UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA



Facultad de Medicina y Cs. de la Salud

Licenciatura en Nutrición

"Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres primerizas de niños que residen en el municipio de Esteban Echeverria, durante el primer semestre del 2022"

Tutor/a de Tesina: Lic. en Nutrición Verónica Severino.

Estudiante: Agustina Rocío Solís.

Carrera: Licenciatura en Nutrición.

Título a obtener: Licenciada en Nutrición.

Fecha: 28/02/2022

Resumen.

Introducción: La alimentación complementaria es un período de transición sumamente importante que determinará la salud, desarrollo y crecimiento del niño a partir de los seis meses de vida. Por este motivo, es imprescindible que las madres primerizas posean conocimientos y prácticas adecuadas en relación a la alimentación comprendida en dicho rango etario. **Objetivo:** Evaluar el conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria oportuna en madres primerizas de niños entre 6 - 12 meses de edad, en el municipio de Esteban Echeverría, durante el primer semestre del 2022. **Material y métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con una muestra que abarca a 32 madres primerizas de niños entre 6 a 12 meses de edad, pertenecientes al partido de Esteban Echeverria de Buenos Aires. **Resultados:** Mediante el presente estudio de investigación, se obtuvo que más de un 60% de las madres primerizas que han sido encuestadas posee conocimientos inadecuados sobre la alimentación complementaria, mientras que un 50% de las mismas, realiza prácticas alimentarias infantiles inapropiadas. **Conclusiones:** Más de la mitad de la muestra posee conocimientos y prácticas inadecuadas relacionadas al período de transición alimentaria de sus niños entre 6 a 12 meses de edad.

Palabras claves: alimentación complementaria, prácticas alimentarias, conocimiento, madres primerizas.

Índice de contenidos.

1. Resumen……....1
2. Introducción……..4
   1.1 Problema de investigación……..6
   1.2 Justificación ……...6
   1.3 Hipótesis……..7
3. Marco Teórico…….....7
   3.1 Definición de alimentación complementaria……..7
   3.2 Definición de alimentación complementaria oportuna……...8
   3.3 Definición del momento oportuno de inicio de la AC……9
   3.4 Definición de alimentación complementaria temprana…….11
   3.5 Definición de alimentación complementaria tardía……..12
   3.6 Definición de la duración de la AC……...12
   3.7 Frecuencia de consumo de alimentos complementarios……...13
   3.8 Consistencia oportuna de los alimentos complementarios……14
   3.9 Variedad de alimentos complementarios……...……15
   3.10 Definición de alimentos alérgenos……..19
   3.11 Introducción de alérgenos en la alimentación del niño……...19
   3.12 Exposición a nuevos alimentos complementarios……...21
   3.13 Porciones diarias recomendadas de alimentos complementarios……23
4. Antecedentes de la investigación……....24
5. Objetivos…….27
   5.1 Objetivo general……27
   5.2 Objetivos específicos……27
6. Operacionalización de variables…….28
7. Metodología Diseño de investigación…….……40
   7.1 Diseño de estudio……..40
   7.2 Población y muestra……...……...40
   7.3 Criterios de inclusión……40
   7.4 Criterios de exclusión……40
   7.5 Criterios de eliminación……40
   7.6 Método de recolección de datos……40
8. Cronograma de trabajo……..……..41
9. Análisis de datos..……...42

10. Conclusiones……...……61
11. Limitaciones de la investigación…….64
12. Discusión…….65
13. Bibliografía…….69
14. Anexos……72
14.1 Anexo n°1: Consentimiento informado.
14.2 Anexo n°2: Instrumento de recolección de datos “Cuestionario acerca del conocimiento y prácticas relacionadas a la alimentación complementaria del niño entre 6 a 12 meses”

1. Introducción.

Según la Organización Mundial de la Salud, la malnutrición es responsable de aproximadamente un tercio de las muertes de los menores de 5 años. Bastante más de dos tercios de estas muertes, generalmente relacionadas con prácticas alimentarias inadecuadas, se producen durante el primer año de vida. (1)

A su vez, un informe de UNICEF revela que 1 de cada 5 niños y niñas menores de cinco años habitantes de América Latina y el Caribe, sufren de retraso en el crecimiento, emaciación o sobrepeso a causa de una inadecuada e insuficiente alimentación durante sus primeros años de vida. El mismo señala que 2 de cada 5 niños y niñas entre seis y 24 meses de edad, no reciben una alimentación adecuada para mantener el ritmo de crecimiento necesario para su organismo. (2)

Dichos informes, dejan en evidencia la importancia que posee una adecuada nutrición durante los primeros meses y años de vida, siendo fundamentales para un óptimo crecimiento y desarrollo del organismo y sus funciones.

El período comprendido entre el nacimiento y los primeros dos años de vida de un niño, es considerado una "ventana crítica de tiempo" para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimo. En diversos estudios longitudinales, se ha comprobado consistentemente que esta es la edad pico en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes, desnutrición y enfermedades comunes de la niñez como la diarrea. A largo plazo, las deficiencias nutricionales tempranas están ligadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud en general durante las distintas etapas de la vida, como la adolescencia y la edad adulta. Después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente. (3)

Para una alimentación infantil óptima, la OMS y el UNICEF recomiendan lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (es decir, 180 días) y el inicio de la alimentación complementaria, adecuada y segura a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más. Con lactancia materna exclusiva, se refieren a que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza o leche materna extraída del pecho, sin ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos. Mientras que alimentación complementaria, se comprende como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es

suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etáreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 23 meses de edad, aún cuando la LM debería continuar, incluso, más allá de los dos años. (10) 4

La alimentación complementaria, también conocida como "período de transición", es la etapa posterior al "Período inicial" y anterior al "Período de incorporación a las pautas familiares", donde el lactante deja de ser alimentado exclusivamente a lactancia materna o leche de fórmula, para incorporar alimentos de distintas consistencias y texturas. El momento óptimo de su comienzo se da a los seis meses de edad ya que a partir de dicho momento, la leche materna deja de cubrir las necesidades energéticas del niño, requiriendo la incorporación de alimentos complementarios. De está manera, se asegura una ingesta de energía, proteínas y micronutrientes acorde a los requerimientos nutricionales propios de la edad. La alimentación complementaria del niño debe estar orientada, tal como lo indica su nombre, no solamente a complementar la leche materna adecuada y oportunamente con todos los nutrientes que el niño necesita, sino también a lograr el desarrollo normal de la conducta alimentaria desde su más temprano inicio.

Además de aportar energía y nutrientes suficientes para el niño, la AC posee otras finalidades como; estimular el desarrollo psicosensorial del niño, crear patrones de horarios y hábitos alimentarios, ayudar al desarrollo fisiológico de las estructuras de la cavidad orofaríngea y de los procesos masticatorios, promover la conducta exploratoria del niño y estimular el desarrollo psicoemocional del niño, integrandolo a la vida familiar.

Las prácticas deficientes de alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las causas principales de desnutrición en los primeros dos años de vida. Por esta razón, es esencial asegurar que las personas encargadas del cuidado y salud de los niños reciban orientación apropiada en cuanto a la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños.

Por dichos motivos, es imprescindible que las madres que recién comienzan a experimentar la maternidad por primera vez, cuenten con conocimiento suficiente para afrontar dicho proceso y brindarle al lactante los alimentos necesarios para una alimentación oportuna, minimizando déficits nutricionales que puedan aparecer a futuro. (4) 5

1.1 Problema de investigación.

¿Cuál es el conocimiento que poseen las madres primerizas de niños sobre la alimentación complementaria oportuna que residen en el municipio de Esteban Echeverría, durante el primer semestre del 2022?

1.2 Justificación.

La alimentación infantil se divide en tres etapas: el período inicial (0-6 meses), el período de transición (6-12 meses) y el período de incorporación a las pautas familiares (a partir del año de vida). El "período de transición" es una etapa que comienza a partir de los seis meses de vida, donde la maduración digestiva, renal y neurológica del niño van progresando. El niño/a adquiere la capacidad de digerir y absorber otros alimentos y es capaz de excretar cargas osmolares sin pérdidas excesivas de agua. A su vez, el niño duplica el peso del nacimiento, pierde el reflejo de protrusión y comienza a sentarse solo; desarrolla capacidades y movimientos de coordinación para reconocer una cuchara y prensarla con sus labios; puede deglutir alimentos sólidos y ya es capaz de comenzar a diferenciar las variedades de sabores, texturas y colores de los alimentos. A raíz de dichos cambios fisiológicos, comienzan a incrementarse los requerimientos energéticos y nutricionales del niño, por lo que deberá complementar la lactancia materna con alimentos de distintas texturas, consistencias para suplir dichas necesidades. (4) 5

Según los resultados proporcionados por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2010) con respecto al momento de introducción alimentaria de lactantes a nivel nacional, se reveló que más de un 70% de los niños y niñas encuestados menores de 2 años incorporaron alimentos previamente a los seis meses de edad, e incluso un 25% lo hizo antes de los primeros cuatro meses de vida. Mientras que solo un 25% del total de los niños y niñas, comenzó la alimentación complementaria a término, es decir, a los seis meses de edad. Dentro de los alimentos incorporados tempranamente por mayor cantidad de niños fueron derivados de lácteos, entre ellos yogures, vegetales cocidos, jugos de fruta, galletitas y panificados. (5) 6

Dichos resultados, sugieren la necesidad una mayor difusión de las recomendaciones brindadas por la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Salud sobre la alimentación inicial y de transición de los niños y niñas, acompañada de una adecuada educación alimentaria para las madres y padres de todas las regiones del país.

Habiendo destacado una parte de los resultados de las ENNyS, con el presente trabajo de investigación, se pretende determinar el grado de conocimiento que poseen las madres primerizas con respecto a la alimentación complementaria de sus niños. A su vez, se evaluarán prácticas alimentarias relacionadas a la consistencia, cantidades y variedad de alimentos ofrecidos al niño diaria y semanalmente.

