El total de familias que conforman la población es de 1727, de las cuales 154 son consideradas familias críticas por la presencia de factores de riesgo entre los cuales podemos mencionar, por su mayor prevalencia, a: Jefe o jefa de familia desocupados (34%), enfermedades crónicas en la familia (18%), madre o persona a cargo analfabeta o con primaria incompleta (16%) y hacinamiento (15%).

#### Datos socio-demográficos y culturales

Entre los datos recolectados en esta población encontramos en uniones estables a 1120 personas, 1570 casados y 382 madres/padres solos/as.

En cuanto al nivel educativo: 3841 personas instruidas, 647 con primaria incompleta y 51 analfabetas.

El nivel ocupacional de la población se distribuye entre 931 ocupados, 958 sub-ocupados, 64 desocupados y 807 jubilados y pensionados. Además 2326 personas cuentan con obra social o plan médico.

### **Servicios públicos**

La mayoría de las familias (1618) cuenta con agua corriente intra-domiciliaria, mientras que 109 familias cuenta con agua corriente intra-domiciliaria caño único.

La totalidad de las familias cuenta con recolección domiciliaria de basura.

El 85% de las familias cuenta con baño instalado y cloacas, el 15% restante con baño instalado y cam se.

### **Características de las viviendas**

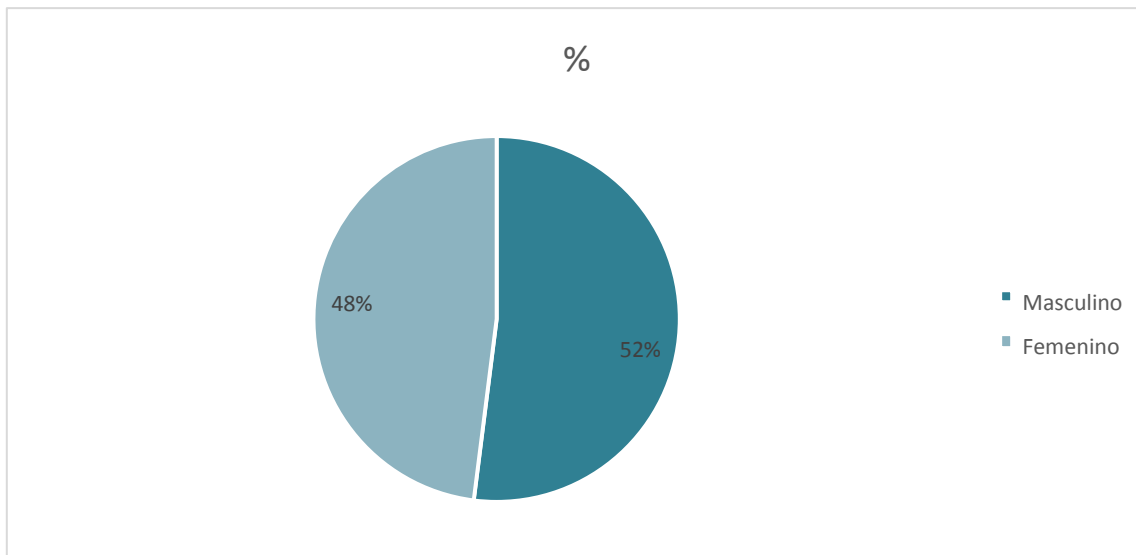
En cuanto a las características de las viviendas: 237 familias poseen un dormitorio, 768 con dos, y 722 con tres o más dormitorios. 1705 familias poseen paredes de material mientras que 22 de madera. Los pisos son adecuados en 1726 viviendas e inadecuados en 1. De igual forma se encuentran los techos de las viviendas. Alrededor de 1720 familias cuenta con cuarto de cocina, artefacto de cocina y heladera. La totalidad de las familias cuenta con luz eléctrica.

En cuanto a la propiedad de las viviendas, 671 son propietarias, 16 son inquilinas y 992 familias se encuentran en terreno fiscal.

## **IV.2 Características de la muestra-resultados de las encuestas**

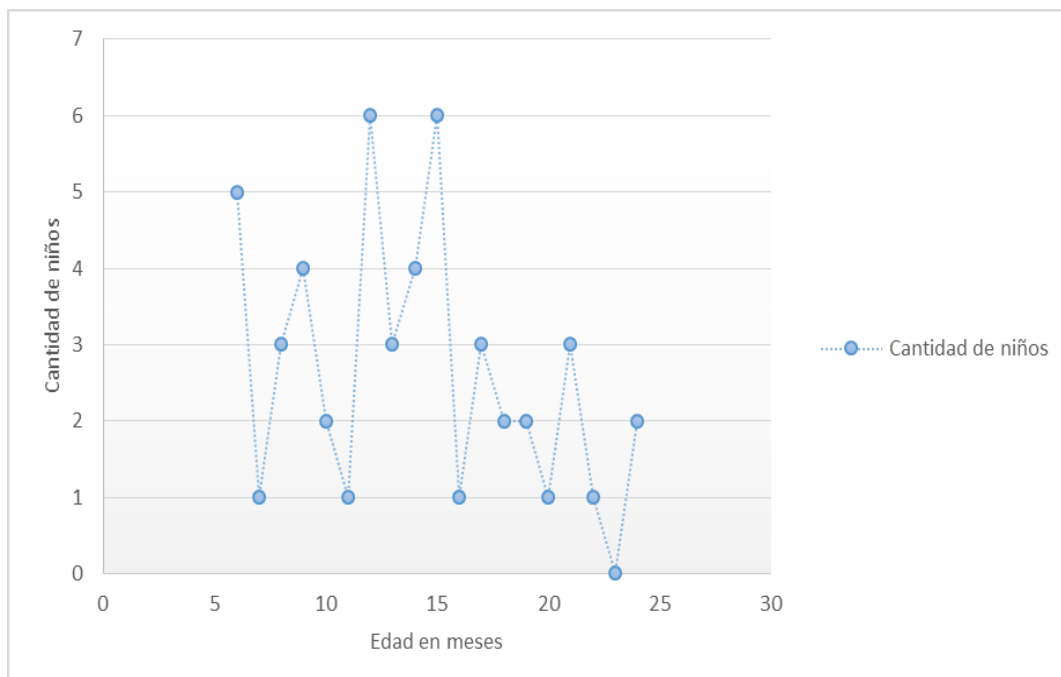
### **Datos de los niños**

La distribución por sexo de los niños que participaron en este estudio se muestra en la figura n°1. Como puede observarse la diferencia es mínima en cuanto a la cantidad de varones y mujeres que participaron de esta muestra.

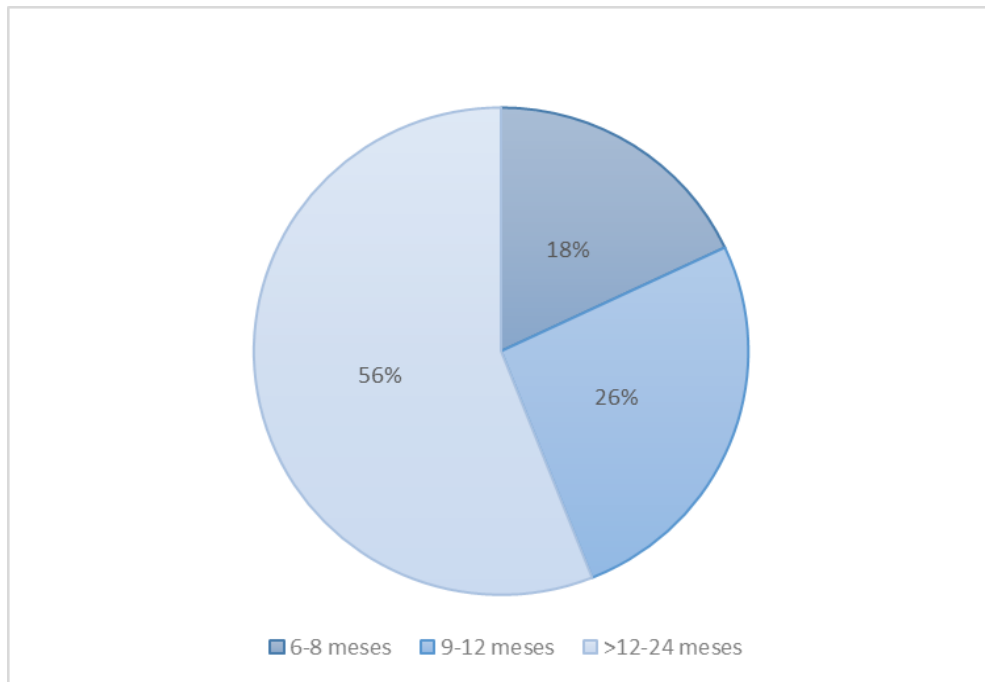


**Figura 1: Distribución de la muestra según sexo**

La edad de los niños se encontraba comprendida entre los 6 a 24 meses, como puede observarse en la figura n°2. En la figura n° 3, se encuentran subdivididos en intervalos para una mayor comprensión de la distribución etaria, de esta forma podemos inferir que la mayoría de los niños que conformaban esta muestra presentaban una edad entre 12 y 24 meses.

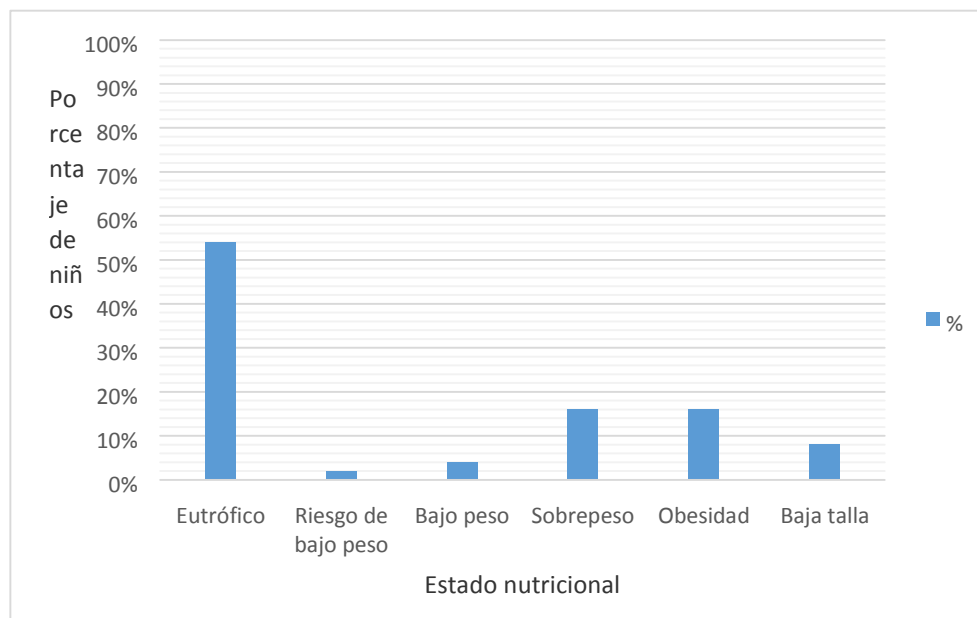


**Figura 2: Distribución de la muestra por edad**



**Figura 3: Distribución de la muestra por intervalos de edad**

Al tomar datos de peso y talla de los niños a partir de las historias clínicas podemos observar que, poco más de la mitad de los niños, se encontraban dentro de los parámetros de normalidad. Un 16% presentaba obesidad y sobrepeso, 8% baja talla, los menores porcentajes fueron los de bajo peso y riesgo de bajo peso (4 y 2% respectivamente). Como puede observarse en la figura n°4:



**Figura 4: Distribución de la muestra según estado nutricional**

En cuanto al **peso de nacimiento** de los niños evaluados se obtuvo un alto porcentaje de peso normal al nacer (2,5-4,0 kg). El 6% de la muestra presentó alto peso al nacer (más de 4,0 kg) y el 4% bajo peso (menos de 2,5kg) como se muestra en la figura n°5:

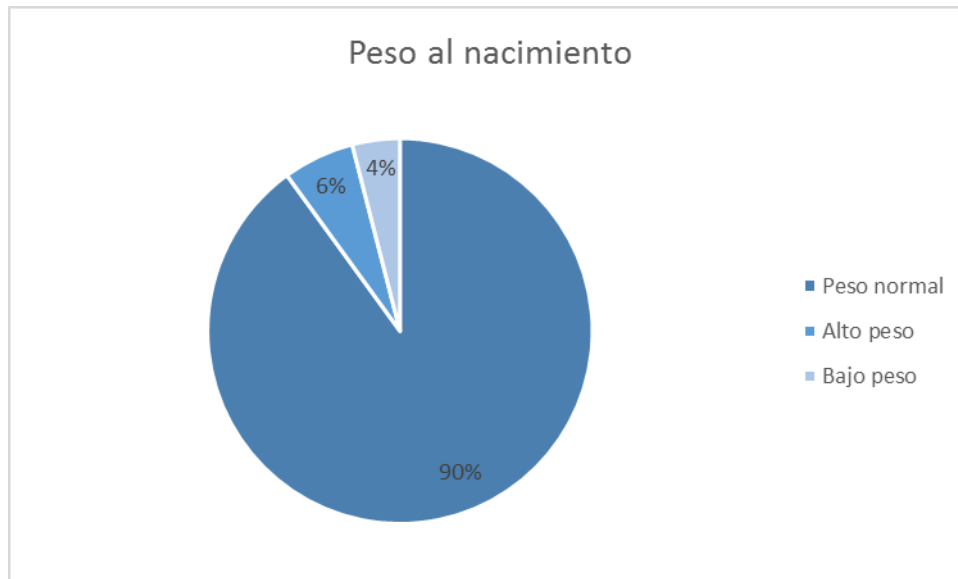


Figura 5: Distribución de la muestra según peso al nacer

Con respecto a la **edad gestacional** en la muestra predominó un alto porcentaje (92%) de niños nacidos a término (entre 37 y 40 semanas de gestación), Pre término (menos de 37 semanas) 6% y Pos término (más de 40 semanas) 2%, así lo muestra la Figura N° 6:



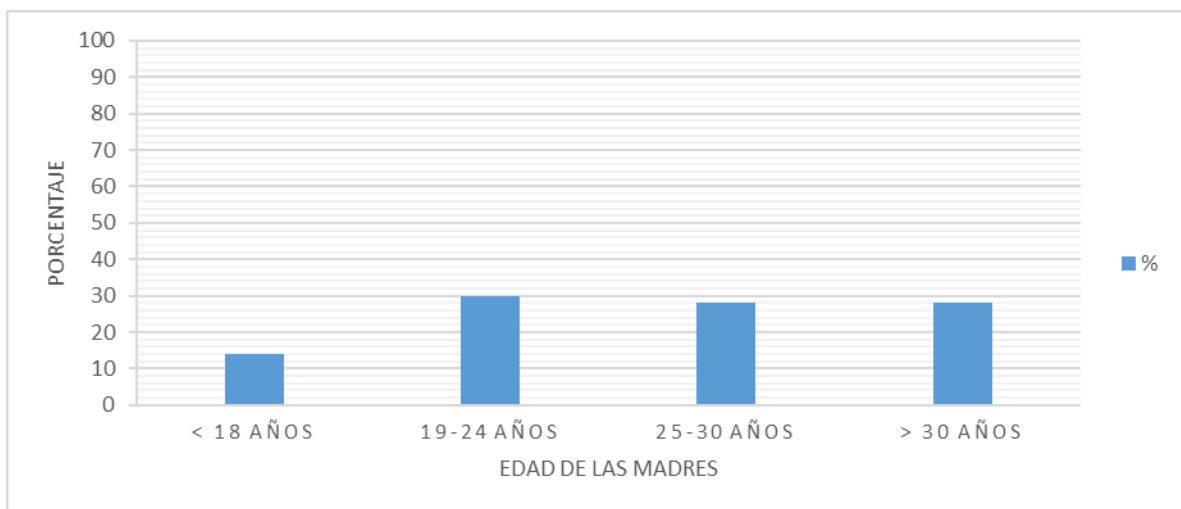
Figura 6: Distribución de la muestra según edad gestacional

### Evaluación a las madres:

Al estudiar los datos de las madres se obtuvieron los resultados que se consignan a continuación:

Las edades de las madres que participaron de la muestra se encontraban comprendidas dentro de un intervalo que iba desde los 17 a los 43 años. El valor de la media correspondía a los 26 años.

El mayor porcentaje de la muestra (30%) estuvo representado por madres con edades entre los 19 a 24 y el menor porcentaje por madres menores de 18 años, como se puede observar en la Figura N°7:



**Figura 7: Distribución de la muestra según edad materna**

Seguidamente se indagó acerca del **Estado Civil** de las madres encuestadas. Los resultados se presentan en la figura N°8, donde se puede observar que la mayoría de las madres se encontraba en concubinato, seguidas por muy poca diferencia por madres solteras, mientras que el menor porcentaje fue el de madres casadas.

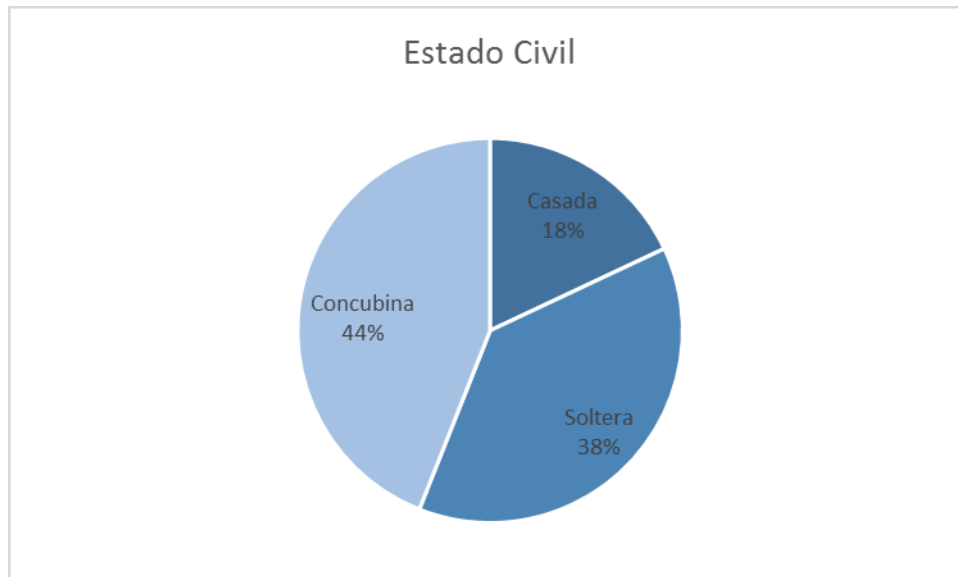


Figura 8: Distribución de la muestra según estado civil

En cuanto a la **cantidad de hijos** que tenía cada una de las madres encuestadas, se puede observar que la paridad de acuerdo a los datos tomados, fue baja. Donde la mayoría de las madres tenía 1 o 2 hijos, Tal como se observa en la figura N°9:

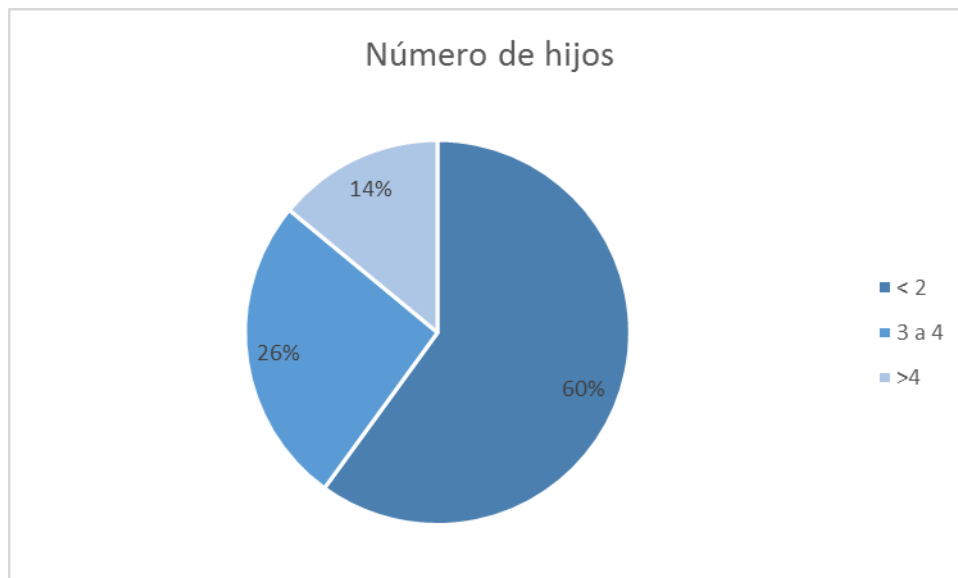
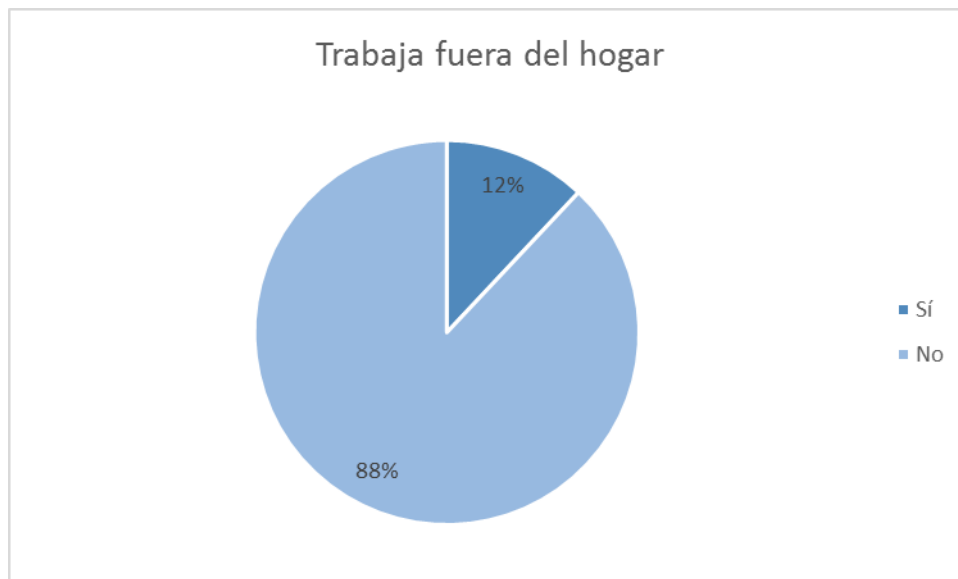