Teniendo en cuenta que la nutrición durante los seis a doce meses de edad es imprescindible para garantizar un adecuado desarrollo y crecimiento del lactante; y que las madres primerizas no cuentan con experiencia previa en cuanto a la alimentación de un recién nacido, es relevante identificar el conocimiento que poseen dichas mujeres con respecto a la alimentación complementaria para poder actuar frente a sus necesidades.

A partir de los resultados del presente trabajo de investigación, se dictará un taller de modalidad teórico-práctica, junto con aquellas madres primerizas que hayan obtenido un bajo grado de conocimiento sobre la alimentación complementaria y prácticas alimentarias del niño inadecuadas, con el fin de proporcionarles información básica acerca de cómo atravesar la etapa de transición alimentaria en el niño durante los primeros seis meses hasta el primer año de vida. El mismo tendrá una modalidad teórico-práctica, donde no sólo se brindará información sobre la AC, sino también se realizarán prácticas culinarias con el propósito de enseñar las consistencias, texturas y cantidades de alimentos que deben ser ofrecidas al niño según al rango etario perteneciente.

1.3 Hipótesis.

Más del 50% de las madres primerizas encuestadas poseen un inadecuado nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria del niño entre 6 a 12 meses de edad.

3. Marco Teórico.

3.1 Definición de alimentación complementaria.

La alimentación complementaria (AC) es un proceso que comienza a partir de los seis meses de vida, cuando la leche materna es insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales de un lactante, requiriendo la introducción de otros alimentos y líquidos. El mismo depende de factores socioeconómicos, fisiológicos, nutricionales y psicológicos. Los reflejos y habilidades que en un niño con desarrollo normal se pueden esperar y la

consistencia de los alimentos que se pueden ofrecer permiten, por un lado, facilitar la ingestión del alimento, y por otro, que los niños ejerciten los reflejos para acrecentar la maduración neuromuscular. (6) 7

Desde el 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomendó iniciar la AC a partir de los seis meses de vida dado que a dicha edad el niño se encuentra suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. En el caso de no introducir alimentos complementarios alrededor de los seis meses o administrarlos de manera inadecuada, el crecimiento del niño puede verse afectado. Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada son:

- ➔ Continuar con la lactancia materna a libre demanda, con tomas frecuentes, hasta los dos años o más.
- ➔ Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).
- ➔ Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- ➔ Empezar a los seis meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
- ➔ Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.
- ➔ Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.
- ➔ Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.
- ➔ Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- ➔ Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos. (7) 8

3.2 Definición de Alimentación Complementaria Oportuna.

La Alimentación Complementaria Oportuna (ACO), se define como la introducción de alimentos blandos, semiblandos o sólidos correctamente triturados o desmenuzados cuyo fin es complementar la lactancia materna para cubrir los requerimientos nutricionales. El término “oportuna” alude a que dicha alimentación no debe comenzar previo a los primeros

seis meses de vida, ya que el cuerpo del lactante aún no se encuentra preparado ni posee la maduración suficiente como para ingerir alimentos antes del período de transición.

La ACO es fundamental para el completo desarrollo del potencial genético humano. Se conoce muy bien que el período entre el nacimiento y los dos años de edad, es una ventana crítica para la promoción del crecimiento, la salud y desarrollo óptimos. Una vez que el niño alcanza los dos años de vida, se torna dificil la reversión de la falla del crecimiento ocurrida anteriormente. (4) 5

3.3 Definición del momento oportuno de inicio de la AC.

Según la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), el momento oportuno para introducir alimentación complementaria en el lactante es a los seis meses de edad, dado que las necesidades de energía y nutrientes del lactante comienzan a exceder lo aportado por la leche materna o fórmulas infantiles. Por lo tanto, la introducción de alimentos complementarios se vuelve necesaria para llenar las brechas de energía y nutrientes. El crecimiento y el desarrollo del lactante se pueden ver afectados ante el déficit calórico causado por la falta de alimentos o por la introducción de alimentos de una manera inapropiada a dicha edad. (8) 9

A partir de los seis meses de edad, surge la necesidad de complementar la alimentación láctea por con varias finalidades, entre las cuales se destacan:

1. Aportar la energía, proteínas y demás nutrientes que ya no se cubren sólo con la leche.
2. Estimular el desarrollo psicosensorial del niño.
3. Crear patrones de horarios y hábitos alimentarios.
4. Ayudar al desarrollo fisiológico de las estructuras de la cavidad orofaríngea y de los procesos masticatorios.
5. Promover la conducta exploratoria del niño.
6. Estimular el desarrollo psicoemocional del niño e integrarlo a la vida familiar. (4)

Más allá de la edad, para dar inicio a la introducción de alimentos complementarios, se deben tener en cuenta múltiples factores involucrados en el éxito de su buena implementación, tales como: la capacidad del niño para la digestión y absorción de los diferentes macro y micronutrientes presentes en la dieta, las habilidades sociales y motoras adquiridas, el medio socioeconómico en el que se encuentra y la incapacidad de la leche

materna y de las fórmulas lácteas infantiles de asegurar un aporte energético adecuado de nutrientes que garanticen el crecimiento y desarrollo adecuado del lactante. (9) 10

En gran medida, la introducción de nuevos alimentos a la dieta del lactante se basa en el desarrollo neurológico al momento de decidir iniciar la alimentación complementaria. Durante este proceso de transición, el lactante irá perdiendo reflejos primarios como el de extrusión de la lengua, que inicialmente lo protegían, al tiempo que gana capacidades necesarias para la alimentación. Los lactantes menores de cuatro a seis meses tienden a expulsar los alimentos con la lengua, mejor conocido como "reflejo de protrusión"; sin embargo, luego de esa edad desaparecen los reflejos primarios de búsqueda y extrusión, por lo que ya se encuentran aptos para recibir y mantener los alimentos en la boca con mayor facilidad. A los seis meses, el lactante adquiere una serie de habilidades motoras que le permiten realizar movimientos por sí solo como sentarse, al mismo tiempo que aparece la deglución voluntaria, permitiéndole recibir alimentos de consistencia semisólida, tal como el puré o la papilla mediante la ayuda de cuchara.

A medida que el niño va creciendo, se debe ir modificando gradualmente el tipo de consistencia de los alimentos, pasando de semisólido a sólido bien triturado o desmenuzado. A partir de los ocho meses de edad, el niño habitualmente adquiere la erupción de las primeras cuatro piezas dentarias (dos superiores y dos inferiores), mejora la actividad rítmica de masticación, la fuerza y la eficacia con la que la mandíbula presiona y tritura los alimentos y deglute coordinadamente los alimentos desmenuzados. Por ello, actualmente se recomienda no retrasar el inicio de introducción alimentaria más allá de los diez meses, incluso a pesar de que el niño no presente erupción dentaria, ya que se ha visto que el niño cuenta con la capacidad de masticar y triturar los alimentos blandos con sus propias encías, y el retraso en la introducción de este tipo de alimentos puede condicionar la presencia de alteraciones de la masticación en etapas posteriores. (9) 10

A su vez, el inicio de la alimentación complementaria se encuentra estrechamente ligado al desarrollo y maduración del tracto gastrointestinal del niño. Alrededor de los cuatro meses de vida, el tracto gastrointestinal ya desarrolla los mecanismos funcionales que le permiten metabolizar alimentos diferentes a la leche materna y a las fórmulas lácteas infantiles. La capacidad del estómago del recién nacido a término es de 30 ml, durante los seis meses siguientes su capacidad gástrica aumenta gradualmente, permitiéndole una mayor ingesta de alimentos complementarios. De igual forma la motilidad gastrointestinal alcanza un grado de maduración adecuado, mejorando el tono del esfínter esofágico inferior y la

contractilidad antro-duodenal, lo que favorece un mejor vaciamiento gástrico, comparado con los primeros seis meses de vida. Al mismo tiempo, aumenta la secreción de ácido clorhídrico, la producción de moco y se establece a plenitud la secreción de bilis, sales biliares y enzimas pancreáticas, facilitando de está manera la digestión y la absorción de almidones, proteínas y grasas diferentes a las encontradas en la leche materna. (9) 10

Por último, la importancia del estado de maduración renal radica en la capacidad que tendrá el lactante para depurar la cantidad de solutos presentes en los nuevos líquidos y alimentos introducidos durante el período de transición alimentaria. La filtración glomerular del recién nacido equivale alrededor del 25% del valor del adulto, duplicándose entre los dos y los tres meses de edad. A los seis meses el riñón alcanza cerca de 75-80% de la función del adulto, lo que le permite al lactante manejar una carga más elevada de solutos. Por otra parte, alrededor de los seis meses de vida, la función renal alcanza el grado de maduración necesario para manejar cargas osmolares mayores, permitiéndole al niño tolerar un mayor aporte de proteínas de origen animal y vegetal y de solutos en su alimentación. Antes de los seis meses la capacidad de concentración de la orina suele estar por debajo de 600-700 mOsm/kg. Al mismo tiempo los mecanismos de secreción y reabsorción tubular alcanzan un mayor grado de funcionalidad. (9)

3.4 Definición de Alimentación Complementaria Temprana.

Se define a la alimentación complementaria temprana a la incorporación de alimentos de consistencia líquida, semisólida y/o sólida triturada previo a los seis meses de vida del lactante. Actualmente se conoce que no existen ventajas nutricionales en introducir de manera temprana otros alimentos además de la leche materna o, en su defecto, de las fórmulas infantiles. Por el contrario, dicha acción, podría ocasionar daños a nivel renal debido a una sobrecarga de solutos y un elevado riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas y de alergias alimentarias. Esto se debe a la inmadurez de los procesos fisiológicos que ocurren a nivel gastrointestinal y renal. (3) (6)

A su vez, los alimentos complementarios introducidos antes de los seis meses de vida tienden a producir un desplazamiento de la leche materna interrumpiendo el proceso de lactancia materna exclusiva y resultando en un menor aporte energético. La calidad nutricional de los alimentos incorporados es incomparablemente menor a la de la leche

materna como, por ejemplo, sucede con la biodisponibilidad de micronutrientes como el hierro (Fe) y el zinc (Zn). (8)

Está comprobado que el crecimiento infantil no mejora con la alimentación complementaria antes de los seis meses, aún en condiciones óptimas (es decir, con alimentos inocuos y nutritivos). Por ello, si se espera hasta los seis meses para introducir otros alimentos, los beneficios potenciales para la salud superan a los riesgos potenciales. (3)

3.5 Definición de Alimentación Complementaria Tardía.

Se define alimentación complementaria tardía a la incorporación de alimentos de consistencia líquida, semisólida y/o sólida desmenuzada más allá de los primeros seis meses de vida del lactante. No está recomendado retrasar la alimentación complementaria debido a que dicha acción podría ocasionar una serie de complicaciones en el lactante, como una mayor predisposición a trastornos deglutorios, enfermedades con componente inmunológico, desnutrición y una relevante deficiencia de macro y micronutrientes.