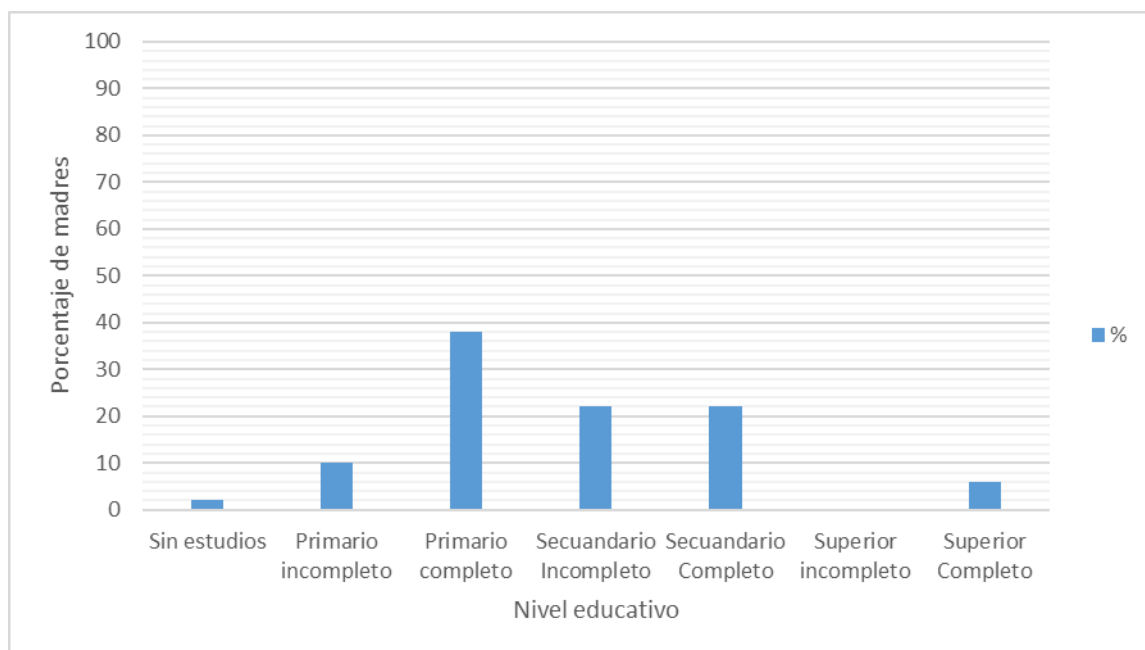
Figura 9: Distribución según cantidad de hijos

En cuanto a la **ocupación**, la mayoría de las madres encuestadas estaban desocupadas al momento de la entrevista (88%), mientras que un 12% refirieron trabajar durante la semana entre 4 y 7 hs. diarias como puede observarse en la figura N° 10:



**Figura 10: Distribución de la muestra según posesión de empleo fuera del hogar**

Teniendo en cuenta el **máximo nivel educativo alcanzado**, la mayoría de las madres encuestadas, 38%, alcanzó el nivel primario completo, seguido por madres que alcanzaron el nivel secundario completo e incompleto en idéntica magnitud. Solo el 2% de la muestra no posee escolarización alguna, así lo detalla la figura N°11:



**Figura 11: Distribución según nivel educativo**

El **tipo de vivienda** habitada por este grupo de madres al momento de la encuesta determinó que el 58% poseía vivienda propia, seguido por un 40% de madres que habitaban en viviendas prestadas y un 2% en viviendas alquiladas, tal como muestra la figura N°12:

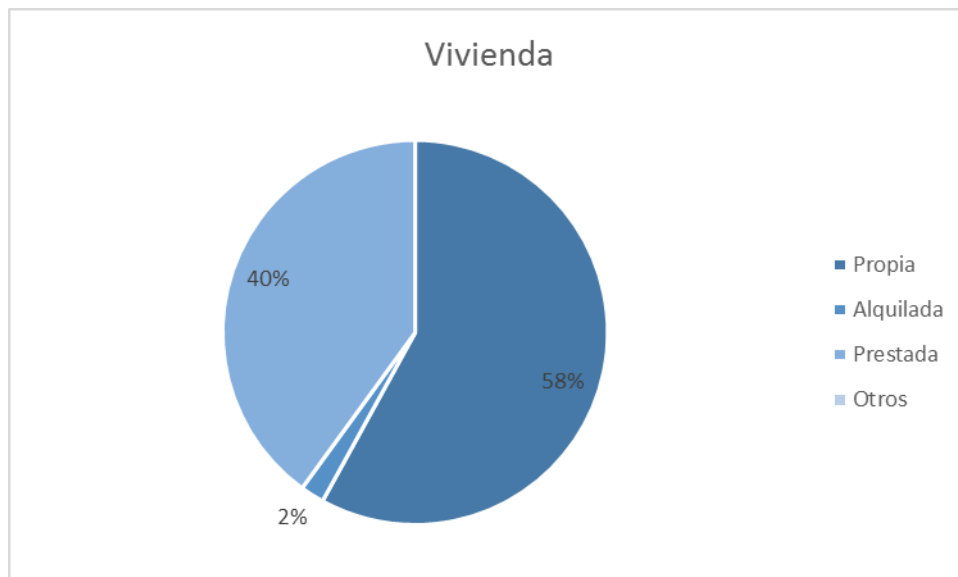


Figura 12: Distribución según tipo de vivienda

En cuanto al **Nº de controles** realizados durante el embarazo los resultados demuestran que la mayoría de las madres, un 92% de éstas, realizó más de 5 controles durante su embarazo, solo un 8% realizó menos de 4 controles como puede observarse en la Figura N°13:

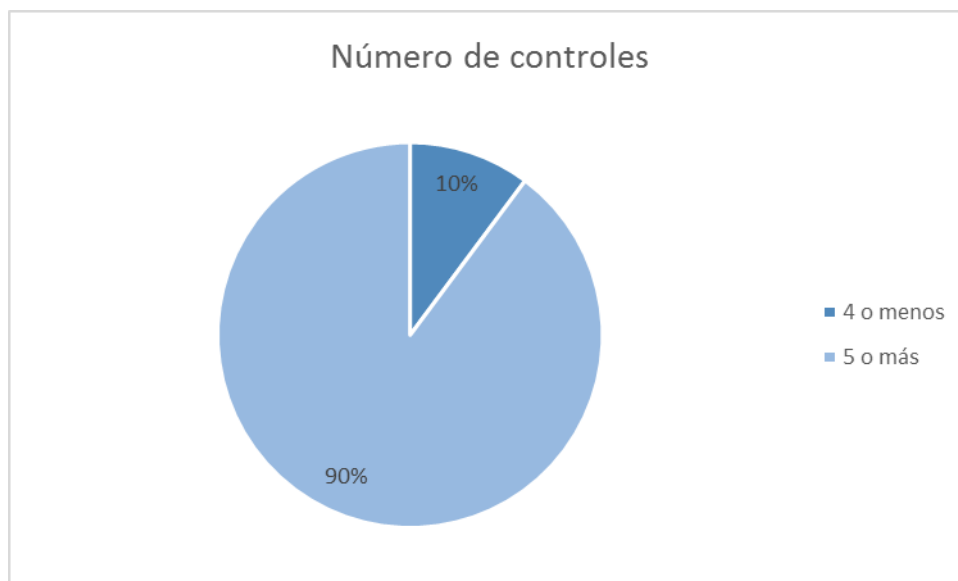


Figura 13: Distribución según número de controles prenatales realizados

### Evaluación de las prácticas maternas de alimentación

En cuanto a las **prácticas alimentarias** llevadas a cabo por las madres en lactancia materna y alimentación complementaria se puede observar en la figura N°14 que predominaron las prácticas inadecuadas de alimentación según el puntaje obtenido a través de la comparación de las respuestas de las madres y las recomendaciones de los organismos de salud.

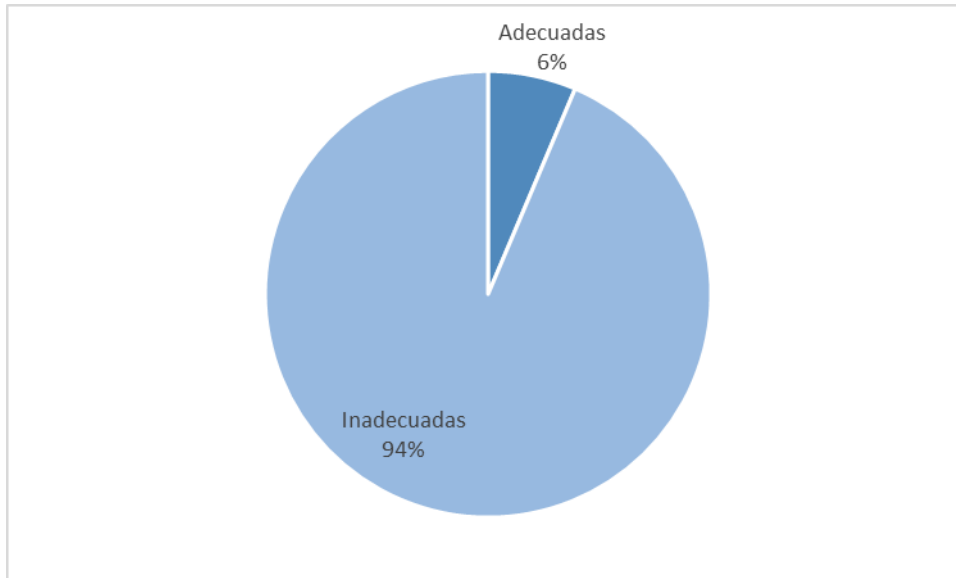


Figura 14: Distribución de la muestra según adecuación de las prácticas de alimentación

Las mismas se detallan a continuación (las preguntas empleadas para la evaluación fueron marcadas para una mejor identificación).

En una primera instancia se indagó acerca de la percepción de las madres respecto al **apetito** de sus hijos, donde, poco menos de la mitad de las madres percibe el apetito de sus hijos como normal, el resto de las madres calificó como de mucho y poco apetito a sus niños (30% y 22% respectivamente), así lo muestra la figura N° 15:

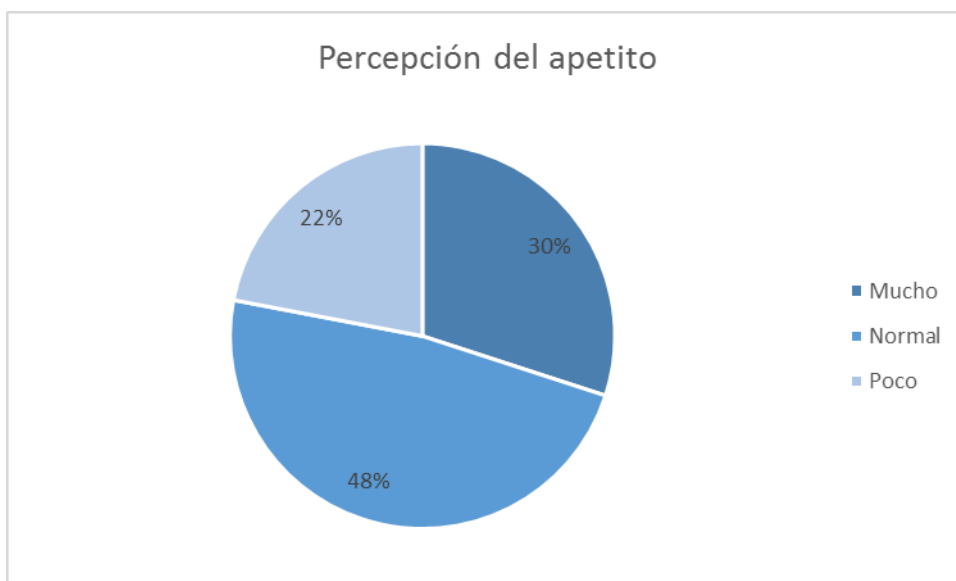
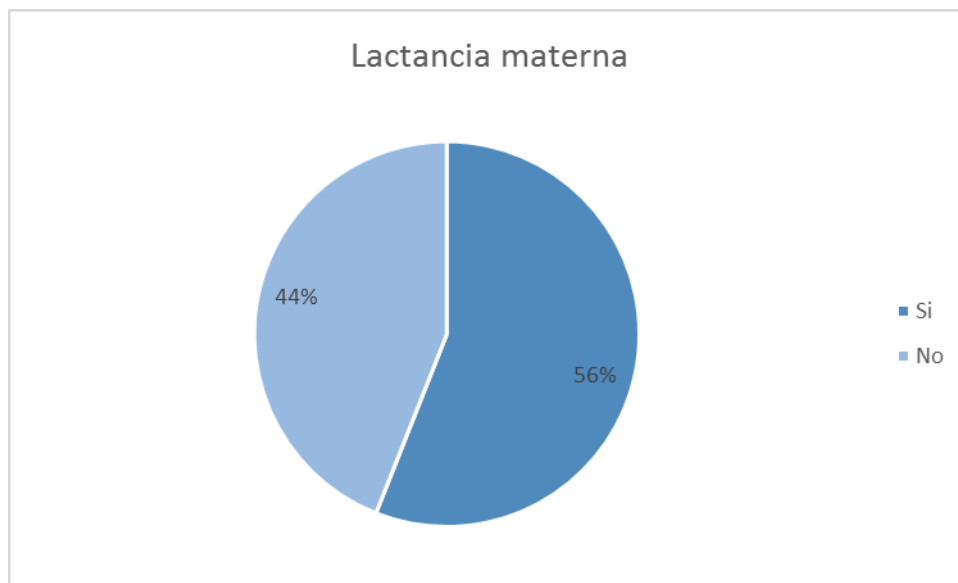


Figura 15: Percepción del apetito del niño

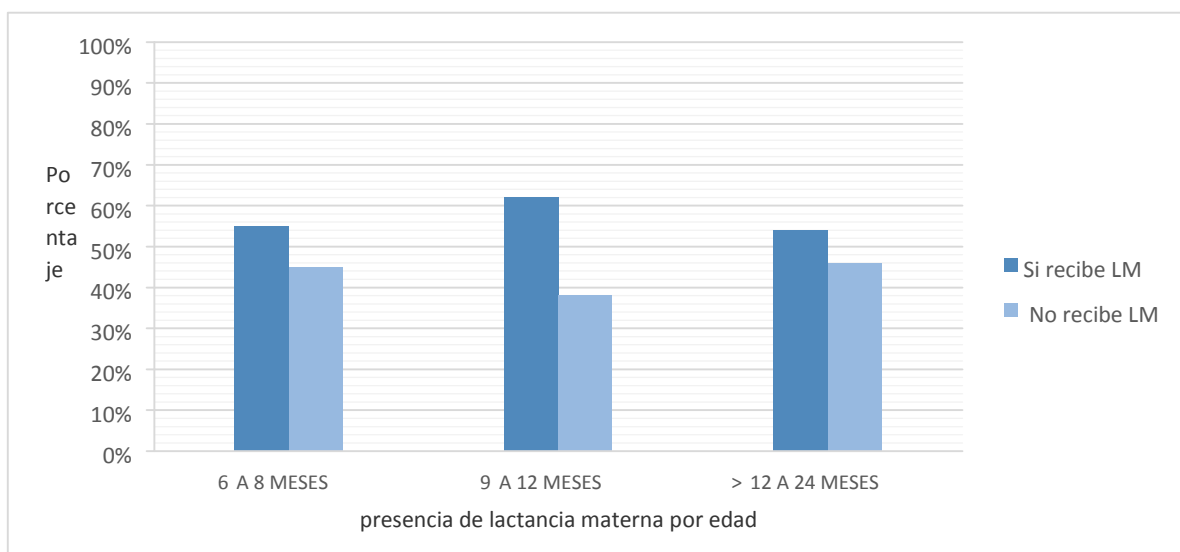
- ✓ A continuación se presentan mediante la figura N° 16 las respuestas obtenidas luego de preguntar a las madres si se encontraban amamantando al momento de realizar la encuesta.

Del total de las madres encuestadas poco más de la mitad (56%) continuaba brindando lactancia materna en el momento de la entrevista. Por lo que el 56% de las madres respondió correctamente la primera pregunta.



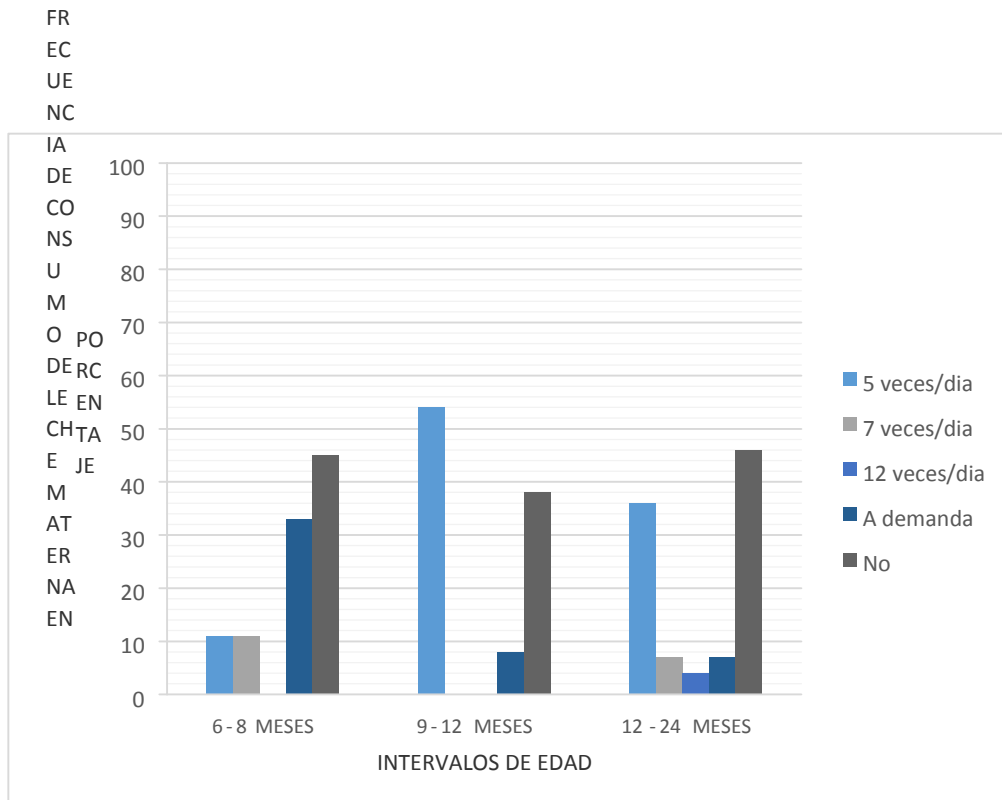
**Figura 16: Distribución de la muestra según presencia de lactancia materna**

Subdividido por edades, la figura N °17 nos muestra la presencia de lactancia materna en cada franja etaria, donde podemos inferir que en cada grupo si bien el porcentaje de niños que estaban siendo amamantados era alto también un importante número no era alimentado con leche materna.



**Figura 17: Presencia de lactancia materna por edad**

✓ Seguidamente se les preguntó a estas madres con qué frecuencia amamantaban a sus hijos durante el día. Las respuestas de las mismas se encuentran esquematizadas por edades en la figura N° 18. Como puede observarse, en cada intervalo de edad podemos encontrar un significativo porcentaje de niños que no están siendo amamantados por lo que el valor de esta respuesta es cero (0) en dichos casos. En tanto la mayoría de los niños de 6 a 8 meses son alimentados de forma adecuada a demanda y entre 5 y 7 veces al día. Los niños de 9 a 12 meses son alimentados 5 veces al día en una amplia mayoría y un pequeño porcentaje a demanda. A partir del año de vida continua la tendencia a alimentar a los niños alrededor de 5 veces al día.



**Figura 18: Frecuencia de consumo diario de leche materna**

A las madres que no estaban amamantando a sus hijos al momento de la entrevista (44%), se indagó, respecto a si lo habían hecho alguna vez. Estos fueron los resultados esquematizados en la Figura N° 19: Una amplia mayoría de las madres alguna vez había amamantado a su bebé.

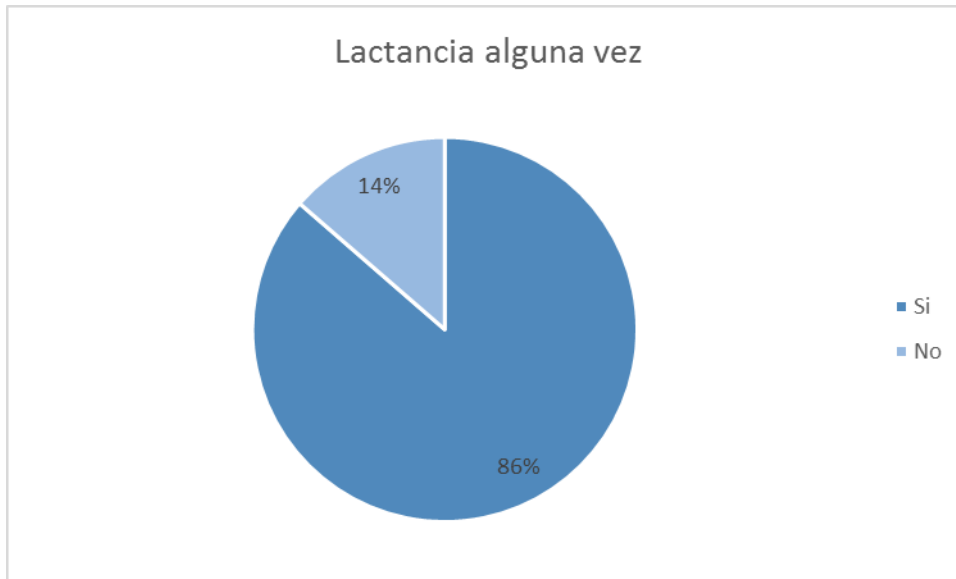


Figura 19: Porcentaje de niños que fueron amamantados alguna vez

Se les preguntó además: **hasta qué edad fueron amamantados** estos bebés.

Así podemos ver en la figura N° 20 que un gran porcentaje de madres dieron a su hijo lactancia materna durante un periodo inferior a los 4 meses, le sigue en porcentaje un grupo de madres que amamantó a sus hijos durante 7 meses o más y hasta el año de vida, el menor porcentaje se encuentra representado por madres que amamantaron a sus bebés hasta los 2 años de edad.

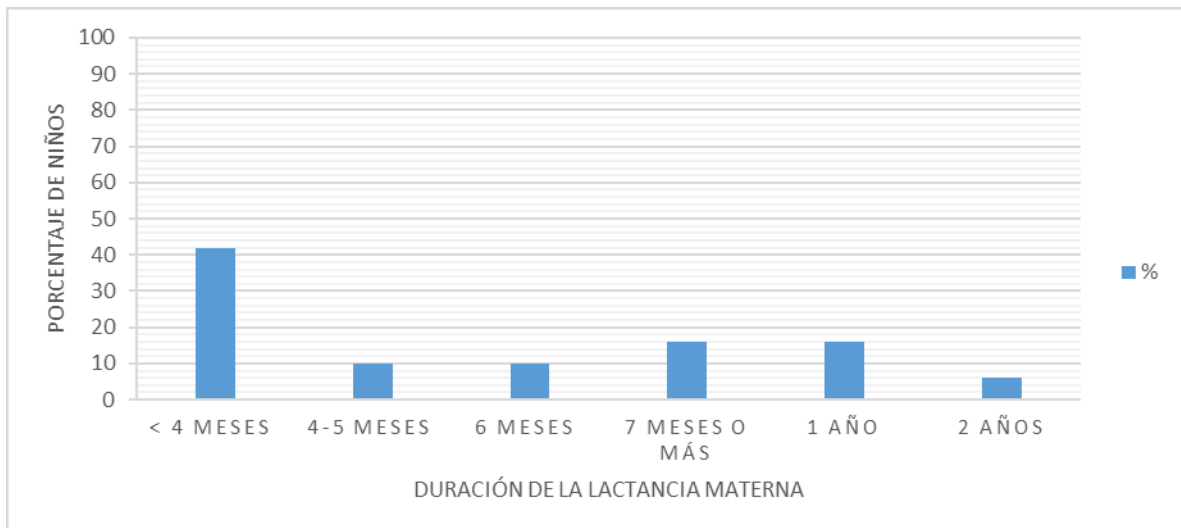
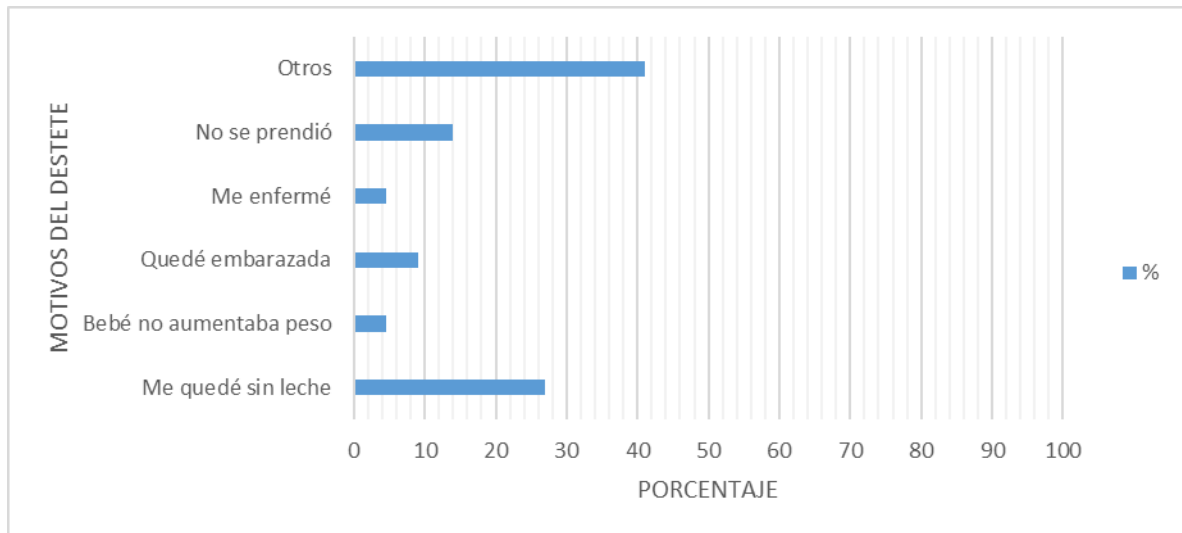


Figura 20: Duración de la lactancia materna

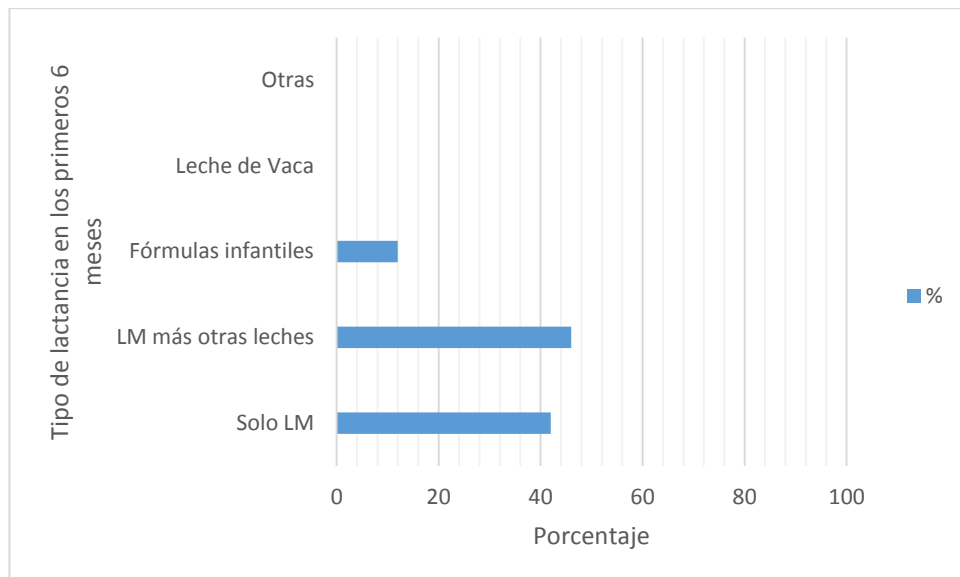
Al indagar sobre los **motivos por los cuales algunas madres no amamantaron o abandonaron la lactancia materna** se obtuvieron diferentes respuestas que se exponen en la Figura N° 21. Al observar el gráfico podemos inferir que las principales causas por las

que las madres abandonaron la lactancia son las que ellas mismas detallaron, y que se encuentran dentro de la categoría “Otros” como: “no junté leche”, “el bebé dejó solo”, “el bebé no se llenaba”, “me lo recomendó el pediatra porque no quería comer” y por “lastimaduras del pezón”. Además, con un porcentaje importante también se encuentra la causa “me quedé sin leche”.



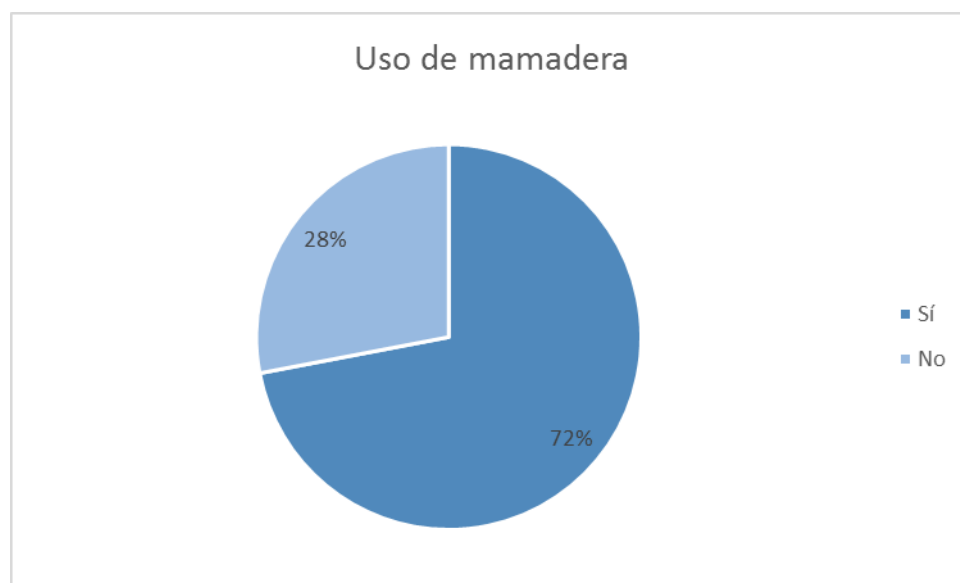
**Figura 21: Motivos del destete**

- ✓ Se preguntó además acerca del tipo de lactancia recibida durante los primeros 6 meses de vida. Los resultados demuestran que el mayor porcentaje de la muestra (48%) se alimentó durante los primeros 6 meses con leche materna y el agregado de leche de vaca o fórmula infantil. Le sigue en porcentaje los niños que fueron alimentados exclusivamente con leche materna. Los menores porcentajes son los de los niños alimentados exclusivamente con leche de vaca y fórmula infantil. Así se puede observar en la figura N° 22:



**Figura 22: Alimentación durante los primeros 6 meses de vida del niño**

- ✓ Seguidamente se indagó acerca del **uso de mamadera**: En esta muestra de niños, la mayoría de las madres empleaba mamadera para la alimentación de sus hijos. así se puede observar en la Figura N° 23:



**Figura 23: Uso de mamadera para la alimentación del niño**

Luego se preguntó a las madres acerca del **tiempo transcurrido para el inicio de la lactancia después del parto**.

En esta muestra el 72% de las madres inició la lactancia dentro de la primera hora posterior al parto y un 28% refirió que pasó una hora o incluso días para poder amamantar a su bebé, lo observamos en la figura N° 24:

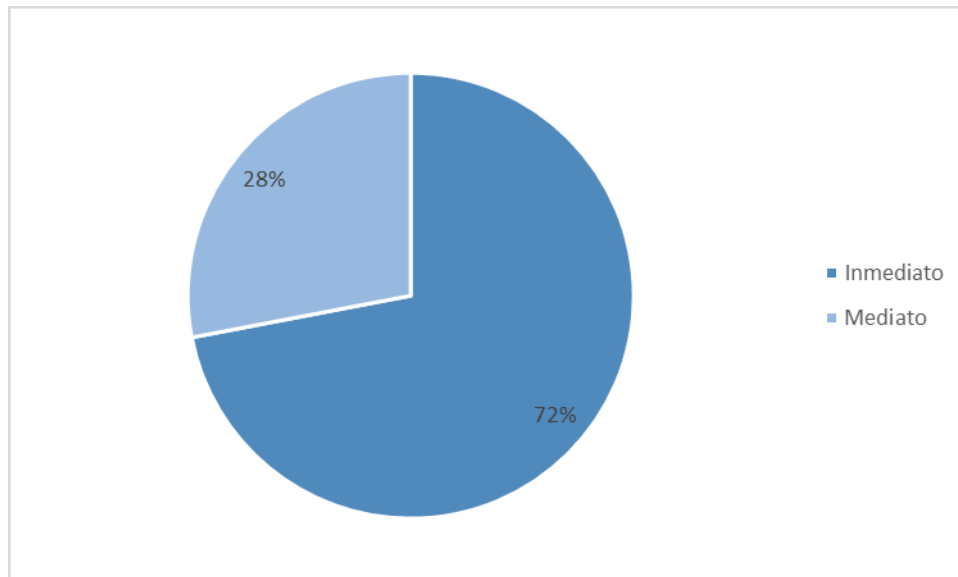


Figura 24: Inicio de la lactancia materna

- ✓ Se indagó además a las madres acerca de la **práctica de amamantamiento durante la noche**, a las que las respuestas no presentaron diferencias significativas en cuanto a frecuencia, en donde un nivel ligeramente superior no llevaba a cabo dicha práctica, así se observa en la Figura N° 25:

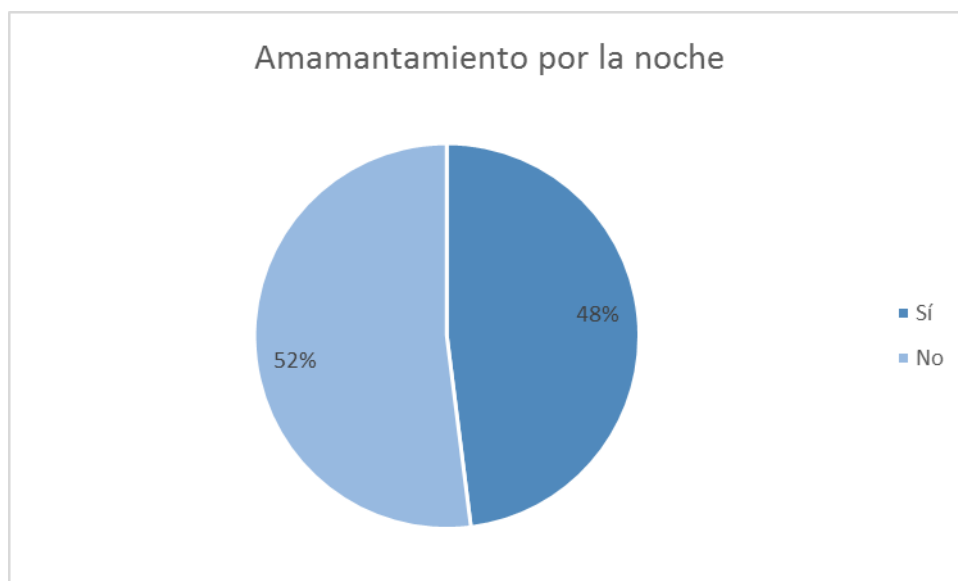


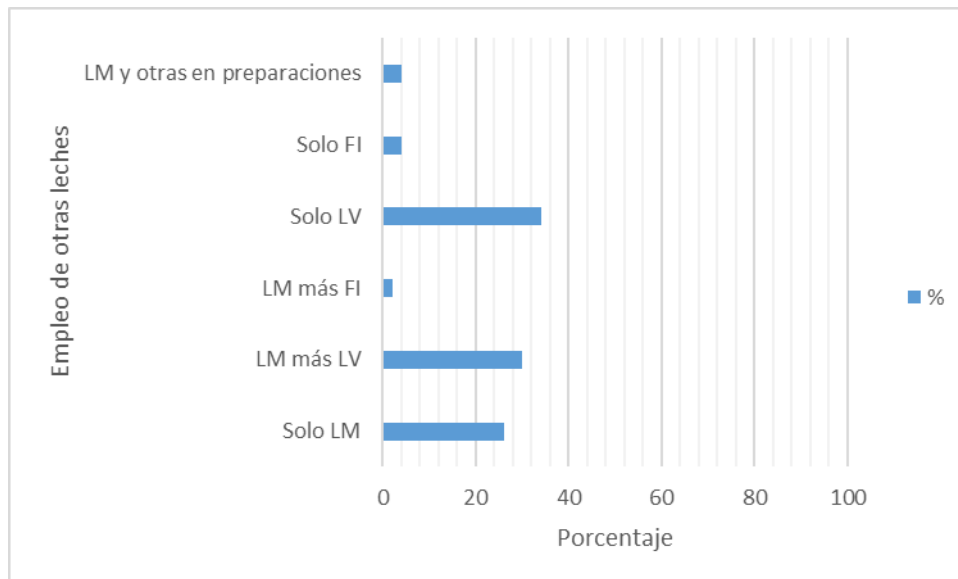
Figura 25: Presencia de amamantamiento durante la noche

- ✓ Luego de indagar acerca de la práctica de amamantamiento durante la noche, se preguntó a las madres **si alimentaban a sus hijos con alguna leche diferente a la materna**. Los resultados se consignan en la figura N° 26.

Subdividida de esta forma, los resultados muestran que la mayoría de las madres que conformaban esta muestra alimentaban a sus hijos, al momento del estudio, solo con leche

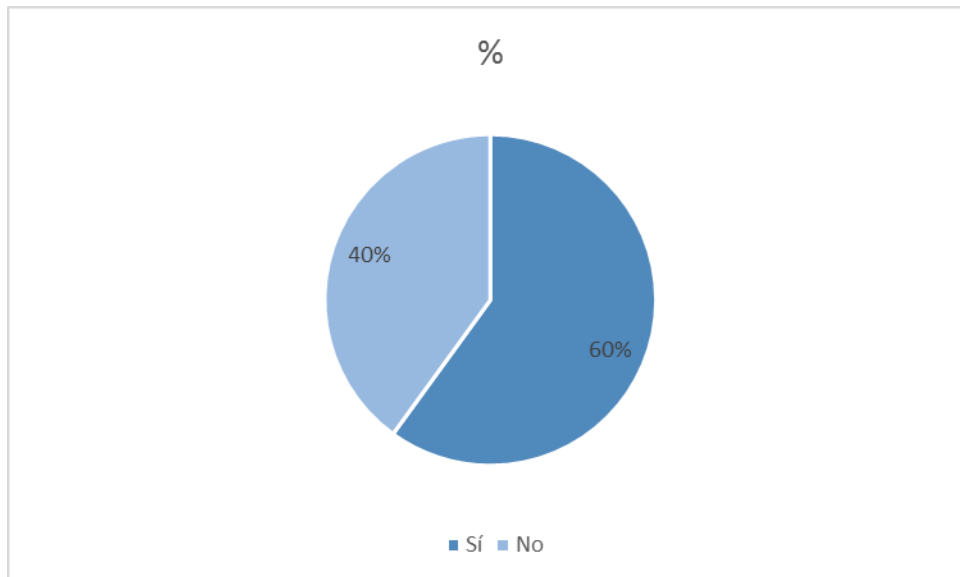
de vaca. La misma es provista por el centro de atención primaria para la salud como uno de los programas vigentes en la provincia.

Un porcentaje un poco menor alimentaba a sus hijos con leche materna y leche de vaca y un 26% solo brinda leche materna a sus hijos. Los mínimos porcentajes se encuentran representados por madres que alimentaban a sus hijos con formula infantil o acompañando la lactancia materna con formula infantil y madres que alimentaban a sus niños con leche materna y enriquecían alimentos con otras leches.



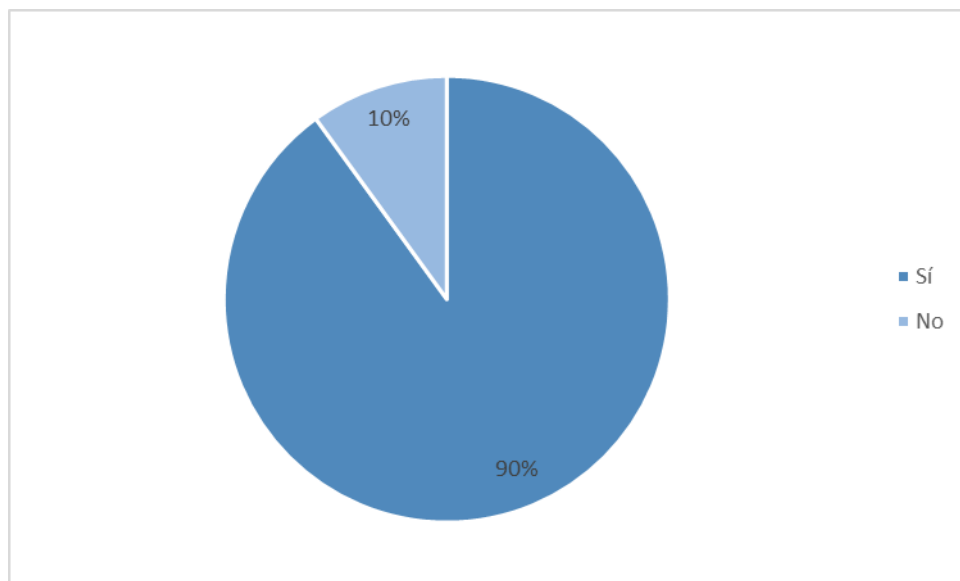
**Figura 26: Empleo de otras leches en la alimentación del niño**

Más adelante se preguntó a las madres si proporcionaban infusiones y otras bebidas distintas a la leche al momento del estudio. Dichas respuestas se encuentran representadas en la figura N° 27. Como se puede observar, la mayoría de las madres proporcionaba infusiones a sus hijos al momento de la entrevista entre las que nombraron: “mate cocido” y “te” y bebidas azucaradas como “jugos artificiales” y “gaseosas”.



**Figura 27: Empleo de infusiones y bebidas distintas a la leche materna**

De lo anterior surge una nueva pregunta, si estas madres cuentan con servicio de agua potable, a lo que la mayoría afirmó contar con dicho servicio, así lo muestra la Figura N° 28:

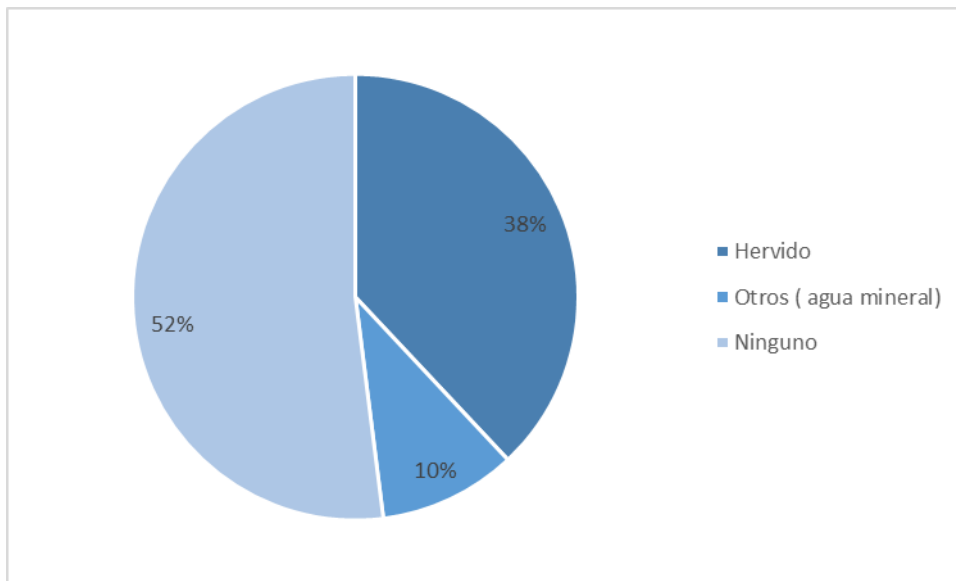


**Figura 28: Suministro de agua potable a la población en estudio**

- ✓ Además de contar con el servicio de agua potable se indagó a cerca de las prácticas que llevaban a cabo estas madres para brindar la máxima inocuidad al agua que empleaban para la alimentación de sus hijos y se obtuvieron los resultados detallados en la figura N° 29.

Un poco más de la mitad de las madres no realizaba tratamiento alguno al agua que utilizaba para la alimentación del bebé, lo cual se consideró como una práctica inadecuada,

aunque un porcentaje importante aseguró hacer hervir el agua antes de usarla y un 10% empleaba agua mineral.