Además, el niño podría desarrollar alteraciones, a largo plazo, en la conducta alimentaria manifestadas por una mayor dificultad para la incorporación de nuevos sabores, texturas y consistencias. (9)

Pasados los seis meses de edad, se ve dificultada la capacidad infantil de suplir sus propias necesidades nutricionales y energéticas si se fue alimentado con lactancia materna únicamente. (6)

Según la Organización Panamericana de la Salud, “el período de la alimentación complementaria, de los 6 a los 23 meses, es el momento donde existe un pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas”. Por lo que si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o se administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado. (10)

3.6 Duración oportuna de la lactancia materna.

Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la lactancia materna debe acompañar la alimentación complementaria hasta los dos años de edad y debe ser administrada a demanda, debido a que durante este periodo sólo una parte de los

requerimientos calóricos totales del niño son cubiertos por la alimentación complementaria. Se recomienda que la leche materna continúe hasta los 24 meses del lactante, dado que aporta nutrientes de mejor calidad que los que existen en los alimentos complementarios, así como factores protectores. Es una fuente crítica para la provisión de energía y nutrientes, reduciendo la mortalidad entre los niños desnutridos. (9)

El amamantamiento a través de la leche materna durante los primeros dos años de vida provee grandes beneficios al niño, entre los cuales, se destaca la capacidad de recibir hasta un 40% del total de sus requerimientos energéticos a partir de la leche materna. Debido a que la leche materna tiene un contenido de grasa relativamente alto comparada a la mayoría de los alimentos complementarios, es una fuente clave de energía y ácidos grasos esenciales. Su contenido de grasa puede ser crítico para la utilización de carotenoides pro-vitamina A en dietas de origen predominantemente vegetal. (3)

Otros beneficios importantes que provee la prolongación de la lactancia materna son: el aporte de componentes antimicrobianos, como la Inmunoglobulina A secretoria, que colaboran con el refuerzo del sistema inmunológico del niño; y la capacidad de recuperación de enfermedades agudas, siendo un recurso crítico para mantener un correcto aporte calórico durante diarreas agudas y otras infecciones. (8)

El impacto nutricional de la leche materna es mucho más evidente durante los periodos de enfermedad, cuando el apetito de los niños por otros alimentos desciende pero la ingesta de leche materna se mantiene. Por ende, la leche materna juega un rol importante en la prevención de la deshidratación y provee los nutrientes requeridos para la recuperación de los niños después de enfermedades infecciosas. (3)

3.7 Frecuencia diaria de consumo de alimentos.

Se entiende como frecuencia de consumo de alimentos a la cantidad de alimentos ofrecidos diariamente al niño. Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), debe incrementarse la frecuencia con la que el niño recibe alimentos complementarios de manera gradual, a medida que el mismo se va desarrollando y creciendo. (6)

La alimentación complementaria debe comenzar a los 6 meses de edad con 2 a 3 comidas diarias. Luego, a partir de los 7 hasta los 8 meses de vida, se debe incrementar a 3

comidas por día. Por último, a partir de los 8 meses hasta los 12 meses de edad, al niño se le deben ofrecer entre 3 a 4 comidas diarias. Asimismo, esa cuarta comida que se le adiciona al niño durante el último período, puede contar como una colación, la cual es más simple de ofrecérsela dado que suelen ser alimentos que los niños ya consumen por sí mismos y son fáciles de preparar. (9)

Se debe respetar la cantidad de comidas ofrecidas al niño según la edad dado que ante la presencia de déficits o excesos de alimentos, podría modificar las conductas alimentarias del niño. Con una deficiencia alimentaria, el niño no logrará cubrir adecuadamente sus requerimientos nutricionales y/o energéticos. Asimismo, ante un exceso de alimentos, se verá favorecido el abandono precoz de la lactancia, incrementando el peso del niño, derivando en un cuadro de obesidad.

Es imprescindible que a lo largo del día, todas las comidas vayan acompañadas junto con la lactancia materna, dado que la misma sigue contribuyendo al aporte de macro y micronutrientes esenciales para el desarrollo y crecimiento del niño.

3. 8 Consistencia oportuna de los alimentos ofrecidos durante la AC.

La consistencia de un alimento se define como el grado de firmeza, viscosidad, densidad o resistencia al movimiento o separación de las partículas que lo constituyen. (6)

Durante la etapa de alimentación complementaria, la consistencia alimentaria ofrecida por parte de las madres o cuidadores del niño, deberá ir modificándose acorde a la edad del mismo y a su desarrollo neuromuscular. A su vez, deberán considerarse otros factores, tales como: la tolerancia, adaptación y crecimiento del niño en cuestión. Los tipos de consistencia que se irán ofreciendo durante el período de transición hasta los doce meses de edad son: alimentos semisólidos, sólidos bien desmenuzados o triturados y completamente sólidos. (9) (10)

A partir de los seis meses de edad se recomienda comenzar la alimentación complementaria con una consistencia semisólida, como por ejemplo: tipo puré o papilla. A medida que el niño aumenta la habilidad y coordinación para morder, masticar y tragar, permitiendo la incorporación de nuevas texturas y consistencias. Una vez alcanzados los ocho meses de edad, el niño ya puede incorporar otro tipo de consistencia como sólidos triturados o bien desmenuzados. (9)

A partir de los doce meses de edad, el niño ya posee habilidades masticatorias y estabilidad de la mandíbula, permitiéndole consumir alimentos complementarios de consistencia sólida sin ningún tipo de riesgo. De esta manera, el niño ya es incluído en la mesa familiar.

No es recomendable ofrecer alimentos o preparaciones líquidas como sopas, caldos y/o jugos por sí solos, dado que dichos alimentos no son nutricionalmente completos para satisfacer las necesidades energéticas y nutricionales del niño. Son preparaciones a base de agua, por lo que no aportan suficientes cantidades de macronutrientes. A su vez, el hecho de ofrecer alimentos de consistencia líquida o licuada al niño, dificultará la adaptación del mismo a nuevas texturas. (9)

Idealmente, los alimentos complementarios deben ser lo suficientemente espesos para mantenerse en la cuchara, sin escurrirse hacia afuera. Generalmente, los alimentos que son más espesos o más sólidos tienen mayor densidad de energía y nutrientes que los alimentos aguados o muy blandos. Al consumir alimentos de mayor consistencia, resulta más fácil suministrar un mayor aporte calórico e incluso, una mayor variedad de alimentos ricos en micronutrientes. (3)

Según la Organización Panamericana de la Salud, algunos estudios sugieren que existe una “ventana crítica” de tiempo para introducir alimentos sólidos “grumosos”: si estos no se introducen antes de los 10 meses de edad, puede incrementarse el riesgo posterior de sufrir inconvenientes alimentarios en un futuro. Por ello, si bien continuar con alimentos de consistencia semisólida puede ahorrar tiempo durante su preparación, se recomienda aumentar la consistencia y viscosidad de los alimentos gradualmente de acuerdo con la edad del niño. (3)

3.9 Variedad de alimentos complementarios.

Una alimentación complementaria variada en vegetales, frutas, carnes, legumbres, cereales, semillas y aceites, asegurará un gran aporte de macro y micronutrientes que son requeridos para cubrir las necesidades nutricionales y energéticas del niño a partir de los seis meses de vida. Por ello, es imprescindible que a partir de los seis meses de edad, el niño comience a consumir variedad de alimentos.

La elección de los alimentos complementarios por parte de las madres y/o cuidadores del niño, dependerá de varios aspectos que giran entorno a la vida del niño. Entre los cuales se destacan factores biológicos, culturales, sociales, económicos y nutricionales. Por ello, para conseguir una alimentación complementaria oportuna se debe hacer hincapié en aspectos que rodean al niño, sin encarar únicamente por el aspecto nutricional.