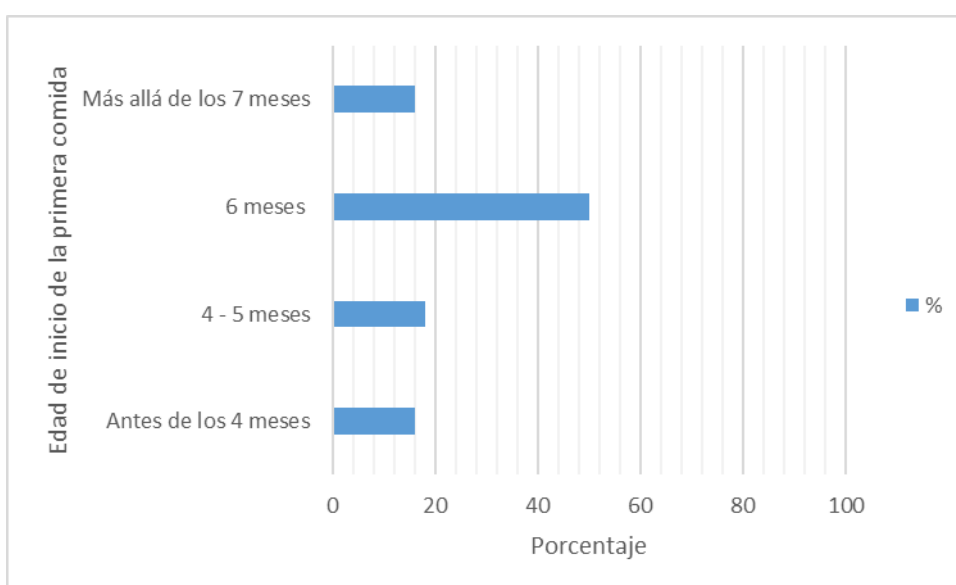


**Figura 29: Tratamiento del agua empleada para la alimentación del niño**

La mayoría de los niños (98%) recibía alimentos al momento del estudio por lo que se continuó con la encuesta de la siguiente manera:

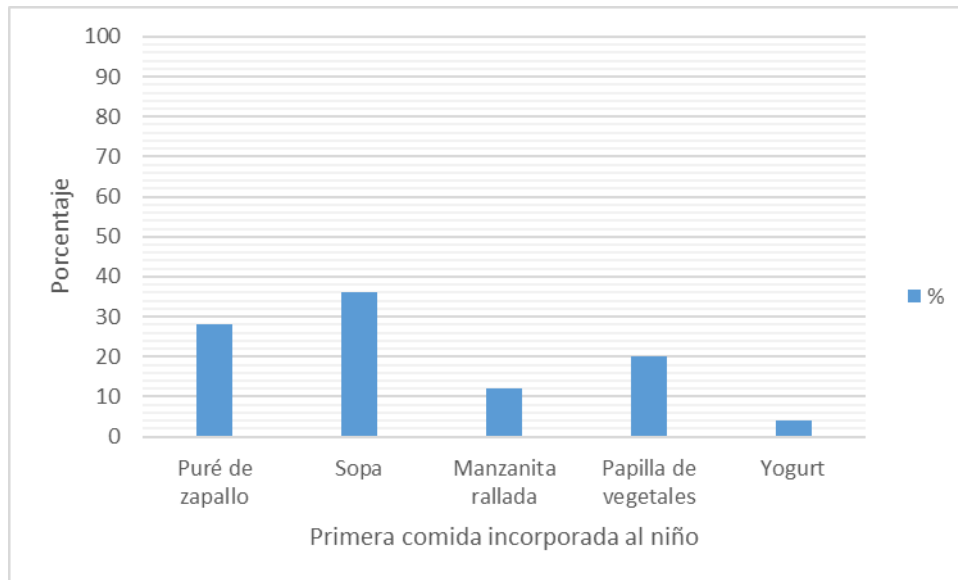
- ✓ Se indagó a las madres respecto a la edad a la que incorporó la primera comida a su hijo y se obtuvieron las respuestas representadas en la figura N° 30:

De manera idónea, la mitad de las madres que conformaron la muestra brindó la primera comida de su hijo a los 6 meses de edad.



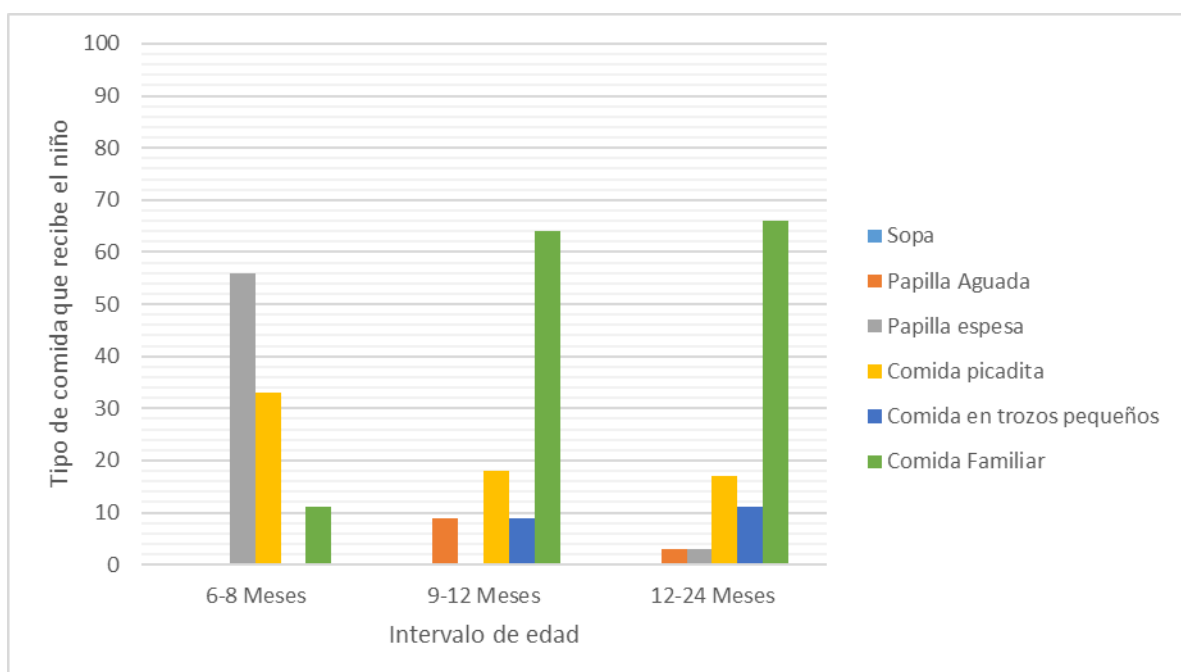
**Figura 30: Edad de inicio de la alimentación complementaria**

Al indagar acerca de la primera comida que se incorporó, las madres dieron las respuestas esquematizadas en la figura N° 31. La sopa fue el alimento que con mayor frecuencia mencionaron las madres, seguidos por puré de zapallo y papilla de vegetales, también refirieron incorporar manzana rallada y yogurt como primer alimento en la dieta infantil.



**Figura 31: Primera comida incorporada al niño**

Se indagó además acerca de los alimentos que recibe el niño al momento del estudio. Las respuestas de las madres se distribuyeron según la edad de los niños. Como se puede observar en la figura 32: los niños de entre 6 y 8 meses recibían papillas espesas, mientras que los de 9 a 12 meses ya compartían la comida familiar así también como los niños mayores de un año.

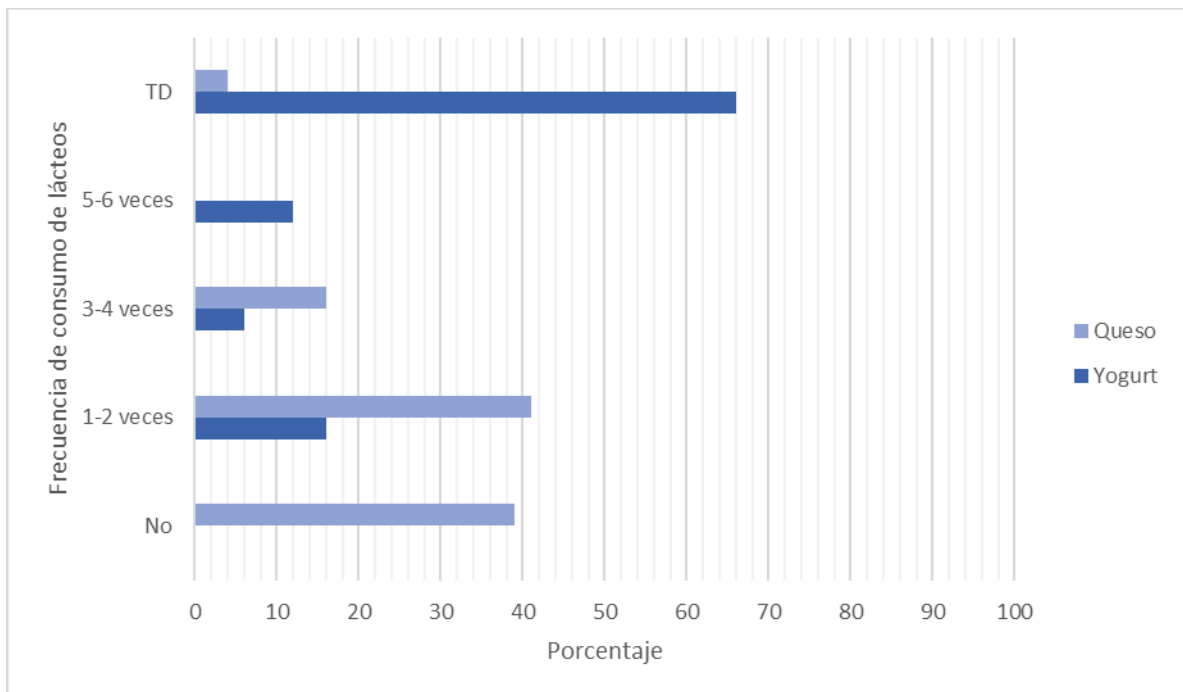


**Figura 32: Tipo de comida que recibe actualmente el niño**

Posteriormente se realizó un cuestionario de frecuencia de consumo con la finalidad de conocer los alimentos que componen la dieta de los niños y la frecuencia con las que son consumidos.

Los resultados se exponen mediante las siguientes figuras donde se detalla la información en general y luego subdividida por edades.

En cuanto al consumo de lácteos, se obtuvieron los siguientes resultados consignados en la Figura N° 33:



**Figura 32: Frecuencia de consumo de lácteos**

Como puede observarse el consumo de yogurt en este grupo de niños fue alto (66%) al igual que la frecuencia con la que se lo consume, donde la mayoría lo incorporaba diariamente.

El consumo de queso fue menor, con una frecuencia de 1-2 veces en la mayoría de los casos (41%).

Tabla n° 1: Frecuencia de consumo de yogurt según edad

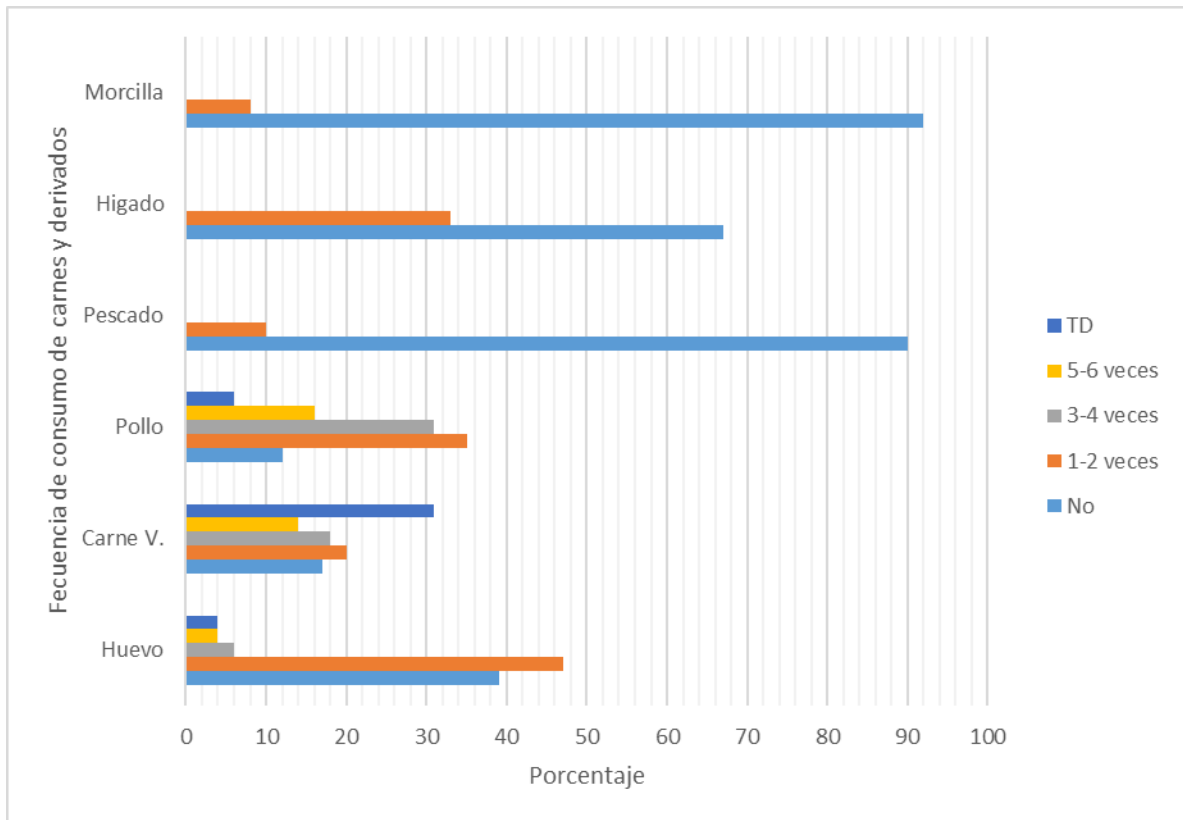
	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>			
<b>1-2 veces</b>			19%
<b>3-4 veces</b>			7%
<b>5-6 veces</b>		33.4%	12%
<b>Todos los días</b>	100%	66.6 %	62%

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

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>	100%		
<b>1-2 veces</b>		100%	63%
<b>3-4 veces</b>			30%
<b>5-6 veces</b>			
<b>Todos los días</b>			7%

Como puede observarse todos los niños de 6 meses consumían yogurt con una frecuencia diaria mientras que no consumían queso a esta edad. Los niños de 7-8 meses también incorporaron yogurt, en su mayoría, diariamente al igual que los de 9 meses y más. El consumo de queso en los niños de 7-8 meses y en mayores de 9 meses era, en su mayoría, de entre 1 a 2 veces por semana.

Respecto al consumo de huevo, carnes y derivados se obtuvieron los siguientes resultados, detallados en la figura N° 34:



**Figura 33: Frecuencia de consumo de carnes y derivados**

La mayoría de los niños consumía huevo 1 a 2 veces por semana. La carne vacuna era consumida diariamente por la mayoría de los niños. La carne de pollo 1 a 2 veces por semana y una amplia mayoría no consumía pescado (90%), Hígado (67%), ni morcilla (92%).

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

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>	100%		
<b>1-2 veces</b>		100%	63%
<b>3-4 veces</b>			30%
<b>5-6 veces</b>			
<b>Todos los días</b>			7%

Tabla N° 4: Frecuencia de consumo de Carne Vacuna según edad:

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>	75%	33.3%	12%
<b>1-2 veces</b>	25%	33.3%	19%

3-4 veces			19%
5-6 veces			17%
<b>Todos los días</b>		33.3%	33%

Tabla N° 5: Consumo de carne de ave según edad

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>	25%		12%
<b>1-2 veces</b>		33.3%	38%
<b>3-4 veces</b>	50%	33.3%	29%
<b>5-6 veces</b>	25%	33.3%	14%
<b>Todos los días</b>			7%

Tabla N° 6: Consumo de Pescado según edad:

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>	100%	100%	88%
<b>1-2 veces</b>			12%
<b>3-4 veces</b>			
<b>5-6 veces</b>			
<b>Todos los días</b>			

Tabla N° 7: Consumo de hígado según edad:

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>	100%	66.6%	
<b>1-2 veces</b>		33.4%	64.2%
<b>3-4 veces</b>			35.8%
<b>5-6 veces</b>			
<b>Todos los días</b>			

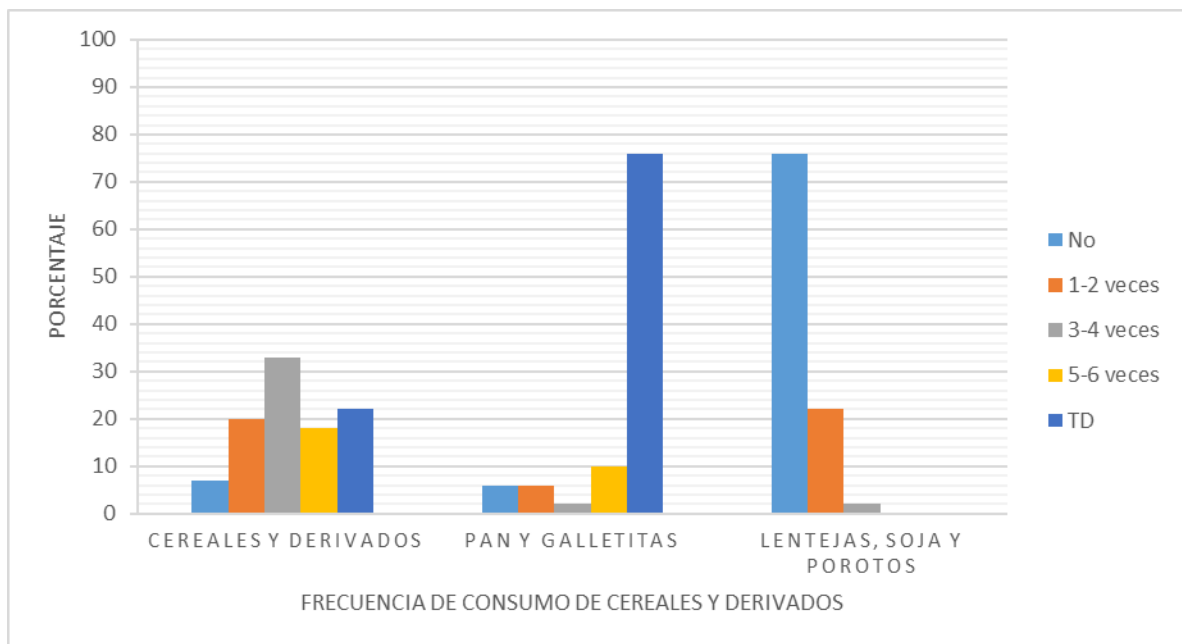
Tabla N° 8: Consumo de morcilla según edad:

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>	100%	100%	90.4%
<b>1-2 veces</b>			9.6%
<b>3-4 veces</b>			
<b>5-6 veces</b>			
<b>Todos los días</b>			

Teniendo en cuenta las edades de los niños, el consumo de este grupo de alimentos se encontró caracterizado por un incremento progresivo conforme aumentaba la edad de los niños. De esta forma, los niños de 6 meses no consumían huevo, hígado, morcilla ni pescado. La carne vacuna era consumida por un pequeño porcentaje siendo mayor el número de niños que no la consumían. La carne de pollo era la elegida por las madres a esta edad con una frecuencia, en la mayoría de los casos, de 3 a 4 veces por semana.

En el caso de los niños de 7 a 8 meses encontramos mayor aceptabilidad en la incorporación de huevo con una frecuencia de 1 a 2 veces por semana, al igual que de carne vacuna. El pescado no formaba parte de la dieta de los niños entre estas edades así como tampoco la morcilla. El hígado fue incorporado por un pequeño porcentaje de niños (33%). En los niños de 9 meses y más se mantenía la frecuencia de consumo de huevo. Aumentó la frecuencia de consumo de carne vacuna (todos los días) y disminuyó la de pollo (1-2 veces por semana). La mayoría de los niños (88%) no consumía pescado a esta edad, aunque ya podía ser incorporado, y aumentó el consumo de hígado y morcilla con una frecuencia de 1 a 2 veces por semana.

El consumo de cereales y legumbres se detallan en la figura N° 35:



**Figura 34: Frecuencia de consumo de cereales y derivados y legumbres**

La mayoría de los niños consumía cereales 3-4 veces por semana, una amplia mayoría consumía pan y galletitas diariamente. En igual frecuencia la mayoría de los niños no consumía legumbres.

Tabla N° 9: Consumo de cereales y derivados según edad:

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>	50%		3%
<b>1-2 veces</b>	50%	33.4%	17%
<b>3-4 veces</b>		66.6%	33%
<b>5-6 veces</b>			21%
<b>Todos los días</b>			26%

Tabla N° 10: Consumo de pan y galletitas según edad:

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>	50%		2%
<b>1-2 veces</b>		33.4%	5%
<b>3-4 veces</b>			2%
<b>5-6 veces</b>	50%		7%

<b>Todos los días</b>		66.6%	84%
-----------------------	--	-------	-----

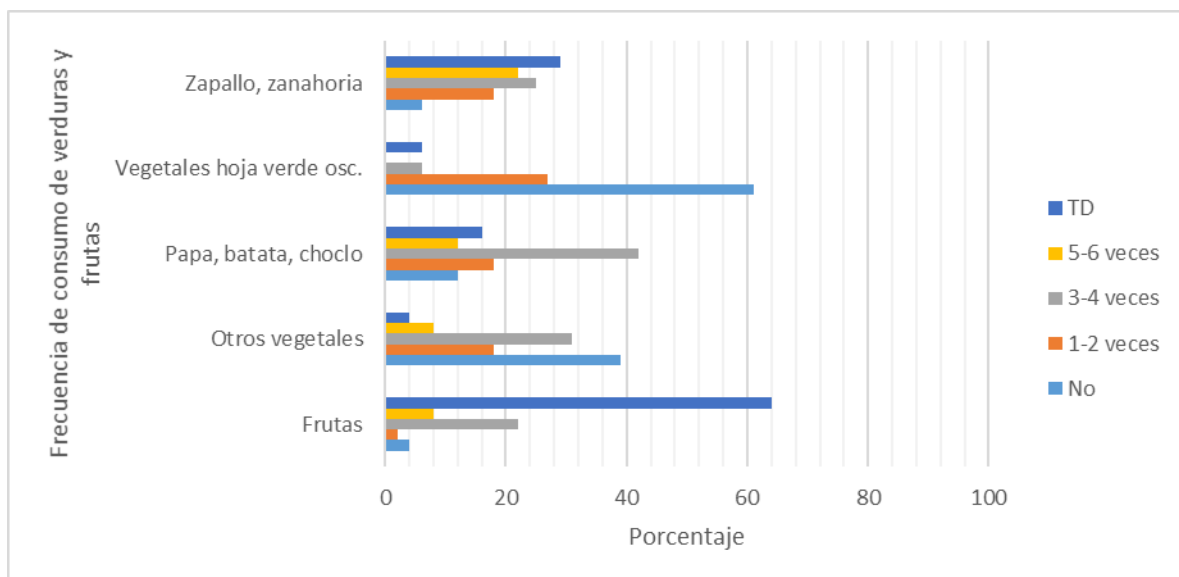
Tabla N° 11: Consumo de legumbres según edad

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>	100%	66.6%	74%
<b>1-2 veces</b>		33.4%	24%
<b>3-4 veces</b>			2%
<b>5-6 veces</b>			
<b>Todos los días</b>			

Al hacer un análisis detallado podemos observar que los niños de 6 meses tenían un consumo bajo de cereales y legumbres. Si bien, la mitad de los niños no consumían pan, quienes si lo hacían lo llevaban a cabo con una frecuencia de 5 a 6 veces a la semana. A partir de los 7 meses aumentó sustancialmente el consumo de este grupo de alimentos con una frecuencia diaria de consumo de pan y galletitas y de 3 a 4 veces por semana de cereales. Las legumbres no formaban parte de la dieta de la mayoría de los niños, mientras que un pequeño porcentaje las incorporaba 1 a 2 veces por semana.

A los 9 meses y más no se encontraron diferencias en cuanto a la frecuencia con que se incorporaban cereales y derivados respecto al grupo anterior, mientras que las legumbres no formaban parte de la dieta de la mayoría de estos niños (74%).