En Argentina, comenzar la AC mediante la incorporación de cereales como el trigo, sémola de trigo, harina de maíz, avena; hortalizas como papa, zapallo o calabaza y frutas es habitual. (8)

Cada día, se debería añadir una variedad de otros alimentos al alimento básico, para aportar otros nutrientes. Estos incluyen:

Los alimentos de origen animal o pescado son buenas fuentes de proteína, hierro y zinc. El hígado también aporta vitamina A y folato. La yema del huevo es una buena fuente de proteína y de vitamina A, pero no de hierro. El niño debe recibir la parte sólida de estos alimentos y no solamente el jugo. Los productos lácteos, como ser la leche, queso y el yogur, son buenas fuentes de calcio, proteínas, energía y vitaminas del complejo B. Los guisantes, frijoles, lentejas, maní y soja, son buenas fuentes de proteína y contienen algo de hierro. El comer al mismo tiempo alimentos ricos en vitamina C (por ejemplo tomates, cítricos y otras frutas, además de vegetales de hojas verdes), favorece la absorción de hierro. K Las frutas y verduras de color naranja, como ser la zanahoria, zapallo, mango y papaya y las hojas de color verde oscuro, por ejemplo la espinaca, son ricos en caroteno, un precursor de la vitamina A y también son ricos en vitamina C. Las grasas y aceites son fuentes concentradas de energía y de ciertas grasas esenciales que son necesarias para el crecimiento del niño. (10)

Aceites y grasas. El consumo de grasas y/o aceites es imprescindible dentro de la alimentación complementaria del niño, debido a que incrementan la densidad energética de los alimentos y les aportan un sabor agradable y más aceptable por el lactante. El agregado de aceites a las preparaciones infantiles, asegura un adecuado aporte energético. A su vez, las grasas también mejoran la absorción de la vitamina A y de las demás vitaminas liposolubles. Algunos aceites, en especial el aceite de soja, también aportan ácidos grasos esenciales como omega 3 y omega 6. El aporte lipídico debe representar idealmente el 30-45% del aporte calórico total proveniente tanto de la leche materna como de la alimentación complementaria en conjunto. Sin embargo, no se recomienda superar dicho aporte ya que la alimentación del niño menor a un año estaría centrada en las grasas, desplazando a los alimentos fuentes de proteínas, como las carnes, derivados lácteos y

legumbres, quienes aportan micronutrientes esenciales para la salud del lactante como zinc y hierro. (10)

Carnes. La carne y el hígado representan las mejores fuentes de hierro hemínico para niños mayores a seis meses de edad, además contienen un factor cárnico que facilita e incrementa la absorción del hierro no hemínico encontrado en alimentos de origen vegetal, tales como espinaca, lentejas, arvejas y demás legumbres. A pesar de que el niño debe ser suplementado con hierro a través de medicamentos desde los 6 a 12 meses de edad, se deben priorizar alimentos con alto contenido de hierro durante la alimentación complementaria.

Prácticas alimentarias inadecuadas durante el primer año de vida poseen un impacto negativo sobre la biodisponibilidad del hierro en los niños. Entre ellas, se destacan la introducción temprana de leche de vaca entera o descremada e infusiones como té, mate cocido, entre otras, por su elevado contenido en taninos.

Los taninos o polifenoles son compuestos que reducen la biodisponibilidad de hierro debido a la formación de complejos insolubles que no pueden ser absorbidos. Dichos compuestos, se encuentran principalmente en hierbas como el té, café, vino y ciertos vegetales como la berenjena, espinaca, lentejas y hojas de remolacha. El consumo de una taza de té (alto en compuestos taninos) junto con una comida, disminuye el porcentaje de absorción hasta en un 60%. Con el fin de promover una mejora en la biodisponibilidad del hierro en el organismo del niño, se debe evitar el consumo de dichos alimentos en conjunto con alimentos con alto contenido de hierro. (11)

La deficiencia de hierro es la causa principal de la anemia nutricional, la cual está estrechamente asociada al retraso en el desarrollo neuropsicomotor del niño. Es por ello, que debe considerarse prioritario establecer buenas prácticas de alimentación complementaria con el fin de prevenir una deficiencia de hierro y, por ende, una anemia nutricional.

De esta manera, la OMS propone introducir pequeñas porciones de carne a partir de los seis meses de edad, aumentar la ingesta de alimentos fuente de vitamina C mediante puré de frutas y de vegetales, prolongar la lactancia materna hasta los dos años, proveer alimentos fortificados con hierro y utilizar lácteos fermentados. (6)

Por el contrario, determinados alimentos deben ser excluidos o evitarse dentro de la alimentación infantil hasta el primer año de edad. Entre los cuales se destacan:

1. Bebidas de bajo valor nutritivo. Las bebidas azucaradas, tales como jugos artificiales, gaseosas, jugos de frutas no deben ser elegidas como alimentos de consumo diario dado que poseen un bajo aporte nutritivo. Está clase de bebidas tiende a disminuir el apetito del niño, desplazando alimentos de buena calidad nutricional que sí aportan nutrientes necesarios.

2. Infusiones. Las infusiones tales como té, maté, mate cocido, café, entre otras, no son esenciales en la alimentación del niño a tan corta edad. Este tipo de bebidas poseen una elevada carga de sustancias denominadas “taninos” y “xantinas” que interfieren en la absorción del hierro no hemínico de los alimentos. A su vez, como se mencionó anteriormente, los alimentos de consistencia líquida no son los más recomendados para iniciar la alimentación de un lactante, dado que no aportan una carga significativa de nutrientes y tienden a desplazar otros alimentos, disminuyendo el aporte calórico diario.

3. Azúcar. El agregado de azúcar en la preparación de los alimentos no está recomendado para niños sanos menores de doce meses de vida. Dicho endulzante, posee un alto poder cariogénico y podría inducir a hábitos alimentarios inadecuados en un futuro, incrementando el riesgo de padecer sobrepeso u obesidad durante su infancia. El hábito de añadir endulzantes (ya sean nutritivos o no calóricos) a las preparaciones del niño, modifica sus papilas gustativas y lo condiciona a elegir sabores acentuados en vez de desarrollar el gusto por la comida natural por sí mismos. (6)

4. Endulzantes no nutritivos. Si bien no existe evidencia científica sobre el uso de edulcorantes no nutritivos en menores de dos años de edad, el Consenso para prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos de México, desalienta su uso durante el período de transición alimentaria. El sabor dulce es un estímulo oral que funciona como predictor del aporte energético de un alimento y activa rutas hormonales, neurológicas y metabólicas. El uso de edulcorantes puede atenuar esta respuesta, lo que favorece alteraciones en dichas rutas y probablemente incrementa el riesgo de alteraciones metabólicas. (12)

5. Miel. La miel de abeja no está indicada a niños menores de un año de edad, ya que la misma puede contener esporas de Clostridium botulinum, lo cual, sumado al déficit de ácido gástrico del lactante, facilitaría el desarrollo de botulismo. (9)

6. Leche de vaca. Según la Academia Americana de Pediatría, no se recomienda el uso de leche entera de vaca durante el primer año de vida del niño. Su administración en lactantes podría ocasionar serios problemas al niño, tales como déficit de hierro, alergia e intolerancia a la proteína de la leche de vaca (APLV), sobrecarga renal de solutos, tetania por hipocalcemia, diarrea y dermatitis amoniacal. Por ello, se recomienda continuar con la lactancia materna hasta los dos años de vida o con fórmulas lácteas como segunda opción. (6)

7. Condimentos, especias y picantes. Idealmente se recomienda evitar las preparaciones muy condimentadas y con picantes en menores de un año de edad, ya que su uso en exceso tiende a condicionar el paladar del niño. (6)

3. 10 Definición de alimentos alérgenos.

Según la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, se define como alérgeno a cualquier sustancia, generalmente una proteína, capaz de provocar una reacción alérgica en un individuo. Siendo el huevo, la leche de vaca, el maní, los frutos secos, cereales con gluten (trigo, avena, cebada y centeno), la soja, los crustáceos y el pescado los ocho alimentos potencialmente alergénicos más destacados dentro de la alimentación infantil. (13)

Denominándose alergia alimentaria, a cualquier reacción adversa reproducible mediada por mecanismos inmunológicos específicos que ocurren en individuos sensibles después del consumo de determinados alimentos, en la que el sistema inmune produce anticuerpos. Las alergias a las proteínas de la leche de vaca (APLV) y a las proteínas del huevo (APH) son las más frecuentes en lactantes; en cambio, en personas adultas, suele ser más habitual la alergia a los mariscos y crustáceos. Las alergias alimentarias a la proteína de leche de vaca, proteína de huevo, soja y trigo tienden a ser transitorias; de manera que las AA al maní, nueces, pescados y mariscos son más persistentes según la Sociedad Argentina de Pediatría. (14)

3.11 Introducción de alérgenos en la alimentación del niño.

A pesar de las posibles limitaciones metodológicas, diversos estudios han evaluado el desarrollo y la prevalencia de las alergias alimentarias durante el período de infancia. Los

mismos concluyeron que la confirmación de las AA suele ser del 6-8% del total de las sospechas por parte de los progenitores; suelen desarrollarse principalmente durante los primeros dos años de vida del niño; varias sensibilizaciones alimentarias se van perdiendo a lo largo de la vida; y aquellos niños cuya reacción alimentaria está mediada por Inmunoglobulinas E, poseen elevado riesgo de desarrollar otras alergias alimentarias. Además, se concluyó que los hábitos alimentarios y la región geográfica habitada por los niños, son dos factores determinantes del desarrollo de una alergia alimentaria. (14)

Con respecto a la introducción de alérgenos durante el período de alimentación complementaria, se carece de estudios científicos controlados que demuestren que las restricciones después de los 6 meses de edad tengan un efecto preventivo frente a las alergias alimentarias. De tal manera, un grupo de expertos pertenecientes a la Organización Mundial de la Salud no recomienda realizar restricciones a tal edad. Por el contrario, se aconseja una incorporación precoz como estrategia de prevención, exceptuando a la leche de vaca cuyo introducción se espera que sea luego del primer año de vida del niño.

La inducción de tolerancia oral se presenta entre los cuatro y seis meses de edad, asociándose a factores de colonización, predisposición genética, exposición a lactancia materna y factores inmunomoduladores como proteínas, lípidos, fibra y algunas vitaminas. La práctica de la lactancia materna juega un rol fundamental en la tolerancia inmunológica debido a que los antígenos de la dieta materna son procesados por la madre liberando componentes inmunológicos (IgA, IL-10, factores de crecimiento y antígenos) en la leche materna. Por esta razón, no se recomienda la restricción alimentaria como medida preventiva para la sensibilización del lactante. (12)

A pesar de los regímenes y criterios propuestos por varias asociaciones, diversos estudios observacionales sugieren que la introducción temprana de maní, huevo, o leche de vaca puede prevenir el desarrollo de alergia a estos alimentos. El ensayo aleatorizado y controlado de introducción de alimentos alergénicos en lactantes alimentados con leche materna, mostró que el consumo temprano de maní en bebés de alto riesgo con eccema grave, alergia al huevo o ambos redujo el desarrollo de alergia al maní en un 80% a los 5 años de edad. Sin embargo, dicho ensayo no investigó la eficacia de la introducción de otros alimentos alergénicos, ni examinó si este enfoque podría prevenir la alergia al maní en los niños de la población general. (15)

La creciente prevalencia de las alergias alimentarias ha llevado a reconsiderar las estrategias de prevención primaria relacionadas con las intervenciones dietéticas y nutricionales. Las recomendaciones internacionales de principios de la década de los años 2000 para retrasar la introducción de posibles alérgenos alimentarios después del primer año de vida en bebés propensos a la atopia han sido rescindidas, dado que la evidencia emergente ha demostrado que este enfoque no es efectivo para la prevención de la aparición de una alergia alimentaria. Los avances recientes en la comprensión de la patogenia de la alergia alimentaria han promovido la investigación en curso sobre la identificación de factores ambientales modificables que podrían ser el objetivo de la prevención primaria de la misma. En la última década, esta área de investigación se ha centrado principalmente en el momento de la introducción de alimentos sólidos en la dieta de los bebés y ha proporcionado evidencia que sugiere que la ingesta temprana de posibles alérgenos alimentarios podría ser una estrategia preventiva eficaz para la alergia alimentaria. Sin embargo, dicha estrategia se contradice completamente con la sugerencia propuesta por la Organización Mundial de la Salud; quienes sugieren iniciar la introducción de alimentos recién a partir de los seis meses de edad, ya que la introducción temprana de alimentos podría generar determinadas complicaciones en el lactante. (16)

Por otro lado, la Sociedad Argentina de Pediatría aconseja que todo niño/a menor a un año de vida que posea una historia familiar de alergias o sensibilidades a determinados alimentos, no reciban leche de vaca hasta cumplir el primer año de vida, huevos hasta el segundo año y maní junto con los frutos secos y el pescado hasta pasado el tercer año de edad. Incluyendo, que la lactancia materna en dicha población debería extenderse más allá del año de vida o utilizar fórmulas infantiles hipoalergénicas, en su defecto. (6)

3.12 Exposición a nuevos alimentos.

La aceptación por parte del niño a nuevos alimentos durante el período de transición alimentaria, dependerá únicamente de la frecuencia con la que los mismos sean ofrecidos. Reiterar la exposición a determinados alimentos o preparaciones, logrará una mayor preferencia hacia los mismos. Por ello, se recomienda introducir los nuevos alimentos uno por vez reiteradas veces hasta el momento que el mismo sea aceptado y/o tolerado por el niño. Dicha aceptación no suele ocurrir de manera inmediata, pudiendo exigir entre ocho a diez contactos con el alimento en diferentes ocasiones. (6)

Cabe mencionar que el período entre los seis y veinticuatro meses de edad, es donde suelen establecerse la mayor parte de los hábitos alimentarios, preferencias y aversiones alimentarias que condicionarán, en gran medida, el tipo de alimentación futura del niño. Varios factores son influyentes de la incorporación de determinados hábitos alimenticios, entre los cuales se pueden destacar:

- La formación del gusto alimentario, lo cual se encuentra estrechamente asociado a varios factores genéticos y ambientales, en especial de los sabores dulce y salado.
- La transmisión genética: esto significa que la respuesta de un niño frente a un alimento es adquirida, excepto por la preferencia innata por el dulce y la aversión al sabor amargo.
- Factores culturales; el entorno cultural puede reducir el número de alimentos que el niño pudiese incorporar en su alimentación, tanto variedad de alimentos como grupos de alimentos, aumentar el número de comidas diarias y el tiempo entre comidas.
- Factores familiares; crear un ambiente alimentario positivo, físico y afectivo, es tan importante como aportar la cantidad adecuada de nutrientes. Un medio familiar con estas características estimulará a la adopción de hábitos alimentarios adecuados.
- Imitación; la observación de hábitos alimentarios de adultos cercanos al niño (padres, hermanos, abuelos, asesoras del hogar, personal de jardines infantiles) lo condicionará en mayor medida a comer lo que él ve comer. (17)

Como bien se explicó anteriormente, se comienzan a manifestar cambios fisiológicos y anatómicos en el niño alrededor de los seis meses de edad. Tales como la erupción dentaria, indicando un progreso en el uso de la musculatura masticatoria y la percepción sensorio-espacial de la lengua y los labios. La función deglutoria pasa de ser instintiva, reflejando a ser una deglución somática; el reflejo de extrusión se extingue progresivamente y se desarrolla la discriminación de nuevas texturas, sabores, olores, colores, temperaturas y consistencias en los distintos alimentos. A partir de los cambios mencionados, el niño comienza a manifestar preferencias y/o aversiones hacia determinados alimentos complementarios, generalmente ante cualquier nuevo alimento que es ofrecido por la madre. Estas manifestaciones deben ser consideradas relevantes para evitar que el niño se alimente a base de una dieta monótona o poco variada en alimentos. Para ello, quien se encuentre a cargo de su alimentación, deberá utilizar diferentes técnicas, tales como el ofrecimiento

reiterado de un nuevo alimento, con el fin de que el niño lo acepte y lo incorpore a su alimentación habitual. (9)

3.13 Porciones diarias de alimentos complementarios.

El tamaño o cantidad de porciones que un niño debe consumir diariamente, dependerá de la capacidad gástrica del mismo según el rango etáreo al cual pertenece. Por lo tanto, para calcular el tamaño de las porciones, se considera la capacidad gástrica con la siguiente fórmula: 30 g/kg de peso.

Según el principio N°5 de orientación para la alimentación complementaria, la misma debe comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. A partir de dicha edad, la LM deja de cubrir al 100% los requerimientos nutricionales y energéticos del lactante dejando una brecha de energía que requiere ser llenada por alimentos complementarios. La energía que se requiere, adicionalmente a la leche materna, es de aproximadamente 200 kcal por día, para niños de 6-8 meses y 300 kcal por día para niños de 9-11 meses. La cantidad de alimentos que se requiere para cubrir estas brechas se incrementa a medida que el niño tiene mayor edad y que la ingesta de leche materna se reduce a diferentes edades, a partir de los alimentos complementarios y la cantidad aproximada de comida, por día, que se le debe brindar para alcanzar esta cantidad de energía. La cantidad se incrementa de manera gradual, mes a mes, a medida que el niño crece y se desarrolla; la tabla muestra un promedio para cada rango de edad.

Aquellos niños que reciben lactancia materna durante el período de alimentación complementaria, deberán comenzar con 2-3 cucharadas soperas de comida a partir de los 6 a 8 meses de edad, incrementando gradualmente a ½ vaso. Aquellos niños que se encuentren en un rango etario entre 9 a 11 meses de edad, se aconseja que sean alimentados ½ vaso o ½ taza o ½ plato de comida.

Por otro lado, si el lactante no es alimentado con lactancia materna usualmente, se aconseja que la madre o la persona a cargo de alimentar al niño, incluya 1-2 vasos o tazas de leche por día y, además, 1-2 comidas adicionales a diario. (10)

4. Antecedentes de la investigación.

En el año 2010, en la ciudad de Lima (Perú), se desarrolló una investigación titulada "Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima", donde se investigó acerca de los factores internos que afectan la adopción de una nueva conducta. Su objetivo fue identificar conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre alimentación del niño menor de 3 años y su muestra fue de 158 madres de niños menores a 3 años de edad. Al haber sido un trabajo de investigación con un enfoque cuali-cuantitativo, se utilizaron dos herramientas diferentes. Para el enfoque cuantitativo, se aplicó un cuestionario de 10 preguntas cerradas dicotómicas sobre conocimientos acerca de la lactancia materna, el consumo de determinados alimentos (como frutas, verduras, lácteos, etc), importancia de los nutrientes (puntualmente grasas) y alimentación durante un episodio de enfermedad. Por otro lado, para la fase cualitativa, realizaron 28 entrevistas en profundidad y 4 grupos focales para identificar percepciones en 68 madres.

En cuanto a los resultados acerca del conocimiento sobre la alimentación infantil, fueron favorables ya que un 81% presentó alto nivel de conocimiento, mientras que un 17% presentó un conocimiento regular y sólo un 2% bajo. Siguiendo con los resultados de la actitud frente a las características que posee la alimentación del niño menor a 3 años, un 67% demostró actitudes favorables, mientras que el 29,8% restante no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo con el tema. Dentro de dichos resultados, se destacó que un 14% de las madres se encontró en desacuerdo con la afirmación de que la lactancia materna debe ser exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.

Como discusión final, las madres encuestadas presentaron adecuados conocimientos acerca de la alimentación infantil. Sin embargo, se notó que deberían seguir trabajando sus actitudes, dado que se obtuvo que ciertas percepciones erróneas acerca de la alimentación infantil, las impulsaban a tomar actitudes desfavorables (como el destete antes de los dos años, el inicio temprano de alimentación complementaria, la prohibición de alimentos de origen animal por considerarlos poco nutritivos, entre otras). (17)

En La Habana, Cuba, S.M. Acosta, I.M. González y colegas realizaron una investigación titulada "Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad", cuyo objetivo fue identificar las prácticas reales de alimentación complementaria y determinar la adecuación de la ingesta de energía y nutrientes. Para dicho estudio, se seleccionó una

muestra de 543 madres y se aplicó una encuesta donde se obtuvieron datos sociodemográficos del entorno familiar de los niños y datos acerca de su alimentación y suplementación. Dentro de la encuesta, se aplicó un recordatorio de 24 hs, con el objetivo de conocer la ingesta alimentaria del niño, utilizando un atlas fotográfico de porciones de alimentos y utensilios para facilitar el reconocimiento de las cantidades por parte de las encuestadas.