En cuanto al consumo de vegetales y frutas, la figura N° 36 presenta los resultados obtenidos:



**Figura 36: Frecuencia de consumo de verduras y frutas**

Como puede observarse para este grupo de alimentos era marcado el consumo de frutas con una frecuencia diaria en la mayoría de los casos. Los vegetales consumidos con mayor frecuencia eran los C (papa, batata, choclo), otros vegetales (como zapallito y tomate), zapallo y zanahoria. Mientras que los vegetales de hoja verde oscuro no eran consumidos por un importante porcentaje de esta muestra.

Tabla N°12: Frecuencia de consumo de calabaza, zapallo, zanahoria según edad:

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>			7%
<b>1-2 veces</b>			21%
<b>3-4 veces</b>	25%	33.4%	24%
<b>5-6 veces</b>	25%	66.6%	19%
<b>Todos los días</b>	50%		29%

Tabla N° 13: Frecuencia de consumo de vegetales de hoja verde oscuro:

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>	100%	66.6%	57%
<b>1-2 veces</b>		33.4%	29%
<b>3-4 veces</b>			7%
<b>5-6 veces</b>			
<b>Todos los días</b>			7%

Tabla N° 14: Frecuencia de consumo de papa, batata y choclo según edad:

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>	50%		10%
<b>1-2 veces</b>		33.3%	19%
<b>3-4 veces</b>		33.3%	45%
<b>5-6 veces</b>	25%	33.3%	9%
<b>Todos los días</b>	25%		17%

Tabla N° 15: Frecuencia de consumo de otros vegetales según edad:

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>	100%	66.6%	30%
<b>1-2 veces</b>		33.4%	20%
<b>3-4 veces</b>			35%
<b>5-6 veces</b>			10%
<b>Todos los días</b>			5%

Tabla N° 16: Frecuencia de consumo de frutas según edad:

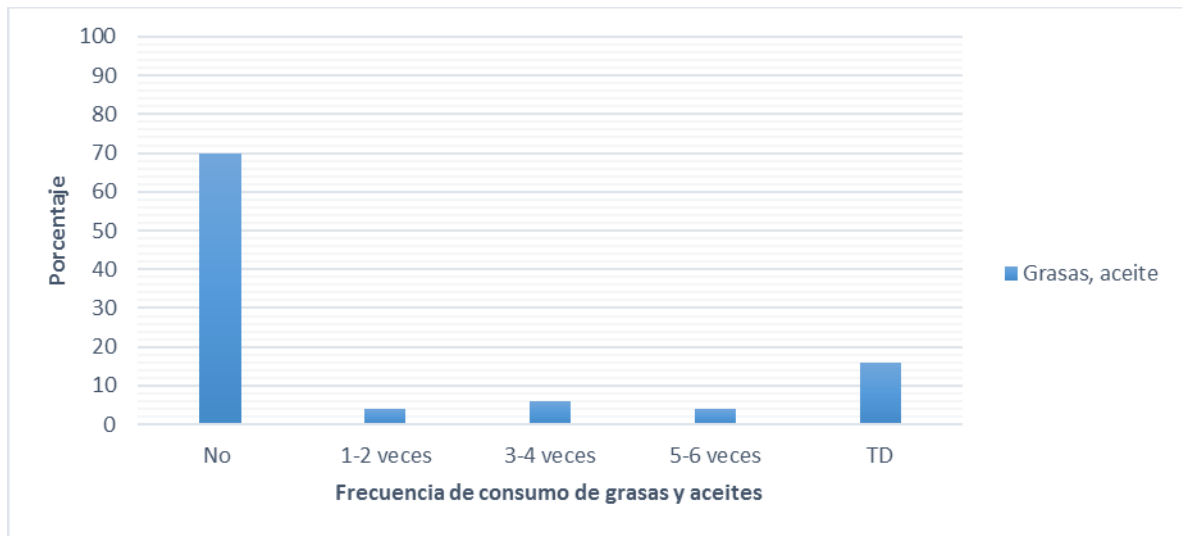
	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>			5%
<b>1-2 veces</b>			2%
<b>3-4 veces</b>			26%
<b>5-6 veces</b>			10%
<b>Todos los días</b>	100%	100%	57%

Como podemos observar en las tablas, a los 6 meses eran ampliamente aceptados los vegetales B y C, los de hoja verde oscuro no formaban parte de la dieta de estos niños así como otros vegetales. Por el contrario, las frutas eran consumidas por la totalidad de niños con una frecuencia diaria.

A partir de los 7 meses el consumo de vegetales B se realizaba con una frecuencia importante de 5 a 7 veces por semana, los vegetales de hoja verde oscuro no eran consumidos por la mayoría de los niños de esta edad y los niños que si los consumían lo hacían con una frecuencia de 1 a 2 veces por semana. Las frutas, al igual que el caso anterior, eran consumidas por la totalidad de niños diariamente.

A los 9 meses y más se observó un aumento en el consumo de vegetales de hoja verde oscuro con una frecuencia de 1 a 2 veces por semana. Los vegetales B eran consumidos con una frecuencia diaria, mientras que los C, 3 a 4 veces por semana. Las frutas eran incorporadas por más de la mitad de los niños con una frecuencia diaria.

Respecto al consumo de grasas y aceites la frecuencia de consumo se detalla en la Figura 37:



**Figura 37: Frecuencia de consumo de grasas y aceites**

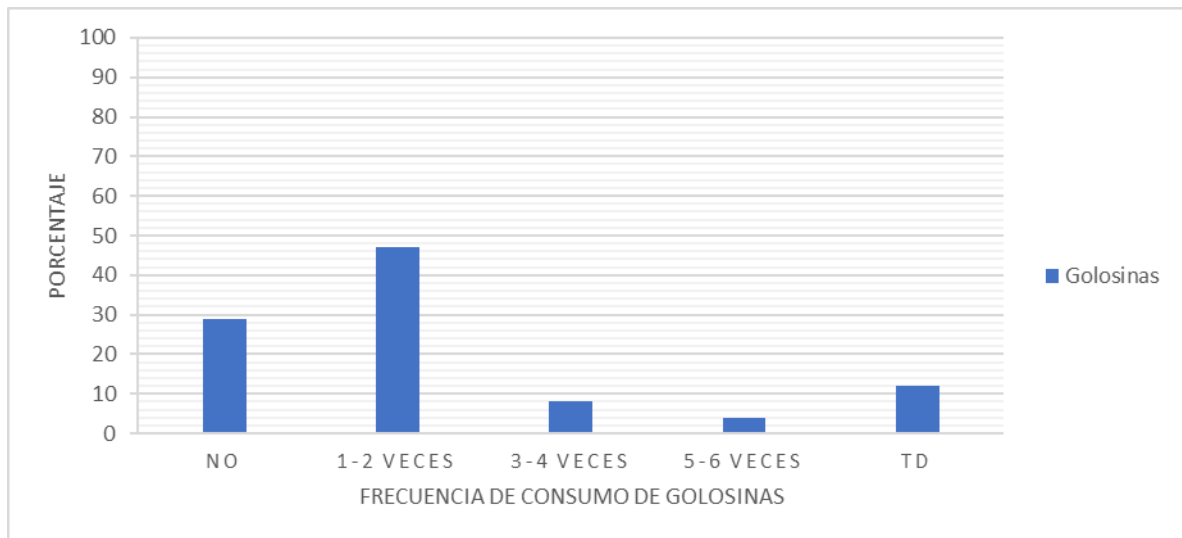
La mayoría de las madres refirió no incorporar grasas y aceites a la alimentación del niño, del otro extremo, quienes aseguraron incorporarlas lo hacían con una frecuencia diaria.

Tabla N° 17: Frecuencia de consumo de grasas y aceite según edad:

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>	100%	33.4%	69%
<b>1-2 veces</b>		33.3%	2%
<b>3-4 veces</b>			7%
<b>5-6 veces</b>		33.3%	5%
<b>Todos los días</b>			17%

Específicamente por edades podemos observar que en los niños de 6 meses no existía incorporación de grasas a la dieta. A partir de los 7 meses se observa su incorporación, con una frecuencia de 1 a 5 veces a la semana. Dicha frecuencia disminuyó sustancialmente y se distribuyó a partir de los 9 meses. Con una mayoría que finalmente afirmaba no consumir dicho grupo de alimentos.

Por último se indagó respecto a la frecuencia de consumo de golosinas obteniéndose los resultados detallados en la Figura N° 37. Casi la mitad de los niños que conformaban esta muestra consumían golosinas con una frecuencia de 1 a 2 veces por semana en la mayoría de los casos, aunque también encontramos niños que las consumen diariamente.



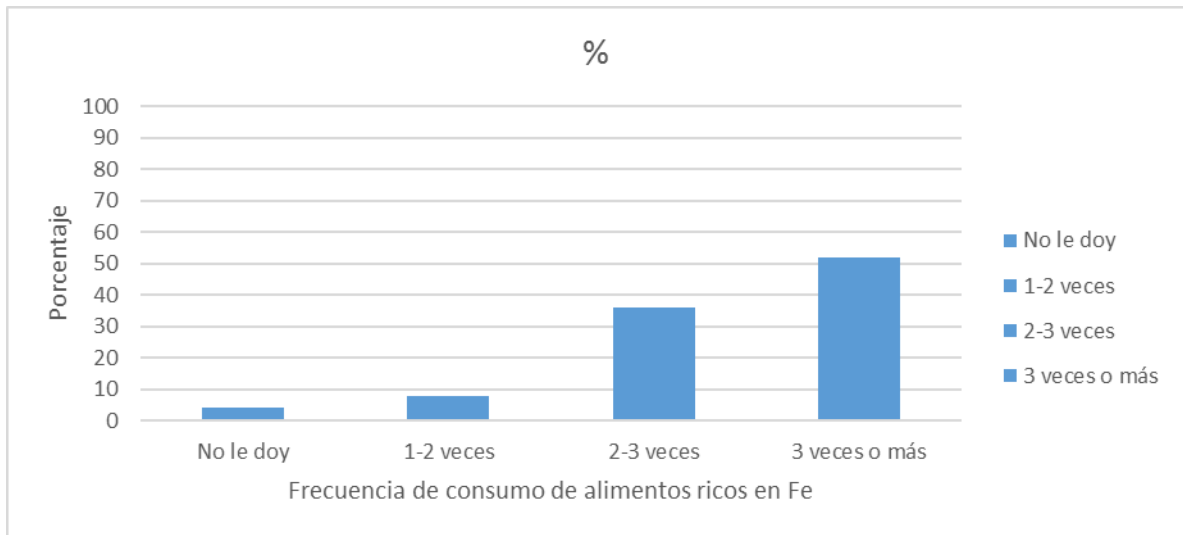
**Figura 38: Frecuencia de consumo de golosinas**

**Tabla N° 18: Frecuencia de consumo de golosinas según edad:**

	6 MESES	7-8 MESES	9 MESES Y MAS
<b>No</b>	75%	66.6%	21%
<b>1-2 veces</b>	25%	33.4%	50%
<b>3-4 veces</b>			10%
<b>5-6 veces</b>			5%
<b>Todos los días</b>			14%

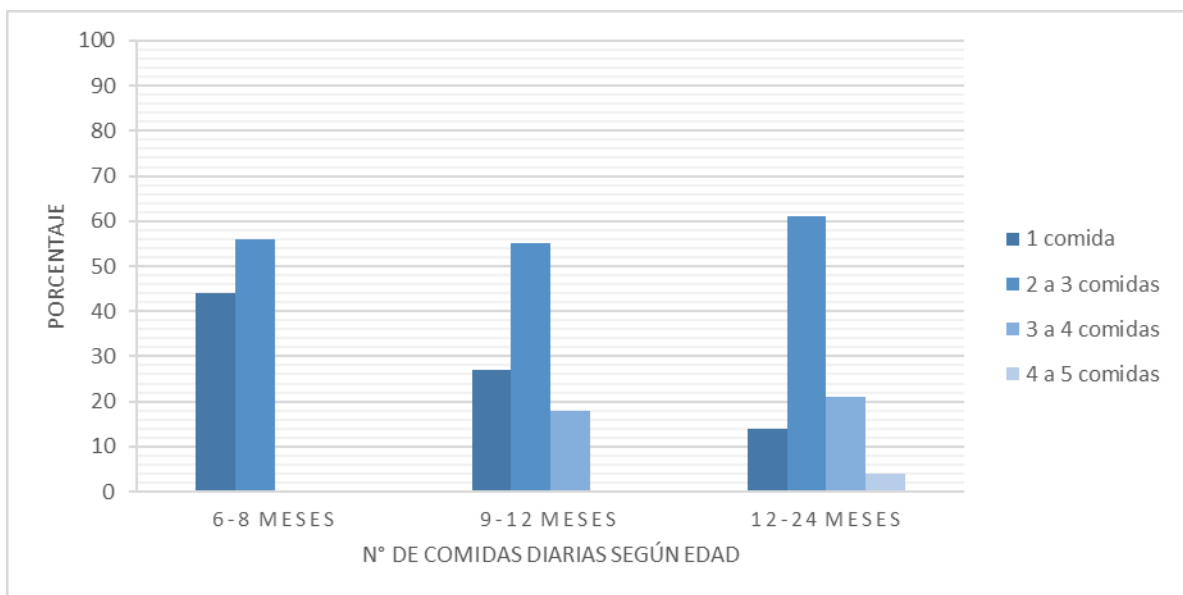
Observamos en la tabla que el consumo de golosinas comenzaba a partir de los 6 meses y se incrementaba progresivamente conforme aumentaba la edad de estos niños.

- ✓ Seguidamente se preguntó a las madres, más específicamente, acerca de la frecuencia de consumo de alimentos que contienen hierro, nombrando detalladamente a aquellos que forman parte de este grupo y se obtuvieron las siguientes respuestas representadas gráficamente en la figura N° 39. La mayoría de las madres ofrecían alimentos ricos en hierro 3 veces o más a la semana.



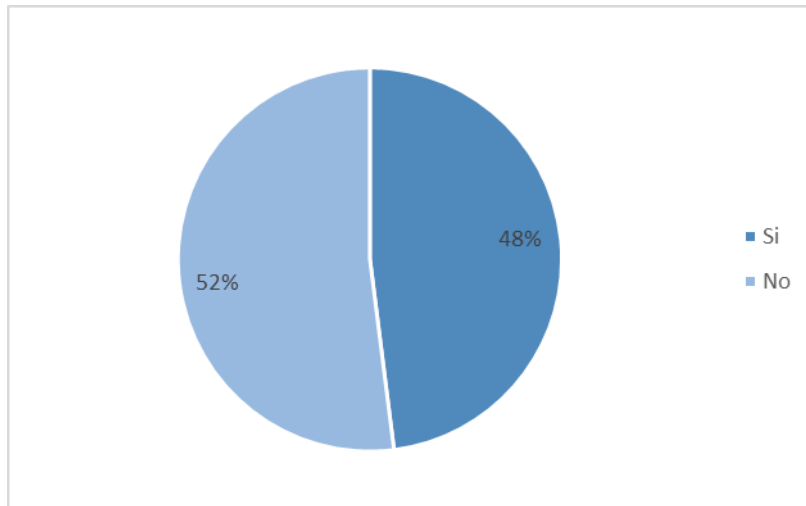
**Figura 39: Frecuencia de consumo de alimentos ricos en hierro**

- ✓ Se preguntó también acerca del número de veces que come al día el niño y se obtuvieron las siguientes respuestas distribuidas por edad a los fines del estudio como puede observarse en la figura N° 40. En todas las franjas etarias la mayoría de los niños consumía 2 a 3 comidas diarias.



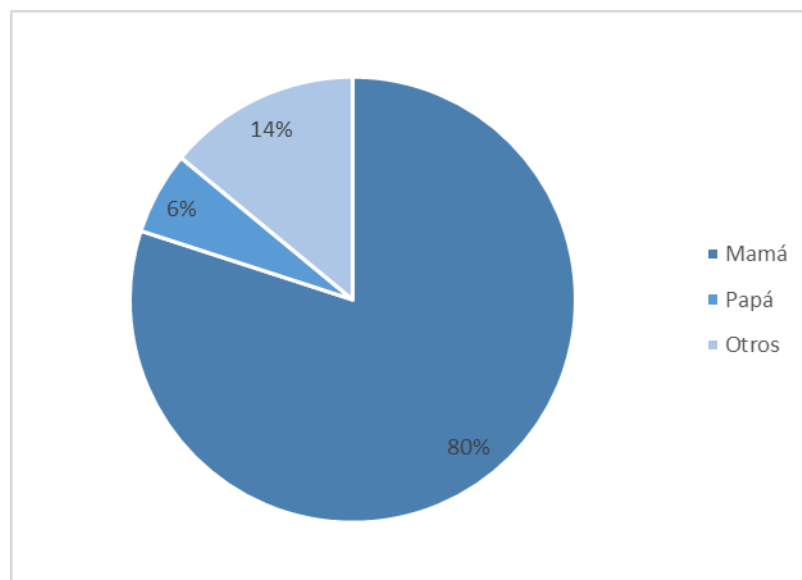
**Figura 40: N° de comidas diarias según edad**

- ✓ En cuanto al **enriquecimiento de comidas**, poco más de la mitad de las madres (52%) no llevaba a cabo dicha práctica, y un 48% refirió hacerlo mediante el agregado de manteca, aceite y queso, tal como se observa en la figura N° 41.

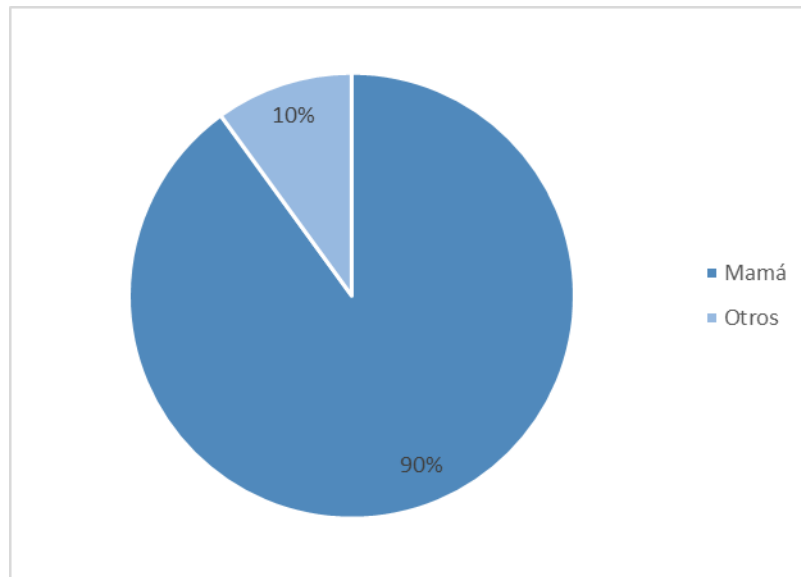


**Figura 41: Enriquecimiento de comidas**

Como puede observarse en la figura N° 42, la persona encargada de dar de comer al niño fue, en su mayoría, la madre. Como así también de preparar las comidas de su hijo que se esquematiza en la figura N° 43:

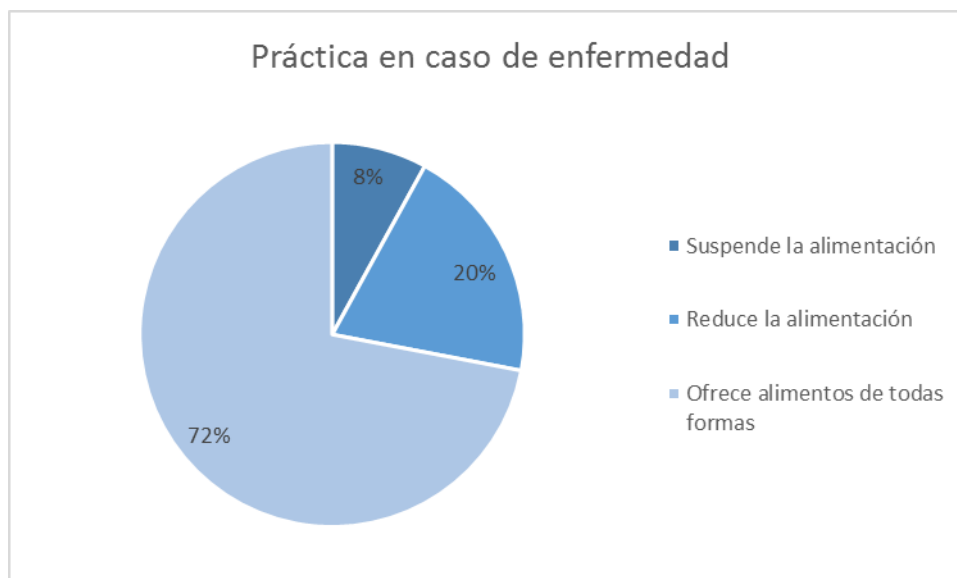


**Figura 42: Persona que alimenta al niño con mayor frecuencia**



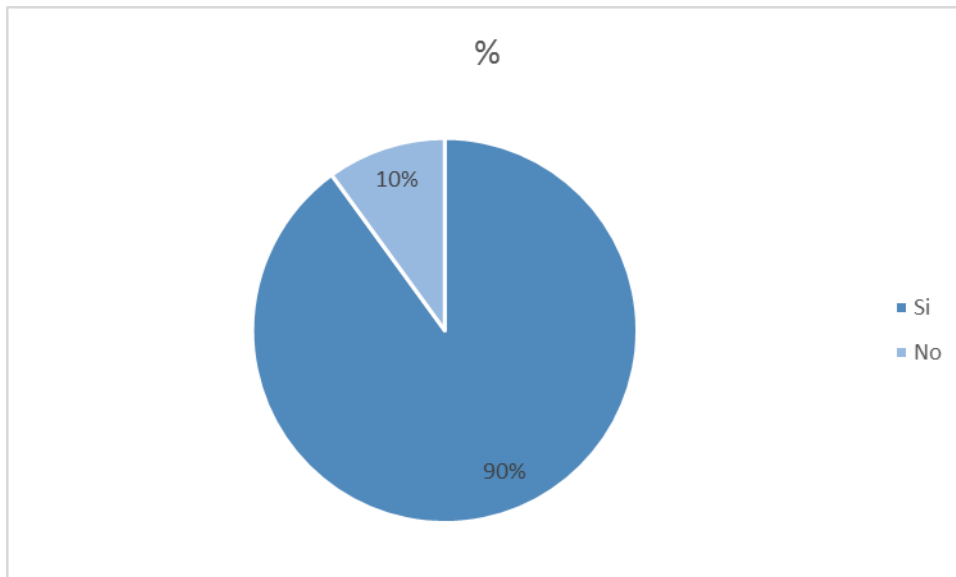
**Figura 43: Persona que prepara las comidas del niño con mayor frecuencia**

- ✓ Fue importante indagar también las medidas llevadas a cabo por la madre respecto a la alimentación en caso de enfermedad del niño. En nuestra muestra la mayoría de las madres ofrecía alimentos de todas formas y un menor porcentaje, pero no despreciable, reducía y suspendía la alimentación del niño, como se detalla en la figura N° 44.