Dentro de la discusión final, se plantea la importancia del rol materno en la selección, preparación de los alimentos y en el acompañamiento de la alimentación del niño menor a 23 meses de vida. A pesar de que la mayoría de las madres demostraron contar con un adecuado conocimiento acerca de la lactancia materna, se observó que los niños no consumían alimentos fuente de hierro, frutas y verduras en cantidades y variedades adecuadas a las recomendaciones de alimentación infantil. Por lo tanto, quedó registrado la escasez de conocimiento acerca de los beneficios y la importancia que tienen dichos alimentos en la salud del niño menor a dos años.

De la investigación, se concluye que se ve favorecida la anemia en niños entre 6-23 meses de edad por el bajo consumo de alimentos fuente de hierro. (18)

En el año 2018 en Perú, la Lic. en Enfermería Nilian Mamani Yujra realizó un trabajo de investigación final, cuyo objetivo general fue determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6-24 meses, beneficiarias del programa nacional JUNTOS en el centro de salud Pomata en 2018. Siendo sus objetivos específicos identificar el conocimiento de las madres sobre: definición, inicio e importancia de la alimentación complementaria con niños de 6-24 meses, identificar el conocimiento en madres de niños de 6 a 24 meses sobre características como: consistencia, cantidad y frecuencia de la alimentación complementaria e identificar el conocimiento en madres de niños de 6 a 24 meses sobre combinación, tipo de alimentos (función) y alimentos alérgenos en la alimentación complementaria. La muestra estuvo compuesta por 30 madres. El método utilizado para identificar el conocimiento de las madres, fue mediante un cuestionario dividido en dos partes. En primer lugar, se cuestionó acerca de datos personales de la madre y del niño, y la segunda parte constó de 20 preguntas cerradas con múltiples respuestas sobre el conocimiento de la alimentación complementaria. Entre las cuales se cuestionó acerca de la definición de AC, el momento de inicio de la AC, cantidades de consumo de alimentos según la edad del niño, entre otros aspectos de la alimentación infantil.

Como conclusión final de la dicha investigación, se obtuvo que la mayoría de las madres contaba con un conocimiento regular acerca de la alimentación complementaria. Sin embargo, un porcentaje de madres presentó conocimiento bueno, indicando que brindaban una alimentación adecuada a sus hijos. Lamentablemente, un porcentaje significativo de madres indicó un grado deficiente de conocimiento, reflejando la falta de interés acerca de la alimentación del niño menor a dos años, lo cual podría llegar a predisponer una malnutrición en el niño, por no contar con una alimentación nutritiva y balanceada. (19)

En el 2017, en la Universidad de Cs Médicas de Cuba, se realizó un estudio de investigación titulado "Conocimiento, actitudes y prácticas alimentarias de madres de niños de 6 a 24 meses en Cuba", cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de las madres con niños de 6 a 24 meses de edad en San Cristóbal, Artemisa, 2015 dado que los cuidados alimentarios durante los primeros años de vida del niño son fundamentales para su óptimo desarrollo y crecimiento. Para llevar a cabo la investigación, se tomó una muestra de 95 madres pertenecientes a las áreas de salud de la localidad de San Cristóbal. Excluyéndose aquellas madres con niños que presentaran alguna condición que les impidiera realizar adecuadamente la alimentación complementaria. El método utilizado para la recolección de datos fue una encuesta para indagar sobre conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de dichas madres.

Los resultados obtenidos mostraron que no todas las madres tenían el conocimiento adecuado sobre el tipo de alimentos que debían ofrecer al niño. Se halló que un 53,7% desconocía el valor nutritivo de las grasas, un 88,4% consideraba adecuado el consumo de gelatina y un 36,8% consideraba adecuado la ingesta de refrescos azucarados. Con respecto a las prácticas alimentarias, el 80% utilizaba biberón para alimentar a sus hijos, un 71,6% ofrecía los alimentos mezclados y un 35,8% limitaba la participación del niño en su propia alimentación. En tanto a la manipulación de alimentos, un 92,6% refirió lavarse las manos previo a la preparación de los alimentos, sin embargo, un 32,6% no siempre le lavaba las manos a los niños previo a la comida.

Como conclusión, se obtuvo que no todas las madres contaban con los conocimientos adecuados sobre los alimentos que deben ofrecerse a partir del año de vida. Más del 50% de la muestra, desconocía el valor nutritivo de las grasas y los riesgos que ocasiona el elevado consumo de azúcares libres. Sin embargo, en cuanto a las actitudes frente a la alimentación, se vio que la mayoría de las madres poseían actitudes favorables y buenas prácticas durante la preparación y conservación de los alimentos. Por lo tanto, el

estudio demostró que se vio necesario fortalecer el Programa de Implementación de las Guías Alimentarias para los niños menores de dos años dentro de la localidad de San Cristóbal. (20)

5. Objetivos.

5.1 Objetivo General.

- Evaluar el conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria oportuna en madres primerizas de niños sanos entre 6 - 12 meses de edad, en el municipio de Esteban Echeverría, durante el primer semestre del 2022.

5.2 Objetivos Específicos.

- Describir el conocimiento acerca del concepto de alimentación complementaria, el momento oportuno de su inicio, lactancia materna y sobre alérgenos alimentarios que poseen las participantes del estudio.
- Conocer las prácticas alimentarias de dichas madres primerizas con respecto a la variedad de alimentos ofrecidos a sus niños.
- Identificar los conocimientos acerca de la consistencia ofrecida por las madres encuestadas según la edad de sus niños.
- Determinar la frecuencia diaria y semanal con la que las encuestadas ofrecen alimentos complementarios a sus niños.
- Conocer las prácticas alimentarias de las madres primerizas acerca de la exposición de nuevos alimentos y de alérgenos con respecto a sus niños.

6. Operacionalización de Variables.

Variable	Definición	Categorías	Indicador	
			Dimensión ¿Qué quiero saber?	**Procedimiento ¿Cómo lo voy a medir?**
Conocimiento sobre la alimentación complementaria oportuna.	Saberes acerca de la alimentación complementaria oportuna (AC) que se define como la etapa de transición en la que el lactante comienza a incorporar nuevos alimentos y líquidos a su alimentación diaria con el fin de satisfacer sus necesidades nutricionales.	- Adecuado: define AC como la incorporación de nuevos alimentos a la par de la lactancia materna. -Inadecuado: define AC como la incorporación de nuevos alimentos, descartando la lactancia materna o no sabe. (9)	Conocimiento sobre el concepto de la alimentación complementaria.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario autoadministrado de elaboración propia denominado "Cuestionario acerca del conocimiento y prácticas de la alimentación complementaria en madres primerizas", vía online.
		- Adecuado: define el momento de comienzo de la ACO en los 6 meses de edad. (9) - Inadecuado: define el momento de comienzo de la ACO como previo o	Conocimiento sobre el momento de inicio de la alimentación complementaria.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario autoadministrado de elaboración propia denominado "Cuestionario acerca del conocimiento de

		posterior a los 6 meses de edad o no sabe la definición. (9)		alimentación complementaria en madres primerizas", vía online.
		- Adecuado: define el momento recomendado de extensión de la LM en los 24 meses de edad. - Inadecuado: define el momento recomendado de extensión de la LM antes de los 24 meses de edad o no sabe la definición. (9)	Conocimiento sobre la extensión recomendada de la lactancia materna durante la AC.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario autoadministrado de elaboración propia denominado "Cuestionario acerca del conocimiento y prácticas de la alimentación complementaria en madres primerizas", vía online.
		Adecuado: reconoce al huevo, leche de vaca, soja, cereales con gluten, maní, frutos secos, crustáceos y pescado como alimentos potencialmente alergénicos.	Conocimiento sobre alimentos potencialmente alergénicos.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario autoadministrado de elaboración propia denominado "Cuestionario acerca del conocimiento y

		Inadecuado: no reconoce por lo menos 1 de los siguientes alimentos como potencialmente alergénicos: huevo, leche de vaca, soja, cereales con gluten, maní, frutos secos, crustáceos y pescado.		prácticas de la alimentación complementaria en madres primerizas", vía online.
		Adecuado: a partir de los 6 meses de edad. Inadecuado: retardar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos.	Conocimiento sobre la introducción de alimentos potencialmente alérgenos.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario autoadministrado de elaboración propia denominado "Cuestionario acerca del conocimiento y prácticas de la alimentación complementaria en madres primerizas", vía online.
Prácticas sobre la alimentación	Las prácticas alimentarias son las	**6-7 meses** - Adecuado: ofrece	Frecuencia diaria con la que la madre	Método: Encuesta.

complementaria.	habilidades que posee la madre primeriza acerca de la preparación de alimentos durante la alimentación complementaria. En ellas, se ven reflejadas los conocimientos que la misma posee acerca de la AC.	alimentos al niño 2-3 veces al día. - Inadecuado: ofrece alimentos al niño menos o más de 2 veces diarias. **7-8 meses** - Adecuado: ofrece alimentos al niño 3 veces al día. - Inadecuado: ofrece alimentos al niño menos de 3 veces al día. **8-12 meses** - Adecuado: ofrece alimentos al niño 3 a 4 veces al día. - Inadecuado: ofrece alimentos al niño más de	primeriza ofrece alimentos al niño según la edad.	Instrumento: Cuestionario autoadministrado de elaboración propia denominado "Cuestionario acerca del conocimiento y prácticas de la alimentación complementaria en madres primerizas", vía online.

		comidas. (9)		
		Adecuado: ofrece lactancia materna a la par de la alimentación complementaria. **Inadecuado:** ofrece leche de vaca entera y/o fórmulas infantiles a la par de la alimentación complementaria.	Tipo de lactancia ofrecida al niño en conjunto con la alimentación complementaria.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario autoadministrado de elaboración propia denominado "Cuestionario acerca del conocimiento y prácticas de la alimentación complementaria en madres primerizas", vía online.
		Niño alimentado con LM - 6 a 8 meses. **Adecuado:** ofrece entre 2-3 cdas soperas de comida.	Porciones diarias de alimentos complementarios.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario autoadministrado de elaboración propia denominado "Cuestionario acerca del conocimiento y prácticas de la alimentación complementaria en madres

		Inadecuado: ofrece menos o más de 2-3 cdas soperas de comida. **Niño alimentado con LM - 9 a 11 meses.** **Adecuado:** ofrece ½ vaso o ½ plato de comida. **Inadecuado:** ofrece menos de ½ vaso o más de ½ plato de comida.		primerizas", vía online.
		- Adecuada: ofrece al niño alimentos semisólidos - sólidos bien desmenuzados o triturados. (6) - Inadecuada: ofrece al niño alimentos líquidos, y/o sólidos. (6)	Consistencia de los alimentos ofrecidos.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario autoadministrado de elaboración propia denominado "Cuestionario acerca del conocimiento y prácticas de la alimentación complementaria en madres

				primerizas", vía online.
		- Adecuado: ofrece una alimentación variada, incluyendo vegetales, frutas, cereales, cárnes, huevo, legumbres y derivados lácteos. - Inadecuada: ofrece una alimentación monótona, deficiente en grupos de alimentos. (6)	Variedad de alimentos ofrecidos al niño en la semana.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario autoadministrado de elaboración propia denominado "Cuestionario acerca del conocimiento y prácticas de la alimentación complementaria en madres primerizas", vía online.
		- Adecuado: ofrece nuevos, entre 8-10 veces hasta su aceptación. - Inadecuado: no vuelve a ofrecer nuevos alimentos luego del rechazo u ofrece menos de 8 veces. (6)	Exposición a nuevos alimentos.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario autoadministrado de elaboración propia denominado "Cuestionario acerca del conocimiento y prácticas de la alimentación complementaria en madres

				primerizas", vía online.
		Adecuado: ofrece un alimento nuevo a la vez. **Inadecuado:** ofrece dos o más alimentos nuevos a la vez.	Ofrecimiento de nuevos alimentos.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario autoadministrado de elaboración propia denominado "Cuestionario acerca del conocimiento y prácticas de la alimentación complementaria en madres primerizas", vía online.

Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos.

Variable	Definición	Categorías	Dimensión	Procedimiento
Variedad de alimentos ofrecidos al niño durante la alimentación complementaria.	Alimentación variada: definición.	Presente: consume. Ausente: no consume.	Consumo de vegetales en el niño/a.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.
		Baja: Nunca o < 2 veces por	Frecuencia de ingesta	Método: Encuesta.

		semana. Media: 2-5 veces por semana. Alta: > 5 veces por semana.	de vegetales semanal.	Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.
		Presente: consume. Ausente: no consume	Consumo de frutas en el niño/a.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.
		Baja: Nunca o < 2 veces por semana. Media: 2-5 veces por semana. Alta: > 5 veces por semana.	Frecuencia de ingesta de frutas semanalmente.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.
		Presente: consume. Ausente: no consume.	Consumo de cereales en el niño/a.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.
		Baja: Nunca o < 2 veces por semana. Media: 2-5 veces por semana. Alta: > 5 veces por semana.	Frecuencia de consumo de cereales semanalmente.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.

		Presente: consume. Ausente: no consume.	Consumo de legumbres en el niño/a.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.
		Baja: Nunca o < 2 veces por semana. Media: 2-5 veces por semana. Alta: > 5 veces por semana.	Frecuencia de consumo de legumbres semanal.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.
		Presente: consume. Ausente: no consume.	Consumo de carnes en el niño/a.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.
		Baja: Nunca o < 2 veces por semana. Media: 2-5 veces por semana. Alta: > 5 veces por semana.	Frecuencia de consumo de carnes semanalmente.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.
		Presente: consume. Ausente: no consume.	Consumo de huevo en el niño/a.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de

				frecuencia de consumo.
		Baja: Nunca o < 2 veces por semana. Media: 2-5 veces por semana. Alta: > 5 veces por semana.	Frecuencia de consumo de huevo semanalmente.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.
		Presente: consume. Ausente: no consume	Consumo de lácteos y/o derivados lácteos en el niño/a.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.
		Baja: Nunca o < 2 veces por semana. Media: 2-5 veces por semana. Alta: > 5 veces por semana.	Frecuencia de consumo de derivados lácteos semanalmente.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.
		Presente: consume. Ausente: no consume.	Consumo de aceites y/o grasas en el niño/a.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.
		Baja: Nunca o < 2 veces por semana.	Frecuencia semanal de consumo de aceites	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de

		Media: 2-5 veces por semana. Alta: > 5 veces por semana.	y/o grasas.	frecuencia de consumo.
		Presente: consume. Ausente: no consume.	Consumo de endulzantes nutritivos y/o no nutritivos.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.
		Baja: Nunca o < 2 veces por semana. Media: 2-5 veces por semana. Alta: > 5 veces por semana.	Frecuencia de consumo semanal de endulzantes.	Método: Encuesta. Instrumento: Cuestionario de frecuencia de consumo.

7. Metodología del diseño de Investigación.

7.1 Diseño de estudio.

El presente estudio de investigación, pretende ser un tipo de estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, enmarcado dentro de un trabajo de investigación tendiente a identificar el grado de conocimiento sobre la alimentación y prácticas de la alimentación complementaria de madres primerizas.

7.2 Población y muestra.

La población de estudio estuvo conformada por 32 madres primerizas de niños y niñas pertenecientes a un rango etario entre seis a once meses de edad inclusive, residentes en el municipio de Esteban Echeverría, Buenos Aires. Se corroboró que todas las participantes de la muestra del presente trabajo de investigación cumplieran con los criterios de inclusión. Todas aquellas madres que no cumplieran con dichos requisitos, fueron excluidas automáticamente de la muestra.

7.3 Criterios de inclusión.

- Madres primerizas de niños entre 6-12 meses de edad.

7.4 Criterios de exclusión.

- Madres primerizas que no cuenten con dispositivos electrónicos ni acceso a internet (dado que la encuesta será enviada a través de correo electrónico).
- Madres primerizas que no firmen el consentimiento informado.
- Madres primerizas cuyos niños presenten patología preexistente que condicione la incorporación de alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad.

7.5 Criterios de eliminación.

- Mujeres que dejen incompleto el cuestionario de frecuencia de consumo semanal de alimentos.

7.6 Técnica de recolección de datos.

Con el fin de evaluar el conocimiento y prácticas de las madres primerizas en relación a la alimentación complementaria de sus niños y niñas menores a doce meses de edad, se optó por utilizar un cuestionario autoadministrado de elaboración propia

denominado “Cuestionario acerca del conocimiento y prácticas de la alimentación complementaria en madres primerizas”, a través de la plataforma Google Forms. La encuesta fue suministrada vía WhatsApp a las madres primerizas previamente convocadas mediante diversos grupos de Facebook.

El cuestionario estuvo conformado por cuatro bloques, comenzando por el consentimiento informado, donde se solicitó el consentimiento de las participantes para formar parte de la muestra, siendo el mismo un criterio de exclusión.

En el segundo bloque, se realizaron preguntas de índole personal, destinadas a conocer el rango etario, género y localidad a la cual pertenecían tanto las madres primerizas como sus respectivos niños/as. La distinción de la edad del niño de cada madre primeriza, es un dato completamente relevante para el análisis de los resultados del presente trabajo de investigación. Conocer puntualmente la edad de cada niño y niña, facilitará y permitirá realizar comparaciones entre las recomendaciones de las distintas organizaciones y asociaciones de la salud pediátrica y las prácticas llevadas a cabo por parte de cada madre primeriza dentro de la alimentación de su respectivo hijo/a.

A continuación, el tercer bloque estuvo conformado por una serie de preguntas abocadas a indagar sobre el conocimiento que poseían las madres primerizas acerca de características puntuales de la alimentación complementaria, entre ellas; el concepto que engloba la AC, el momento oportuno de inicio de la misma, conocimiento acerca de los alimentos que se consideran potencialmente alergénicos, entre otras preguntas.

Por último, para finalizar la recolección de datos acerca de las prácticas alimentarias que poseía cada madre primeriza en relación a su propio niño/a, el cuarto bloque estuvo compuesto por un cuestionario de frecuencia de consumo semanal. Dicho cuestionario, permitió indagar acerca de la variedad de alimentos que son ofrecidos a cada niño por parte de su progenitora semanalmente.

8. Cronograma de trabajo.

	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Elección del tema	x						
Problema de investigación		x					
Justificación			x				

Hipótesis			x				
Marco teórico				x	x		
Antecedentes de investigación			x				
Objetivos			x				
Variables				x			
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación				x			
Instrumento de recolección de datos					x		
Análisis de datos						x	
Conclusión							x
Discusión							x

9. Análisis de datos.

A continuación, se darán a conocer los resultados obtenidos a través del instrumento de recolección de datos utilizado en el presente trabajo de investigación, "Cuestionario acerca del conocimiento y prácticas de la alimentación complementaria en madres primerizas". Los mismos se encuentran procesados en tablas y gráficos con el fin de facilitar su análisis e interpretación respectiva de acuerdo al marco teórico.

Bloque 1: Consentimiento informado.

Habiéndolo detallado anteriormente, la muestra estuvo conformada por 32 madres primerizas de niños y niñas entre seis a doce meses de edad. El 100% de las encuestadas, prestó su consentimiento para ser partícipes del cuestionario autoadministrado el cual fue completado y enviado a través de la plataforma "Google Forms".

Bloque 2: Características de la muestra.

Una vez prestado su consentimiento informado, las madres encuestadas accedieron al segundo bloque encabezado por preguntas de índole personal acerca de las encuestadas y de sus respectivos hijos/as.