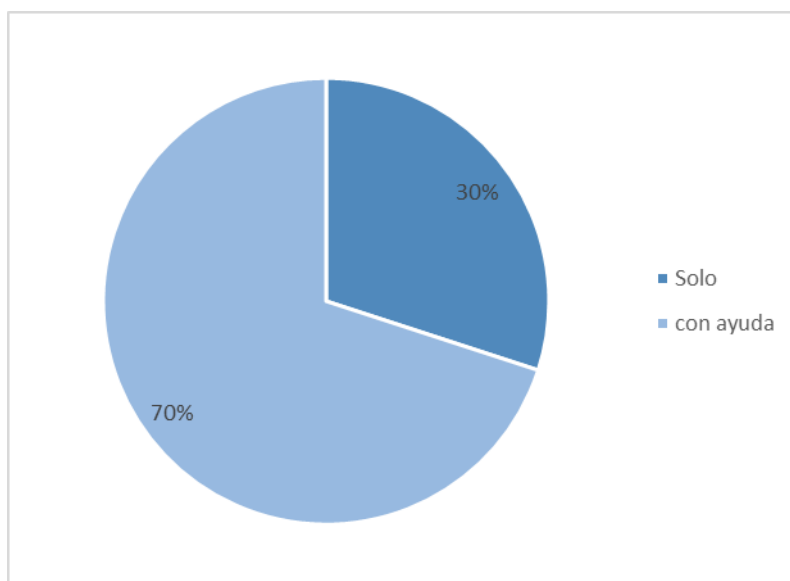
**Figura 35: Alimentación en caso de enfermedad**

- ✓ El agregado de sal a las comidas del niño fue otro de los puntos a evaluar, donde la mayoría de las madres agregaba sal a las comidas de su bebé. Como podemos observar en la figura 45.



**Figura 45: Agregado de sal a la comida del niño**

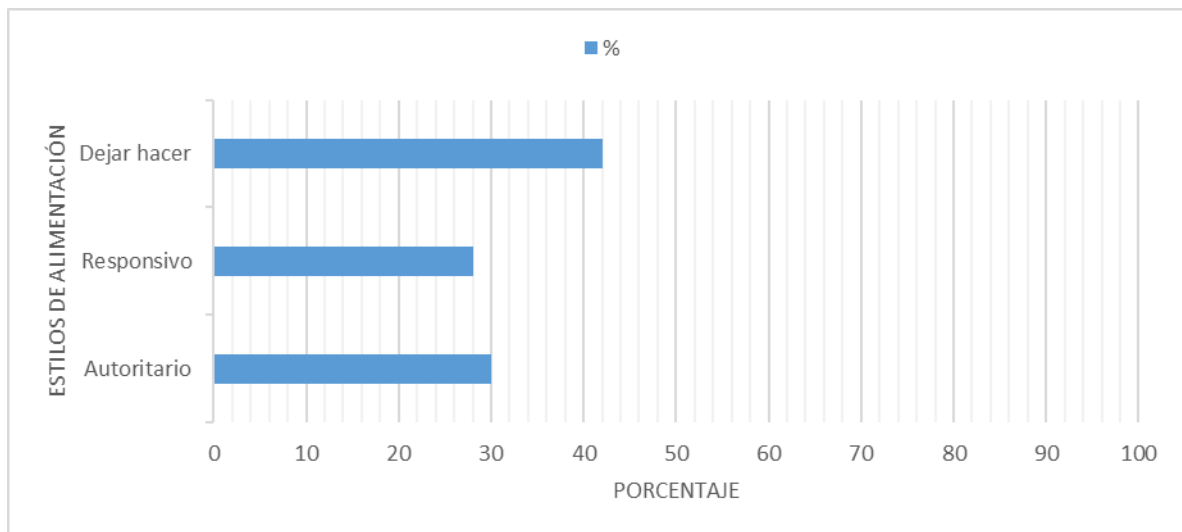
- ✓ Otro punto importante a evaluar fue el momento de las comidas, acerca de lo cual se preguntó si el niño come solo o con ayuda. La mayoría de los niños de esta muestra come con ayuda. Se consideró esta práctica como adecuada según los principios del cuidado psicosocial, el resultado se observa en la figura N° 46.



**Figura 46: Asistencia a la alimentación del niño**

- ✓ En cuanto a la **interacción durante las comidas** el 42% de las madres encuestadas realizaban prácticas que las ubican dentro de lo que se conoce como estilo de alimentación “Dejar hacer” o casual donde se permite que los niños se alimenten por sí mismos y rara vez se observa que sean alentados o estimulados. Un 30%

presenta un estilo “Autoritario” y un 28% un estilo “Responsivo”, así se observa en la figura N° 47:



**Figura 47: Distribución según estilo de alimentación**

- ✓ Al momento de la comida también se tuvo en cuenta la **presencia de distracciones** como la televisión encendida. A lo que se pudo arribar que en más de la mitad de la muestra, en un 62% de los casos, la televisión se encontraba encendida durante la comida. Como puede observarse en la figura N°48:



**Figura 48: Presencia de distracciones en el momento de las comidas**

- ✓ También se indagó respecto al lavado de manos al momento de preparar las comidas y se obtuvieron las respuestas detalladas en la figura N° 49: La mayoría de las

madres de la muestra aseguró lavarse las manos, antes, durante y después de la preparación de las comidas siempre(80%), un 20% aseguro hacerlo casi siempre de esta forma.

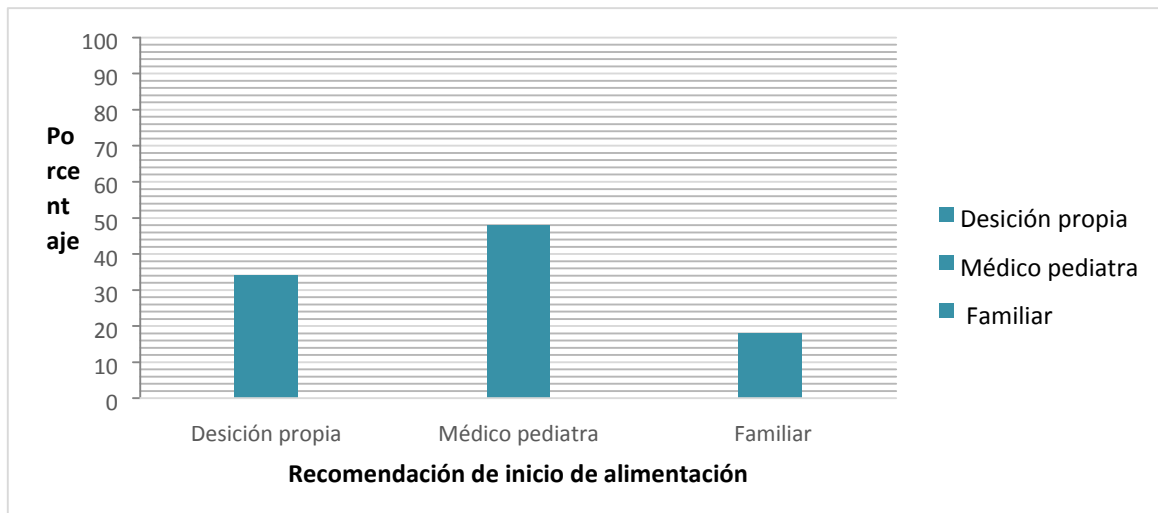


**Figura 49: Lavado de manos en la manipulación de alimentos**

Finalmente se preguntó a las madres si el inicio de la alimentación del niño lo realizó bajo la recomendación del médico pediatra, decisión propia o recomendación de un familiar.

A los que las madres respondieron en la mayoría de los casos (casi la mitad de los mismos) que el inicio fue por recomendación del médico pediatra, aunque un porcentaje importante lo hizo por decisión propia y recomendación de un familiar.

Cabe destacar que en aquellos casos donde la recomendación de alimentación fue por parte del pediatra se indagó si el mismo brindó recomendaciones de comidas y modo de preparación de las mismas en la que el 100% de los casos respondió de manera afirmativa, así lo muestra la figura N° 50:



**Figura 50: Recomendación de inicio de alimentación**

#### IV.4.Comprobación de Hipótesis

Para la comprobación de hipótesis de investigación se llevó a cabo un análisis no paramétrico a través de la prueba estadística de ji cuadrada ( $X^2$ ), con un intervalo de confianza (IC) del 95% y un valor de alfa de 0,05.

H1: “El estado nutricional de la mayoría de los niños de entre 6 y 24 meses que asisten al CAPS Bienestar es Normal”

H0: “No existe diferencia significativa en el estado nutricional de niños de 6 a 24 meses que asisten al CAPS Bienestar”

Estado nutricional	Fo	fe	Fo-fe	(fo-fe) <sup>2</sup>	(fo-fe) <sup>2</sup> /fe
Normal	27	8.3	18.7	349.69	42.13
Bajo peso	2	8.3	-6.3	39.69	4.78
Sobrepeso	8	8.3	-0.3	0.09	0.01
Obesidad	8	8.3	-0.3	0.09	0.01
Baja talla	4	8.3	-4.3	18.49	2.22
Riesgo bajo peso	1	8.3	-7.3	53.29	6.42

**Total**                    50                    50                    0                    ...                    **55.57**

**Chi2 Teo: 9.49; GL: 4;  $\alpha$ : 0.05; IC: 95%**

Por haberse encontrado Chi2 Teórico menor al Chi2 Obtenido se rechaza la hipótesis de nulidad (Ho) y se comprueba la hipótesis de investigación.

*Con un 95% de confianza se puede afirmar que la mayoría de los niños de entre 6 y 24 meses que asisten al CAPS Bienestar presentan estado nutricional Normal.*

H2: “Las prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses son adecuadas”

Ho: “No existe diferencia en la adecuación de las practicas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses que asisten al CAPS Bienestar”

<b>Practicas maternas de alimentación</b>	<b>Fo</b>	<b>Fe</b>	<b>Fo-fe</b>	<b>(fo-fe)2</b>	<b>(fo-fe)2/fe</b>
<b>Adecuadas</b>	3	25	-22	484	19.36
<b>Inadecuadas</b>	47	25	22	484	19.36
<b>Total</b>	50	50	0		38.72

**Chi2 Teo: 3.84; GL: 1;  $\alpha$ : 0.05; IC: 95%**

Por haberse encontrado Chi2 Obtenido mayor a Chi2 Teórico se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis de nulidad.

*Con un 95% de confianza se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis de nulidad por lo que se puede afirmar que existen diferencias significativas en la adecuación de las prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses que asisten al CAPS Bienestar, aunque dicha diferencia presenta un predominio de prácticas inadecuadas y no de adecuadas como lo afirma la hipótesis.*

H3: “Las prácticas maternas de alimentación adecuadas se asocian a un estado nutricional normal en niños de 6 a 24 meses que asisten al CAPS Bienestar”

Ho: “No existe asociación significativa entre prácticas maternas de alimentación adecuadas y el estado nutricional normal de niños de 6 a 24 meses que asisten al CAPS Bienestar”

	Normal	Fuera de lo normal
Prácticas maternas de alimentación adecuadas	2	1
Prácticas maternas de alimentación inadecuadas	25	22
<b>Total</b>		50

Celda	Fo	Fe	Fo-fe	(fo-fe) <sup>2</sup>	(fo-fe) <sup>2</sup> /fe
NA	2	1.62	0.38	0.14	0.08
NI	25	25.38	-0.38	0.14	0.005
FNA	1	1.38	-0.38	0.14	0.10
FNI	22	21.62	0.38	0.14	0.006
<b>TOTAL</b>	50	50	0	...	0.19

Chi2 Teo: 3.84; GL: 1;  $\alpha$ : .05; IC: 95%

Por haberse encontrado Chi2 Obtenido menor a Chi2 Teórico se acepta la hipótesis de nulidad y se rechaza la hipótesis de investigación.

*Con un 95% de confianza se acepta la hipótesis de nulidad por lo que se puede afirmar que no existe asociación significativa entre prácticas de alimentación adecuadas y estado nutricional normal de niños de 6 a 24 meses que asisten al CAPS Bienestar.*

## Capítulo V: discusión, conclusiones y propuestas



## V.1 Discusión

El presente trabajo aporta información acerca de las prácticas de alimentación en los dos primeros años de vida de niños de 6 a 24 meses cuyas madres asisten al CAPS Bienestar para cumplimentar el control de crecimiento y desarrollo de los mismos.

El estudio fue aplicado en una muestra de 50 madres que residen en el barrio San Cayetano de la ciudad de San Miguel de Tucumán.

Los indicadores de mayor relevancia fueron: el nivel educativo de las madres donde el 38% de las mismas alcanzó a completar únicamente el nivel primario, se destaca además que un 10% no completó este nivel y un 2% eran analfabetas por lo que el 50% de esta muestra presentaba un nivel educativo de riesgo. Dicho resultado coincide con el estudio de Rolandi M., donde el 58% de las madres encuestadas habían alcanzado este nivel. Gatica C. et al, en un estudio realizado en las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis, también concluyen que el 41,08% de las madres alcanzó hasta el nivel primario completo. Dicho dato resulta de relevancia por su asociación con la salud, el crecimiento y desarrollo del niño, Unicef (2005) considera que la alfabetización y progresión en niveles educativos por parte de la mujer, específicamente de la madre, es un factor importante para el desarrollo infantil. En este caso los bajos niveles educativos podrían haber incidido en las prácticas impartidas.

Rolandi asocia además el nivel educativo alcanzado con la desocupación de las madres, así el 73% de las mismas no trabajaba fuera del hogar al momento del estudio, en el trabajo de Gatica el 62.02% también se encontraban desocupadas. En nuestro estudio coincidentemente el 88% de las madres se encontraban sin trabajo. Aunque es importante tener en cuenta que la incorporación de la mujer en el campo laboral dificultaba, según la bibliografía, su participación activa en la alimentación del niño.

Un dato que llama la atención también es el importante porcentaje de madres solteras o en concubinato en relación a la cantidad de madres casadas. Unicef propone como factor de riesgo de desnutrición infantil la ausencia de una pareja estable o ser madre soltera.

En cuanto al estado nutricional de los niños evaluados, poco más de la mitad (54%) se encontraba dentro de los parámetros de normalidad. Los diagnósticos que se encontraban fuera de estos parámetros fueron: Obesidad y Sobrepeso en un 16% de los casos y Baja talla en 8%, el bajo peso y riesgo de bajo peso se presentaron con un 4 y 2% respectivamente. En Argentina la Baja talla y el Sobrepeso constituyen las condiciones más prevalentes en los niños y niñas menores de 5 años. Lo que concuerda con nuestro trabajo.

No así con el estudio de Rolandi, donde el 80% de los niños de 6 a 24 meses presentaban un estado nutricional normal y la prevalencia de parámetros alterados era baja. Tampoco coinciden las prácticas de alimentación, donde Rolandi detalla prácticas adecuadas en general en la muestra estudiada. En nuestra cohorte predominan las prácticas inadecuadas (94%) según lo establece el puntaje obtenido a través de las encuestas.

Teniendo en cuenta dimensiones específicas de las prácticas de alimentación Galindo Bazalar (2012) concluye que las madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al Centro de Salud Nueva Esperanza en Lima, Perú, llevan a cabo prácticas adecuadas de alimentación en cuanto a higiene e interacción durante las comidas. Por su parte, Barba Torres (2008) define como adecuadas las características de la alimentación para la mayoría de los niños de 6 meses a 1 año teniendo como condiciones favorables la cantidad de alimentación y las prácticas de higiene mientras que se encuentran en condición inadecuada: la frecuencia (79.1%), consistencia (94.0%) y la interacción de la madre en el momento de la alimentación con el niño.

En nuestro estudio las prácticas adecuadas se encuentran representadas por:

-Inicio de lactancia materna alto, alcanzando un valor del 94% entre los niños que se encontraban recibiendo lactancia materna al momento del estudio y los que, si bien no se encontraban lactando, alguna vez la habían recibido (88%). Este dato coincide con la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) en uno de sus trabajos de difusión titulado: *“La alimentación de los niños menores de dos años”* en el cual afirma que los niños argentinos tienen una adecuada alimentación temprana ya que el 95% de ellos inicia la lactancia materna. Sin embargo, afirma que la proporción de niños desciende progresivamente desde los 6 meses de vida. Dato que también pudimos constatar en nuestro trabajo, donde los niños que luego de los 6 meses continuaban recibiendo lactancia materna representaban hasta el 56% de la población. Los niños que no estaban siendo amamantados al momento del estudio (44%) en su mayoría tuvieron una duración de la lactancia menor a los 4 meses.

-También es importante resaltar la incorporación adecuada de la primera comida a la edad de 6 meses en el 50% de la muestra. Valor que resulta alentador, puesto que en la muestra nacional el 70% de los niños habían introducido la alimentación complementaria de manera precoz con el riesgo de desplazamiento de la lactancia materna y concomitante aporte insuficiente de nutrientes.

- La elección de la consistencia de las preparaciones en los 6 a 8 meses de vida fue adecuada, donde las madres aseguraron brindar purés y papillas espesas. No así a partir de

los 9 meses donde la mayoría de los niños recibieron las mismas preparaciones que consumía el resto de la familia sin las modificaciones necesarias para la edad.

- La frecuencia de consumo de alimentos ricos en hierro fue adecuada en el 52% de los casos. Coincidiendo con el estudio de Rolandi donde el consumo de alimentos fuente de hierro y proteínas fue alto.
- La estimulación de la alimentación en caso de enfermedad también fue adecuada donde el 72% de las madres ofrecía alimentos y no suspendía ni reducía la alimentación y lactancia del niño.
- El 70% de las madres ayudaba al niño durante las comidas adecuándose a una de las recomendaciones de los principios del cuidado psicosocial. Hecho que resulta paradójico, puesto que más adelante en la encuesta, la mayoría de las madres aseguraba brindar libertad al niño para alimentarse por sí mismo, lo que podría representar un sesgo por mal interpretación de la pregunta planteada.
- El lavado de manos frecuente fue una práctica común al preparar las comidas para el niño en el 80% de las madres.

Las prácticas, que para los fines de la investigación, resultaron inadecuadas incluyen: - Duración de la lactancia materna en niños no amamantados menor a los 4 meses, así la mayoría de estos se encontraba siendo alimentado con leche de vaca entera únicamente (34%), provista por el CAPS. Además los niños que, si bien, se encontraban recibiendo lactancia materna también en un 30% acompañaban a la misma con leche de vaca. - Durante los primeros seis meses la mayoría de los niños recibieron lactancia materna mixta (48%) mientras que un 36% recibió lactancia materna exclusiva durante esta etapa, dato que coincide con lo hallado en la ENNyS (2007).

- La mayoría de los niños (72%) eran alimentados con mamadera. En el estudio de Gatica también el 86.8% de los niños que recibían otra leche lo hacían en mamadera.
- Más de la mitad de las madres brindaba infusiones a sus niños y bebidas azucaradas. Coincidentemente con el estudio de Gatica donde el 35.08% de la muestra recibía infusiones cuya edad de comienzo fue en menos de 11 meses, un 45.88% recibía bebidas azucaradas desde los 11 meses. En el trabajo de Rolandi el consumo de estas bebidas resultó bajo. Aunque es de destacar que un porcentaje importante presentaba un consumo diario de gaseosas y jugos comerciales.
- Más de la mitad de las madres no realizaba tratamiento alguno al agua que empleaba para la alimentación del niño. En el estudio de Galindo Bazalar la mayoría de las madres tenía prácticas adecuadas de higiene y manipulación de alimentos y agua para la

alimentación de los pequeños lo cual le permitía concluir que de esta forma se encontraban evitando el riesgo de contraer enfermedades diarreicas agudas con su consecuente repercusión en el estado nutricional del niño.

- La primera comida que ofrecieron este grupo de madres fue en su mayoría sopa, seguido por papilla de vegetales y purés no enriquecidos. Todos los alimentos ofrecidos por primera vez al niño resultaron ser hipocalóricos.

- El número de comidas resultó insuficiente según lo establecido por las guías alimentarias para la población infantil donde la mayoría de estos niños recibía solo 2 a 3 comidas. Este dato difiere del trabajo de Rolandi donde las madres en general ofrecieron a sus niños un número de comidas acorde a la edad.

- Poco más de la mitad de las madres no enriquecía las preparaciones de sus niños, aun durante el primer año de vida donde cobra mayor relevancia. En el estudio de Rolandi el consumo de grasas representaba una creencia de alimentación “no saludable” por lo que la mayoría de las madres afirmaba no incorporarlas en la alimentación del niño. En esta cohorte podría haber influido este común imaginario debido a que si bien una parte aseguraba no consumir grasas, otro porcentaje afirmaba hacerlo diariamente.

- El agregado de sal fue común también en esta muestra ya que en el estudio de Rolandi encontramos la misma tendencia.

- La interacción durante las comidas en este grupo se caracterizó principalmente por el estilo “liberal”. En el trabajo de Galindo Bazalar las prácticas fueron adecuadas en cuanto a la interacción con el niño. Aunque un porcentaje importante presentaba prácticas inadecuadas ya que utilizaban los estilos controlador y liberal mencionados.

- La televisión se encontraba encendida en el 62% de los hogares en el momento de las comidas. En el trabajo de Gatica también en el 50.87% de los casos la televisión se encontraba encendida.

En cuanto a la diversidad alimentaria en este estudio se pudo observar que la alimentación de los niños a los 6 meses se basaba en el consumo de vegetales y frutas básicamente, aunque a esta edad también se mencionaba el consumo de carne de ave con una frecuencia de 3 a 4 veces por semana y yogurt diariamente en casi la totalidad de los casos. La variedad de alimentos no era significativa, a pesar del progreso en la edad del niño. El consumo de cereales y derivados resultó alto, a partir de los 7 meses, con una frecuencia diaria. Las madres aseguraban además no agregar grasas en la alimentación del bebé, incluso antes del año de edad. Resultó importante destacar la temprana introducción de golosinas en la alimentación del niño.

Un dato que también resultó importante conocer fue si las recomendaciones acerca de la alimentación fueron propias, de familiares o del equipo de salud. Donde la mayoría aseguró seguir las recomendaciones del médico pediatra.

Resulta preciso destacar la importancia de la presencia del Licenciado en Nutrición dentro de los centros de atención primaria, ya que dicha institución no cuenta con un profesional en esta área específica relegando toda la responsabilidad de los conocimientos de alimentación y nutrición a médicos y enfermeros.

Los resultados del estado nutricional de los niños de esta área de responsabilidad no son un dato menor, se precisan estrategias efectivas que velen por este grupo de alta vulnerabilidad.

Las practicas maternas de alimentación son un campo para seguir trabajando aunque se encontraron resultado alentadores es necesario promoverlos y fomentarlos.

No se encontró relación significativa entre las prácticas de alimentación impartidas por las madres y el estado nutricional que presentaban los niños. Posiblemente debido a la extensión de dimensiones que tuvo en cuenta este estudio para definir las acciones que caracterizaban la alimentación del niño.