Mediante dicha sección del cuestionario, se obtuvo que un 66% de las madres encuestadas se encuentran dentro de un rango etario de 18-35 años de edad, un 31% es mayor de 35 años de edad, mientras que sólo un 3% afirma ser menor a 18 años de edad, lo que equivale a sólo una participante.

Con respecto a la edad de los niños/as de las madres primerizas pertenecientes a la muestra, se vio una prevalencia de lactantes con 11 meses de edad de un 31%, seguido de un 19% de niños/as de 8 meses, un 16% de 6 meses de vida, luego un 12,5% con 9 meses, otro 12,5% de niños/as con 10 meses de edad y solo un 9% con 7 meses. En cuanto al género de cada niño, se obtuvo que un 53% pertenece al género femenino, mientras que el 47% restante pertenece al género masculino.

Respecto a la localidad de residencia, el 100% de las madres encuestadas pertenece al municipio de Esteban Echeverria, habiendo sido un criterio de exclusión desde un principio. Cabe mencionar que un 53% de las madres encuestadas reside en la localidad de Monte Grande. A su vez, se obtuvo que un 22% reside en Canning, otro 22% en Luis Guillón, un 3% en El Jagüel, mientras que ninguna de las encuestadas pertenece a la ciudad de 9 de Abril.

Tabla 1: Datos de índole personal sobre la madre primeriza y su niño/a. (n=32)

Datos personales	Número	Porcentaje
Rango etario materno		
Menor a 18 años.	1	3%
Entre 18-35 años.	21	66%
Mayor a 35 años.	10	31%
Rango etario del niño/a		
6 meses	5	16%
7 meses	3	9%

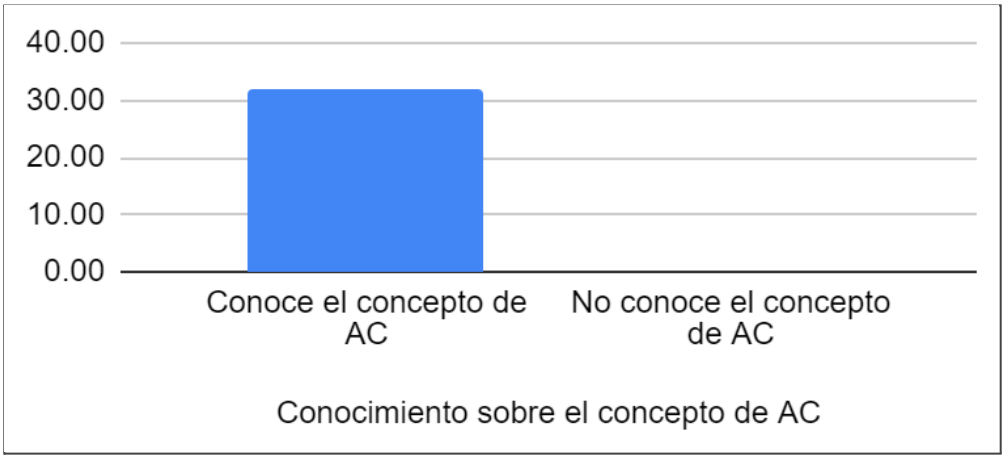
8 meses	6	19%
9 meses	4	12.5%
10 meses	4	12.5%
11 meses	10	31%
Género del niño/a		
Femenino	17	53%
Masculino	15	47%
Otro/a	-	-
Localidad de residencia		
Canning	7	22%
El Jagüel	1	3%
Luis Guillón	7	22%
Monte Grande	17	53%
Nueve de Abril	-	-

Fuente: Elaboración propia.

Bloque 3: Conocimientos sobre alimentación complementaria.

A continuación, se analizarán los resultados obtenidos a partir del tercer bloque del cuestionario acerca de conocimientos y prácticas de alimentación complementaria.

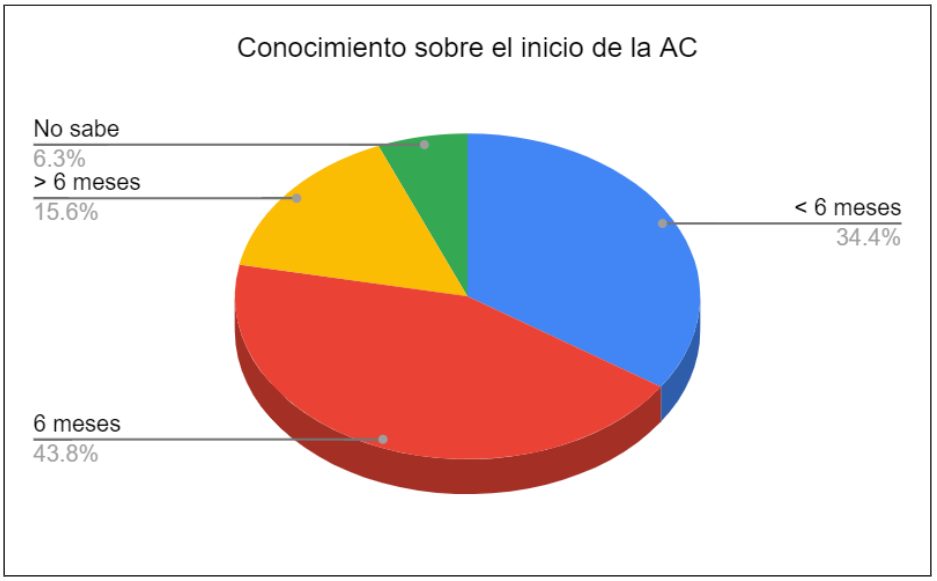
Gráfico N°1: Conocimientos sobre el concepto de alimentación complementaria.



Fuente: elaboración propia.

Comenzando con el conocimiento que poseen las madres primerizas acerca del concepto que define a la alimentación complementaria, se obtuvo que el 100% de las encuestadas comprende que la AC se define como la incorporación de nuevos alimentos a la par de la lactancia materna y no descartando la misma.

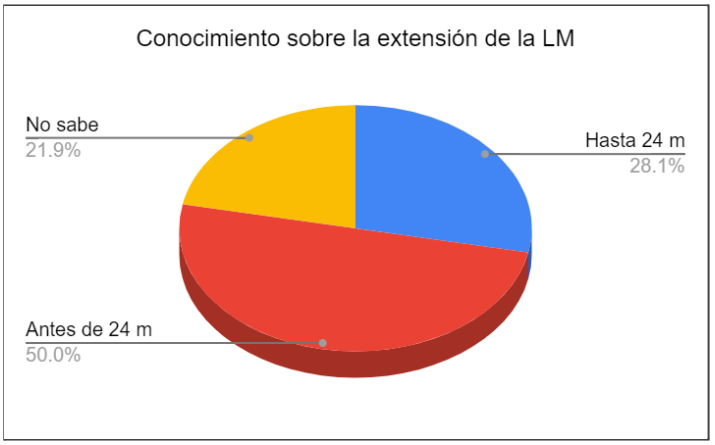
Gráfico N°2 Conocimiento sobre el inicio de la alimentación complementaria.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se preguntó acerca del conocimiento sobre el momento oportuno de inicio de la alimentación complementaria. Un 44% de las madres primerizas entiende que la AC debe comenzar oportunamente a los seis meses del niño, un 34% considera oportuno comenzar con la introducción alimentaria previo a cumplir los 6 meses de vida, un 16% cree que debería comenzar una vez pasados los 6 meses de edad, mientras que el 6% restante no posee conocimiento alguno sobre el momento oportuno de inicio de la AC.

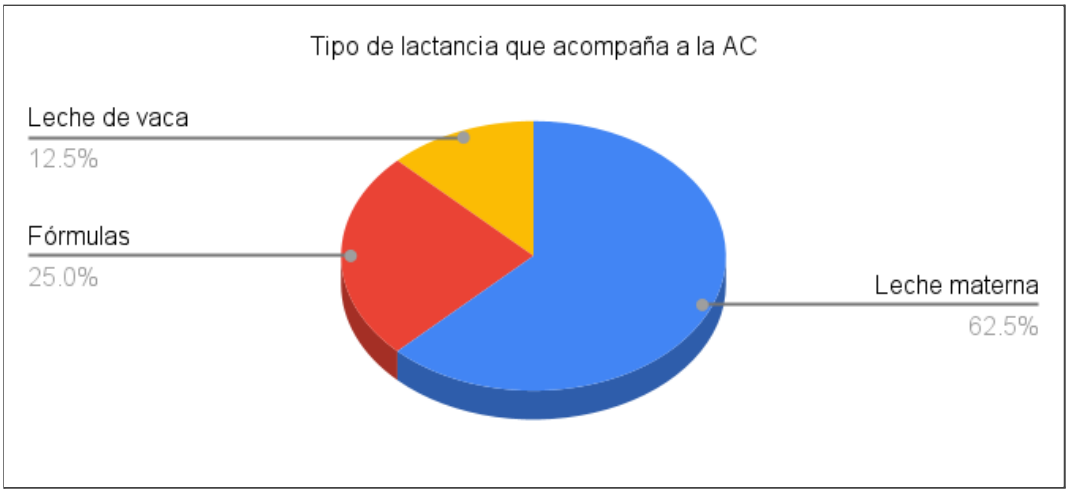
Gráfico N°3: Conocimiento sobre la extensión de la LM.



Fuente: Elaboración propia.

Luego, se cuestionó el conocimiento sobre la extensión ideal de la lactancia materna durante los primeros meses de vida de un lactante a la par de la alimentación complementaria. Del total de las madres encuestadas, un 50% afirma que la LM debería extenderse idealmente hasta antes de los 24 meses de edad, un 28% considera que la misma debe extenderse idealmente hasta los primeros dos años de vida del niño a libre demanda, mientras que un 22% infiere no poseer conocimiento sobre la duración de la lactancia.