También resulta importante destacar que si bien la mayoría de las madres refirió seguir recomendaciones del médico pediatra no se correlaciona esta afirmación con las practicas impartidas, por otra parte un importante porcentaje basaron sus prácticas en la experiencia y recomendaciones familiares. Este es otro aspecto a trabajar para erradicar conocimientos erróneos, o actualizar lo hasta entonces aprendido.

Finalmente, el presente trabajo de investigación alcanzó los objetivos de conocer el estado nutricional de niños, en etapa de alta vulnerabilidad de crecimiento, desarrollo y consecuentemente sobrevivencia, de un barrio de la ciudad de San Miguel de Tucumán, así como las acciones llevadas a cabo por las madres responsables de los mismos en cuanto a su alimentación. Estadísticamente no se encontró relación entre ambas variables en esta muestra de madres e hijos, sin embargo, las encuestas lograron revelar un panorama de las prácticas que es necesario promover y a las cuales es preciso erradicar y un estado nutricio de los niños que se debe seguir interviniendo a la luz de que los dos primeros años son el momento oportuno de hacerlo.

## V.2 Conclusiones:

Las conclusiones derivadas del estudio son:

- La mayoría de los niños presenta un estado nutricional dentro de los parámetros de normalidad.
- La mayoría de las madres llevan a cabo prácticas de alimentación inadecuadas según el puntaje obtenido a través de este estudio.
- No existe relación significativa entre las prácticas de alimentación impartidas por las madres y el estado nutricional de sus hijos.

De acuerdo a todo lo antes planteado es necesario abrir nuevas líneas de investigación respecto a:

- Prácticas de alimentación en los primeros años de vida en estratos sociales de diferente nivel socio-económico
- Prácticas de alimentación y nivel de escolaridad materno
- Influencia cultural en las prácticas de alimentación de los dos primeros años de vida

## V.3 Propuestas:

- Crear un espacio destinado al conocimiento de las prácticas de alimentación impartidas por las madres e implementación de charlas educativas destinadas exclusivamente a madres de niños hasta dos años de edad sobre lactancia materna y alimentación complementaria.
- Realizar estudios para verificar la eficacia de las intervenciones.
- Realizar estudios cualitativos sobre las creencias y hábitos alimentarios de las madres que asisten al CAPS.

## Bibliografía

- Barba Torres, H. (2008). 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 del niño sano del Centro de Salud Fortaleza. Lima, Perú.
- Becerra, M. (10 de agosto de 2005). Lactancia materna y desnutrición infantil en un centro de salud de la ciudad de Rosario. Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Beltrán, C., Nates, D., & Velasco, C. (2012). Prácticas de alimentación en lactantes menores de dos años de edad de Cali, Colombia. *Gastrohup*, s4-s8.
- Bertarini, J. (2010). Evaluación del estado nutricional materno-infantil y patrones de consumo maternos. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Black, M., & Creed Kanashiro, H. (2012). ¿Cómo alimentar a los niños? Las prácticas de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Simposio - Rev. Perú Med Ex Salud Pública*, 373-8.
- Callo, G. (2009). Conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición de niños menores de 5 años en madres participantes y no participantes de sesiones educativas en Paucará-Huancaveica. Lima, Perú.
- Carmuega, E. y. (2000). Evaluación del estado nutricional en pediatría. Buenos Aires, Argentina .
- Cormillot, A. (12 de 09 de 2014). *www.DrCormillot.com*. Obtenido de [http://www.drcormillot.com/articulos/2014/08/29/1823-mil\\_dias\\_criticos\\_desde\\_el\\_utero\\_hasta\\_los\\_dos\\_a%C3%B1os\\_del\\_bebe.html](http://www.drcormillot.com/articulos/2014/08/29/1823-mil_dias_criticos_desde_el_utero_hasta_los_dos_a%C3%B1os_del_bebe.html)
- Corzo, M., Fernández Vecino, S., Margaritini, A., Olmos, M., Santillán, S., Velazquez, M., . . . A., L. (2004). Manual del Formador en Alimentación y Nutrición. Tucumán, Argentina .
- De Girolami, D. (2009). *Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal*. Buenos Aires: El Ateneo.
- FIC Argentina. (6 de 10 de 2014). *Fundación Interamericana del Corazón Argentina*. Obtenido de [http://www.ficargentina.org/index.php?option=com\\_content&view=category&id=106&Itemid=75&lang=es](http://www.ficargentina.org/index.php?option=com_content&view=category&id=106&Itemid=75&lang=es)
- Galindo Bazalar, D. (2012). Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud Nueva Esperanza. Lima, Perú.
- Gatica, C., & Méndez de Feu, M. e. (2009). Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 496-503.

- Gilardon, O., Calvo, E., Durán, P., Longo, E., & Mazza, C. (2009). Evaluación del Estado Nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. Buenos Aires, Argentina.
- Hodgson, M. (2010). *Manual de pediatría - Evaluación del estado nutricional*. Obtenido de Escuela de medicina - Pontificia Universidad Católica de Chile: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/evalestadnutric.html>
- Jimenez Arriola, M. (3 de Enero de 2012). *Creencias y hábitos alimentarios durante el periodo de embarazo y lactancia de mujeres de aldeas del depto. de Chiquimula beneficiadas por el instituto Benson*. Obtenido de Biblioteca USAC: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06\\_1779.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_1779.pdf)
- Lorenzo, J. e. (2007). *Nutrición del Niño Sano*. Rosario: Corpus.
- Marschoff, M. (4 de 11 de 2014). *La cocina por asalto. Ciencia, cocina y género en la transición al siglo XIX*. Obtenido de Scribd: <http://es.scribd.com/doc/63531648/CocinaPor-Asalto#scribd>
- Ministerio de Salud de la Nación - Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. (2011). Situación de la Lactancia Materna en Argentina. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2010). La alimentación de los niños menores de 2 años: Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. ENNyS 2010. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (12 de Enero de 2006). Guías Alimentarias para la Población Infantil-Consideraciones para los equipos de salud. Buenos Aires, Argentina.
- Moreno Zavaleta, M. (2012). *Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil en contextos de pobreza y desnutrición crónica temprana: Centro poblado Mi Perú distrito de Ventanilla Callao-Perú*. Obtenido de Red de Bibliotecas virtuales de CLACSO: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Colombia/alianza-cindeumz/20130402125354/TesisMariaTeresaMorenoZavaleta.pdf>
- O´ Donell, A., & Carmuega, E. (1998). *CESNI*. Obtenido de Boletín de centro de estudios ne nutrición infantil: [http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/68-Volumen\\_6.pdf](http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/68-Volumen_6.pdf)
- OMS. (Agosto de 2014). *OMS - Español*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- OMS; UNICEF. (16 de Julio de 2013). *Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y el niño Pequeño*. Obtenido de OMS-Español: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9243562215/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9243562215/es/)
- OMS-UNICEF. (2007). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño, parte 1. Washington, DC, EE.UU.

- Organización Mundial de la Salud. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño-capítulo modelo para libros de texto dirigido a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington, D. C.
- Ortiz-Andrellucchi, A., Peña Quintana, L., Albino Beñacar, A., Mönckeberg Barros, F., & Serra Majem, L. (2006). Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. *Nutrición hospitalaria*, 533-41.
- Rolandi, C. (2014). Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- SAP. (2001). *Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años*. República Argentina.
- Torresani, M. (2007). *Cuidado nutricional pediátrico*. Buenos Aires : Eudeba.
- Victoria, C. (2012). Los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales. De la concepción a los dos años de vida. *Archivos argentinos de pediatría*.
- Wisbaun, W. (2011). *La Desnutrición Infantil - Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. UNICEF España.



# Anexos

## Anexo 1: Encuesta

Nº de encuesta:

Nº de historia clínica del niño:

### Evaluación antropométrica

1. Sexo: F    M 2.
2. Edad (Meses):
3. Peso:
4. Longitud Corporal:
5. IMC:
6. Diagnostico Nutricional:

### Datos socio-demográficos:

7. Edad de la madre:
8. Estado civil:
  1. Casada
  2. Soltera
  3. Divorciada
  4. En concubinato
  5. Viuda
9. Nº de hijos:
10. Peso del niño al nacer y meses/semanas de gestación

.....  
.....  
11. ¿Realizó controles durante el embarazo?

1. Si            ¿Cuántos? ...
2. No

12. ¿Trabaja fuera del hogar? Si la respuesta es afirmativa especificar frecuencia.

1. Si
2. No

13. ¿Qué nivel de estudios alcanzó?

1. Ninguno
2. Primario incompleto
3. Primario completo
4. Secundario incompleto
5. Secundario completo
6. Terciario o universitario incompleto
7. Terciario o universitario completo

14. La vivienda que actualmente ocupa es:

1. Propia
2. Alquilada
3. Prestada
4. Cedida por trabajo
5. Otra situación

Prácticas de alimentación

- 1) ¿Cómo es el apetito del niño?
  1. Tiene mucho apetito
  2. Apetito Normal
  3. Tiene poco apetito
  
- 2) ¿El niño está tomando pecho?
  1. Si
  2. No... (Si es No, pasar a la pregunta 4 y 5)
  
- 3) ¿Cuántas veces al día?
  1. Menos de 7 veces al día
  2. 7 veces al día
  3. Doce veces por día
  4. A demanda
  5. Otro: ...
  
- 4) ¿El niño fue amamantado alguna vez?
  1. Si
  2. No
  
- 5) ¿Hasta qué edad fue amamantado?
  1. Menos de 4 meses
  2. 4 a 5 meses
  3. 6 meses
  4. 7 meses o más
  5. Hasta el año
  6. Hasta los 2 años
  
- 6) ¿Cuál es el motivo por el que dejó de amamantar?
  1. Me quedé sin leche
  2. el bebé no aumentaba de peso
  3. Tuve que salir a trabajar
  4. Me lo indicó el médico
  5. Ya no lo necesitaba
  6. Me lo aconsejaron (familiares, amigos...)
  7. Quedé embarazada
  8. Me enfermé
  9. El bebé se enfermó
  10. Es la edad a la que dejó el anterior
  11. No se prendió
  12. otros...
  
- 7) Durante los primeros 6 meses el niño recibió:
  1. Solo LM
  2. LM + otras leches
  3. FI
  4. LV
  5. Otros...
  
- 8) ¿Utiliza mamadera para alimentar a su hijo?
  1. Si
  2. No



- 9) Después del parto. ¿Cuánto tiempo paso para poder iniciar la lactancia?
  - 1. inmediato
  - 2. mediato
  
- 10) ¿Está siendo amamantado de noche?
  - 1. Si
  - 2. No
  
- 11) ¿El niño es alimentado con otra leche diferente a la materna? :
  - 1. No, solo leche materna
  - 2. Si, leche materna más leche de vaca
  - 3. Si, leche materna más fórmula infantil
  - 4. Solo leche de vaca
  - 5. Solo fórmula infantil
  - 6. Leche materna y otras leches solo en la preparación de comidas
  
- 12) ¿El niño recibe infusiones? (Mate, te, te de hierbas)
  - 1. Si
  - 2. No
- 13) ¿Posee agua potable?
  - 1. Si
  - 2. No
- 14) ¿Antes de utilizar el agua para la alimentación le realiza algún tratamiento?
  - 1. Hervido
  - 2. Filtrado
  - 3. Clorado
  - 4. Ninguno
  - 5. Otro ¿Cuál?
- 15) ¿El niño recibe otro alimento? (si es no, finaliza aquí en cuestionario)
  - 1. Si
  - 2. No
- 16) En caso de que la respuesta sea afirmativa ¿A qué edad le dio la primera comida?
  - 1. antes de los 4 meses
  - 2. entre los 4 y 5 meses
  - 3. a los 6 meses
  - 4. más allá de los 6 meses
- 17) ¿Cuál fue el primer alimento que incorporó?  
.....
  
- 18) ¿Qué alimentos le da al niño? ¿Qué consistencia tienen?
  - 1. Sopa
  - 2. Jugo
  - 3. Papilla aguada
  - 4. Papilla espesa
  - 5. Comida picadita especial para el bebé
  - 6. Comida en trozos pequeños especial para el bebé
  - 7. Comida de olla familiar

Mencione algunos ejemplos:

.....  
.....  
.....

19) De los siguientes alimentos ¿cuáles consume su hijo y con qué frecuencia?

Alimentos	Si	No	Veces	Por	semana	Todos los días
			1-2	3-4	5-6	
Yogur						
Queso						
Huevo						
Carne vacuna						
Pollo						
Pescado						
Hígado						
Morcilla						
Trigo y derivados, avena, arroz, harina de maíz, otros cereales						
Pan/Galletitas						
Lentejas/soja/porotos						
Calabaza/zapallo/zanahoria						
Vegetales de hoja verde oscuro						
Papa, batata, choclo						
Otros vegetales						
Frutas						
Manteca/crema/aceite						
Golosinas						

20) ¿Cuántas veces por semana le da alimentos como carne, pollo, hígado, pescado, morcilla?

1. No le doy
2. Menos de 2 veces
3. 2 a 3 veces
4. 3 veces o más

21) ¿Cuántas veces al día come el niño? (sin contar la leche materna)

1. 1 vez
2. 2 a 3
3. 3 a 4
4. 4 a 5

22) ¿Le agrega margarina, manteca o aceite a la comida?

1. Si
2. No

23) ¿Quién le da de comer con mayor frecuencia?

1. Mamá
2. Papá
3. Otros...

24) ¿Cómo alimenta al niño cuando está enfermo?

1. Suspende alimentación y/o lactancia
2. Reduce alimentación y/o lactancia
3. Ofrece alimentos de todas formas

- 25) ¿Le agrega sal a las comidas de su hijo?
  1. Si
  2. No
  
- 26) ¿Quién prepara la comida del niño?
  1. Mamá
  2. otros...
  
- 27) El niño come:
  1. Solo
  2. Con ayuda
  
- 28) En el momento de las comidas:
  1. usted impone la cantidad que el niño debe comer y los horarios de alimentación
  2. ofrece alimentos con paciencia y anima al niño a comer pero sin forzarlo
  3. Ofrece libertad al niño para adecuarse a sus alimentos y a sus horarios
  
- 29) ¿Está la televisión encendida en el momento de la comida?
  1. Si
  2. No
  
- 30) Usted lava sus manos antes y durante la preparación de los alimentos.
  1. Siempre
  2. algunas veces
  3. Nunca
  
- 31) Usted inició la alimentación del niño por recomendación de: (en caso de tratarse del médico pediatra, ¿le realizó sugerencias de alimentos y preparaciones?)
  1. Médico pediatra
  2. decisión propia
  3. Recomendación de un familiar



## Anexo 2: Matriz de datos (a)

### Referencias de matriz de datos

#### Preguntas evaluadas – codificación de la muestra

➤ Prácticas de lactancia materna

2) ¿El niño está tomando pecho?

1. Si

2. No

3) ¿Cuántas veces al día?

1. Cinco veces o menos

2. Siete veces

3. Doce veces

4. A demanda

5. Otro...

7) Durante los primeros 6 meses su hijo recibió:

1. Solo leche materna

2. Leche materna más leche de vaca

3. Leche materna más formula infantil

4. Solo leche de vaca

5. Solo Formula infantil

8) ¿Alimenta a su hijo mediante el uso de mamadera?

1. Si

2. No

10) ¿Está siendo amamantado de noche?

1. Si

2. No

11) ¿El niño es alimentado con otra leche diferente a la materna?

1. No, solo leche materna



2. Si, leche materna más leche de vaca
3. Si, leche materna más formula infantil
4. Sólo leche de vaca
5. Sólo Formula infantil
6. Leche materna y otras leches solo en la preparación de comidas

12) ¿El niño recibe infusiones?

1. Si
2. No

14) Antes de utilizar el agua para la alimentación ¿le realiza algún tratamiento?

1. Hervido
2. Filtrado
3. Clorado
4. Ninguno
5. Otros...

16) ¿A qué edad le dio la primera comida?

1. Antes de los 4 meses
2. Entre los 4 y 5 meses
3. A los 6 meses
4. Más allá de los 6 meses

18) ¿Qué alimentos le da al niño?

1. Sopa
2. Jugo
3. Papilla aguada
4. Papilla espesa
5. Comida picadita especial para el bebé
6. Comida en trozos pequeños especial para el bebé
7. Comida de olla familiar



20) ¿Cuántas veces por semana le da alimentos como carne, pollo, hígado, pescado, morcilla?

1. No le doy
2. Menos de dos veces
3. Dos a tres veces
4. Tres veces o más

21) ¿Cuántas veces al día come el niño? (sin contar la leche materna)

1. Una vez
2. Dos a tres veces
3. Tres a cuatro veces
4. Cuatro a cinco veces

22) ¿Le agrega margarina, manteca o aceite a la comida?

1. Si
2. No

24) ¿Cómo alimenta al niño cuando está enfermo?

1. Suspende alimentación y/o lactancia
2. Reduce alimentación y/o lactancia
3. Ofrece alimentos de todas formas

25) ¿Le agrega sal a las comidas de su hijo?

1. Si
2. No

27) El niño come:

1. Solo
2. Con ayuda

28) En el momento de las comidas:

1. Usted impone la cantidad que el niño debe comer y los horarios de alimentación
2. Ofrece alimentos con paciencia y anima al niño a comer pero sin forzarlo
3. Ofrece libertad al niño para adecuarse a sus alimentos y a sus horarios

29) ¿Está la televisión encendida en el momento de la comida?



1. Si
2. No

30) Usted se lava las manos antes, durante y después de preparar las comidas

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Nunca

### Respuestas correctas

	6 a 8 meses	9 a 12 meses	Más de 1 año
2	Sí	Si	Si
3	7 veces	7 veces	5 veces
7	Solo LM	Solo LM	Solo LM
8	No	No	No
10	Si	Si	Si
11	Solo en las comidas	Solo en las comidas	Solo en las comidas
12	No	No	No
14	Hervido, filtrado, clorado u otros	Hervido, filtrado, clorado u otros	Hervido filtrado, clorado u otros
16	6 meses	6 meses	6 meses
18	Papilla espesa	Comida picadita	Comida en trozos pequeños- comida familiar
20	3 veces por semana o más	3 veces por semana o más	3 veces por semana o más
21	2 a 3 comidas	3 a 4 comidas	3 a 5 comidas
22	Si	Si	Si
24	De todas formas ofrece alimentos	De todas formas ofrece alimentos	De todas formas ofrece alimentos
25	No	No	No
27	Con ayuda	Con ayuda	Con ayuda
28	Responsivo	Responsivo	Responsivo
29	Apagada	Apagada	Apagada
30	Siempre	Siempre	Siempre

### Matriz de Datos (a) – Datos de la madre, niño y preguntas evaluadas

protocolo	1. Datos de la madre						2. Datos del niño						3. Preguntas sobre practicas de alimentación													resultado											
	Edad	Estado Civil	Nº de Hijos	Trabaja	Nivel de estudio	Vivienda	Sexo	Edad	Peso (kg)	Longitud (mts)	Estado Nutricional	IMC	Controles	Peso al Nacimiento	Gestacional (meses)	2	3	7	8	10	11	12	14	16	18		20	21	22	24	25	27	28	29	30		
1	25	1	1	2	6	3	F	18	17,5	0,83	OB	21	9	4,00	9	1	1	1	1	1	1	1	4	3	7	4	2	2	2	1	1	3	1	1	1		
2	21	4	2	2	3	1	F	24	15,0	0,86	OB	20,2	9	2,99	8	2		1	1	2	4	1	1	7	4	2	1	3	2	1	3	1	1	1			
3	32	2	3	1	5	3	F	14	13,7	0,80	OB	21,4	5	3,80	9	1	1	2	1	1	2	1	4	3	7	3	2	2	2	1	1	1	1	1			
4	24	2	1	2	3	3	F	21	11,1	0,85	N	15,36	9	3,50	9	2		3	1	2	5	1	1	4	5	3	2	2	1	1	3	1	1	1			
5	33	4	5	2	3	1	F	12	9,5	0,76	N	16,4	6	3,80	10	1	1	1	2	1	1	1	4	3	7	4	1	1	3	1	2	1	1	1	1		
6	21	4	2	2	5	3	M	13	11,0	0,80	N	17,1	9	3,00	7	1	1	2	1	2	2	1	4	3	7	4	3	2	4	3	1	3	1	1	1		
7	30	2	2	2	4	1	F	17	10,4	0,77	SBP	17,5	9	3,75	9	1	1	2	2	2	2	1	5	4	7	4	3	1	3	1	2	1	1	1	1		
8	18	4	1	2	3	2	F	10	9,0	0,71	N	17,8	4	2,20	9	1	1	1	2	1	1	1	4	3	4	4	1	2	1	1	2	1	1	1	1		
9	26	1	1	2	2	1	M	12	8,0	0,58	OB	23,7	8	2,70	8	1	1	2	1	1	2	1	4	1	7	4	2	2	2	1	2	3	1	1	1		
10	43	1	8	2	3	1	M	14	11,3	0,79	N	18,1	4	3,25	9	1	4	1	2	1	1	2	1	2	6	4	3	1	2	3	1	2	2	2	1	A	
11	22	4	4	2	3	1	F	12	8,0	0,72	N	15,4	9	3,65	9	2		2	1	1	4	1	4	3	3	4	2	1	2	1	1	3	1	1	1	1	
12	26	4	1	2	3	3	F	6	7,0	0,64	N	17	7	3,40	9	1	4	3	1	1	3	2	1	4												1	
13	30	4	3	1	5	3	M	6	6,0	0,56	BP	19,1	9	3,60	9	2		4	1	2	4	2	4	2	5	2	1	2	3	1	2	3	2	1	1	1	
14	26	4	2	2	4	3	M	15	9,4	0,74	N	17,2	9	3,40	9	1	2	2	1	1	2	1	1	2	7	4	2	2	3	1	1	3	2	1	1	1	
15	20	1	1	2	4	1	M	8	9,0	0,70	N	18,3	9	3,33	9	1	1	2	1	2	2	1	5	2	7	4	2	1	3	1	2	2	2	1	1	1	
16	37	4	6	2	4	1	M	9	8,6	0,69	N	18	9	2,70	9	2		2	2	2	4	1	1	3	7	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	
17	17	4	2	2	1	1	F	20	11,8	0,86	N	15,9	9	3,80	9	2		1	1	2	2	1	4	3	7	3	1	1	3	1	2	3	1	2	1	1	
18	26	2	1	2	3	3	F	17	9,5	0,76	N	16,4	9	3,50	9	2		4	1	2	4	2	4	3	4	2	2	2	3	2	1	2	1	2	1	1	
19	17	1	1	2	5	3	M	9	9,2	0,71	N	18,2	5	3,20	9	1	1	2	1	1	2	1	4	3	4	3	1	2	3	1	2	2	1	1	1	1	
20	26	4	3	2	5	1	M	10	8,8	0,68	N	19	9	3,55	10	1	1	1	2	1	2	2	1	3	4	3	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	
21	33	4	3	2	3	1	F	22	10,2	0,77	SBP	17,2	9	4,25	9	1	3	1	2	1	1	1	1	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1
22	18	2	2	2	3	1	F	6	8,0	0,66	N	18,3	7	3,60	9	2		2	1	2	4	2	4	2	4	1	2	2	1	2	2	3	1	2	1	1	
23	18	4	1	2	5	3	M	12	10,5	0,71	SBP	18,6	8	3,30	10	2		3	2	2	4	2	1	3	5	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	
24	32	1	3	2	2	1	F	19	13,4	0,79	OB	21,4	7	4,40	10	2		2	1	2	4	2	4	4	7	4	2	1	3	1	1	1	2	1	1	1	
25	23	2	2	2	3	3	M	13	10,0	0,70	OB	20,4	3	3,26	9	1	1	1	2	1	1	2	4	3	7	2	2	1	3	1	2	2	1	1	1	A	
26	39	1	5	2	3	1	F	16	8,4	0,76	N	14,5	9	3,13	9	1	4	1	1	1	2	1	4	3	7	3	2	2	3	1	1	3	1	1	1	1	
27	29	2	5	2	4	1	F	11	8,4	0,68	N	18,1	7	2,95	9	1	1	2	1	1	2	1	1	3	7	3	3	1	3	1	2	1	2	1	1	1	
28	23	2	1	2	5	1	F	20	11,1	0,83	N	16,1	9	3,71	9	1	1	1	2	2	6	1	1	4	7	4	4	2	3	1	2	2	2	1	A	1	
29	32	4	1	1	4	3	M	15	10,3	0,76	N	17,8	9	3,31	9	1	1	2	1	1	2	1	1	3	6	4	3	1	1	1	2	2	1	1	1	1	
30	21	2	1	2	5	1	F	7	7,8	0,65	N	18,4	6	3,90	9	2		4	1	2	4	1	1	1	4	4	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1	
31	27	2	5	1	3	1	F	15	11,0	0,79	SBP	17,6	7	3,25	9	2		4	1	2	4	2	4	2	7	3	1	1	3	1	1	3	2	2	1	1	
32	36	2	3	2	2	3	F	14	10,0	0,76	N	17,3	9	3,65	9	2		5	1	2	5	2	1	1	6	4	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	
33	36	2	4	2	3	1	F	15	10,3	0,75	SBP	18,3	6	2,64	9	2		2	1	2	4	1	4	3	5	4	2	2	3	1	2	1	1	2	1	1	
34	21	4	1	2	3	3	M	12	10,2	0,73	SBP	19,1	9	3,90	9	1	1	1	2	1	3	1	4	1	7	3	2	1	3	1	2	2	1	1	1	1	1
35	33	2	1	2	4	3	M	17	11,9	0,78	OB	19,5	9	3,75	9	2		4	1	2	7	2	1	3	5	3	2	1	3	1	2	2	2	1	1	1	
36	31	1	5	2	4	1	M	9	11,7	0,73	OB	21,9	9	3,50	9	2		4	1	2	7	2	4	4	7	4	2	1	3	1	2	3	1	1	1	1	
37	36	4	2	2	6	3	F	8	7,9	0,69	N	16,5	9	3,63	10	2		2	1	2	4	2	4	2	5	4	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	
38	22	4	1	2	5	3	M	13	9,7	0,73	SBP	18,2	6	3,20	9	2		2	1	2	4	1	5	2	5	4	3	1	3	1	2	1	2	1	1	1	
39	22	4	1	1	6	1	M	15	10,0	0,76	N	17,3	9	3,29	9	1	1	1	1	1	1	2	1	1	5	4	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	
40	26	4	3	2	2	1	M	24	11,0	0,85	N	15,2	9	3,90	9	1	1	1	2	1	1	2	4	1	7	3	3	1	3	1	1	1	1	2	1	1	
41	25	2	4	2	4	1	M	21	12,0	0,83	SBP	17,4	3	3,35	9	1	1	2	1	1	2	1	4	3	7	4	1	1	3	1	1	3	2	1	1	1	
42	19	4	1	2	3	1	M	9	8,3	0,68	N	17,9	7	2,20	8	2		5	1	2	5	2	1	4	7	1	1	2	3	2	2	2	2	1	1	1	
43	34	1	2	2	5	1	M	19	10,5	0,83	N	15,2	9	3,70	9	2		2	1	2	4	2	4	3	7	4	2	1	3	1	2	1	1	1	2	1	1
44	24	2	3	2	5	1	M	6	6,5	0,67	RBP	14,4		3,50	9	1	4	1	2	1	1	2	4	3	4	3	2	2	3	1	2	3	1	2	1	1	
45	20	2	1	2	4	3	F	8	8,4	0,66	N	19,2	7	2,71	9	1	4	1	2	1	1	1	1	3	5	4	1	2	3	1	2	2	1	1	1	1	
46	21	2	4	2	2	1	M	6	5,4	0,67	BP	12	5	3,40	9	1	2	1	2	1	1	2	5	2	4	3	1	1	3	1	2	3	1	2	1	1	1
47	27	4	3	2	4	1	F	12	9,3	0,73	N	17,4	8	3,85	9	1	4	1	1	1	1	1	1	3	7	4	2	2	3	1	1	3	2	2	1	1	1
48	17	2	1	2	3	3	M	18	11,1	0,80	N	17,3	7	3,94	9	2		2	1	2	4	1	1	1	7	3	2	2	3	2	1	3	2	2	1	1	1
49	18	4	1	2	3	1	F	15	9,7	0,80	N	15,1	9	3,40	9	2		2	1	2	4	1	4	4	7	4	2	1	3	1	1	3	2	1	1	1	
50	26	2	2	1	3	3	M	14	9,2	0,72	N	17,7	9	3,35	9	1	2																				

### Anexo 3: Matriz de datos (b) puntaje obtenido según adecuación de las respuestas

protocolo	Puntaje - Preguntas sobre Prácticas Maternas de Alimentación																			TOTAL	RESULTADO
	2	3	7	8	10	11	12	14	16	18	20	21	22	24	25	27	28	29	30		
1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	9	I
2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	8	I
3	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	I
4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	I
5	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	10	I
6	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	7	I
7	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	10	I
8	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	9	I
9	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	8	I
10	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	15	A
11	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	5	I
12	1	1	0	0	1	0	1	1	0											5	I
13	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	5	I
14	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	8	I
15	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10	I
16	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	6	I
17	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	6	I
18	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	5	I
19	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	6	I
20	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	11	I
21	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	9	I
22	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	5	I
23	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	9	I
24	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	7	I
25	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	14	A
26	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	7	I
27	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	9	I
28	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	14	A
29	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	11	I
30	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	8	I
31	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	6	I
32	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	6	I
33	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	4	I
34	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	8	I
35	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	9	I
36	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	5	I
37	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	7	I
38	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	7	I
39	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	11	I
40	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	10	I
41	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	10	I
42	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	8	I
43	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	7	I
44	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	12	I
45	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	13	I
46	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	12	I
47	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	12	I
48	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	5	I
49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	6	I
50	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	12	I

## Anexo 4: Pauta alimentaria ideal empleada para la evaluación de las respuestas

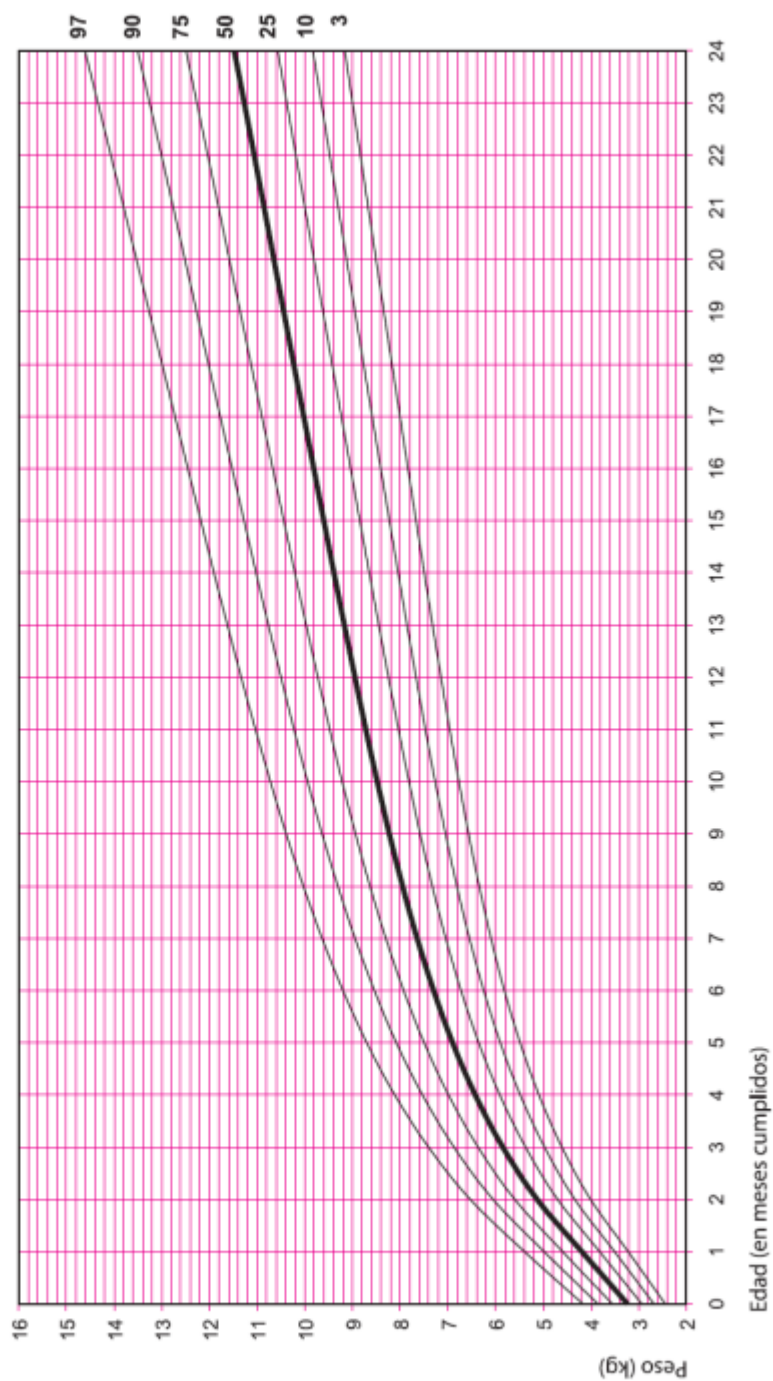
### Pauta alimentaria ideal

Preguntas para evaluar y aconsejar sobre la alimentación del niño

Edad del Niño/a	0-6 meses	6-8 meses	9-12 meses	Más de 1 año
1. ¿Tiene apetito?	Sí	Sí	Sí	Sí
2. ¿Está recibiendo leche materna?	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Cuántas veces al día?	10-12 veces	7 veces	7 veces	5 veces
3. Lacta durante la noche?	Sí	Sí	Sí	Sí
4. ¿Recibe otra leche?	No	Sí, en las comidas	Sí, en las comidas	Sí, en las comidas
5. ¿Usa biberón?	No	No	No	No
6. ¿Recibe té?	No	No	No	No
7. ¿Recibe otros alimentos? ¿Cómo los prepara?	No	Papilla espesa	Comida picadita	Comida en trozos pequeños
8. ¿Cuántas veces por semana le da alimentos que contienen hierro?	No	Tres veces por semana o más	Tres veces por semana o más	Tres veces por semana o más
9. Cuántas veces al día come? (sin contar la leche materna)	No	2-3	3-4	3-5
10. ¿Le agrega aceite, manteca, margarina a la comida?	No	Sí	Sí	Sí
11. ¿Quién le da de comer al niño?	Pecho materno	Madre/Padre /Adulto	Madre/Padre /Adulto	Madre/Padre /Adulto
12. Si el niño está enfermo ¿le cambia la alimentación?	No, pero lo amamanta más seguido	No, pero le da más veces al día. Cumple las indicaciones del equipo de salud	No, pero le da más veces al día. Cumple las indicaciones del equipo de salud	No, pero le da más veces al día. Cumple las indicaciones del equipo de salud

## Anexo 5: Curvas de referencia para niños y niñas OMS 2007

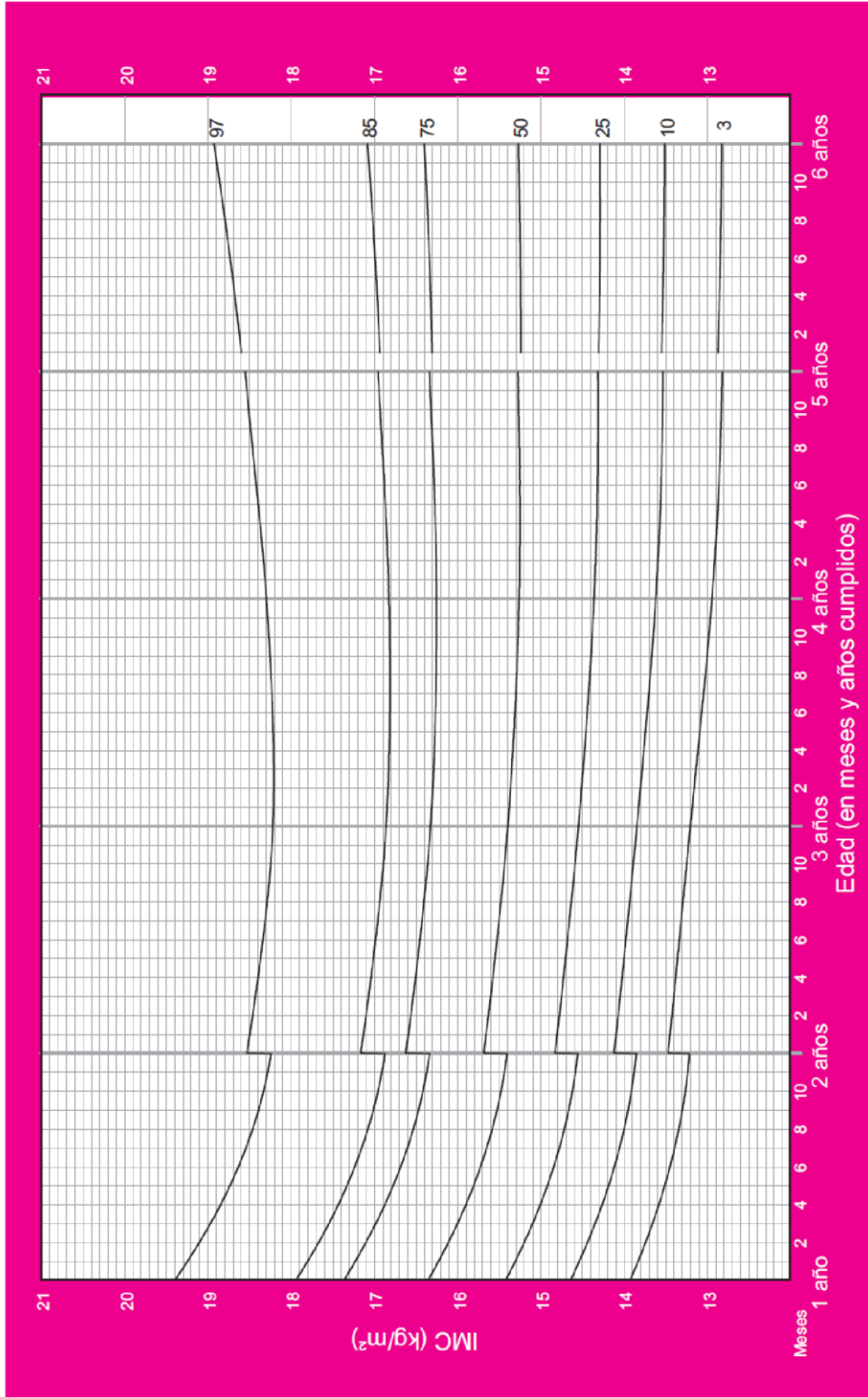
### Peso para la Edad de NIÑAS Percentilos (0 a 24 meses)



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

# IMC para la edad Niñas

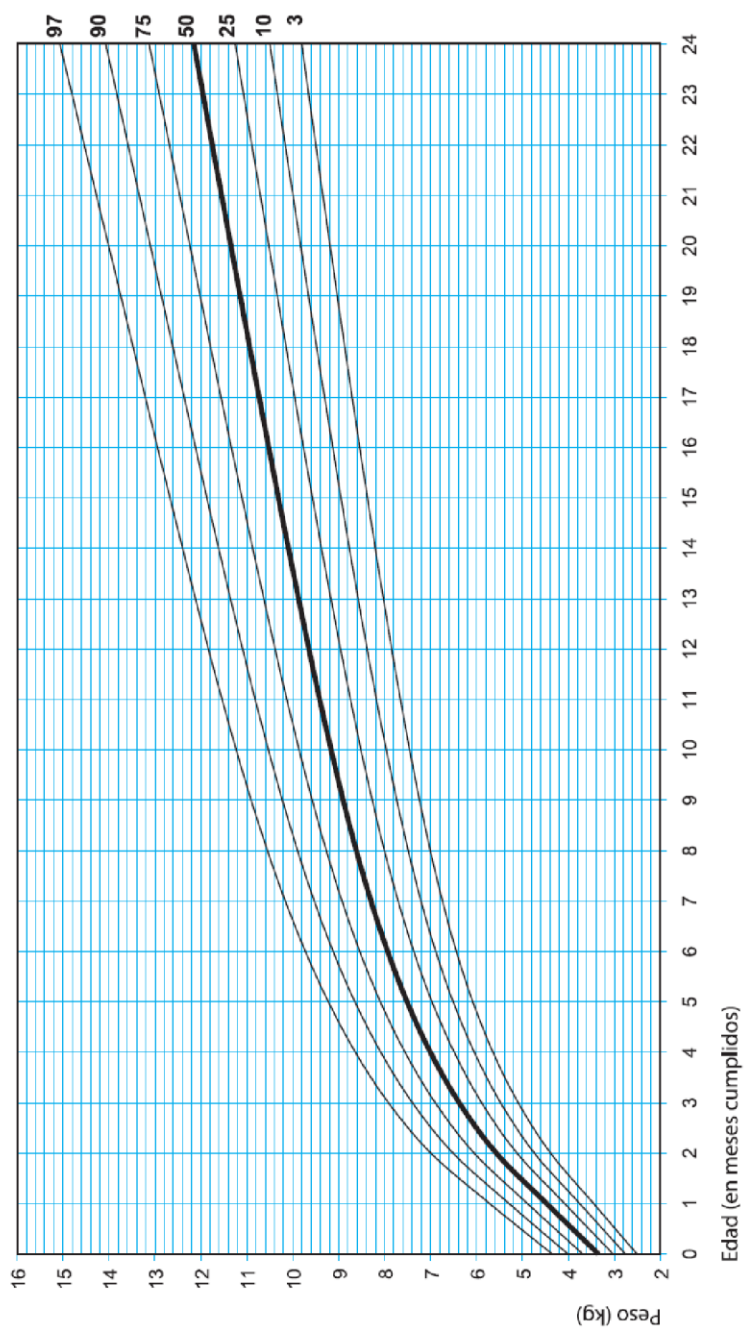
Percentiles (1 a 6 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

## Peso para la Edad de NIÑOS

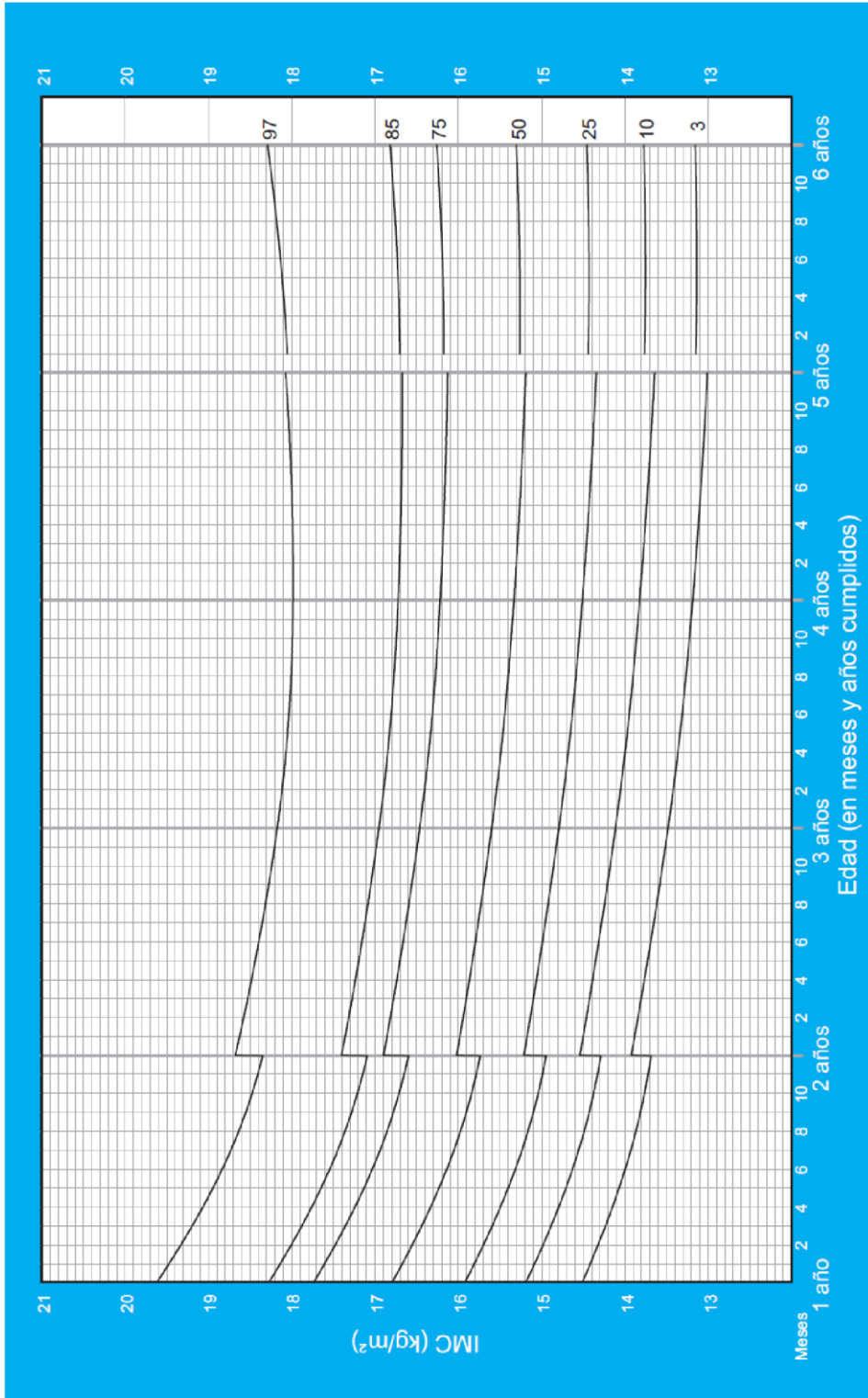
Percentilos (0 a 24 meses)



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

# IMC para la edad Niños

Percentiles (1 a 6 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS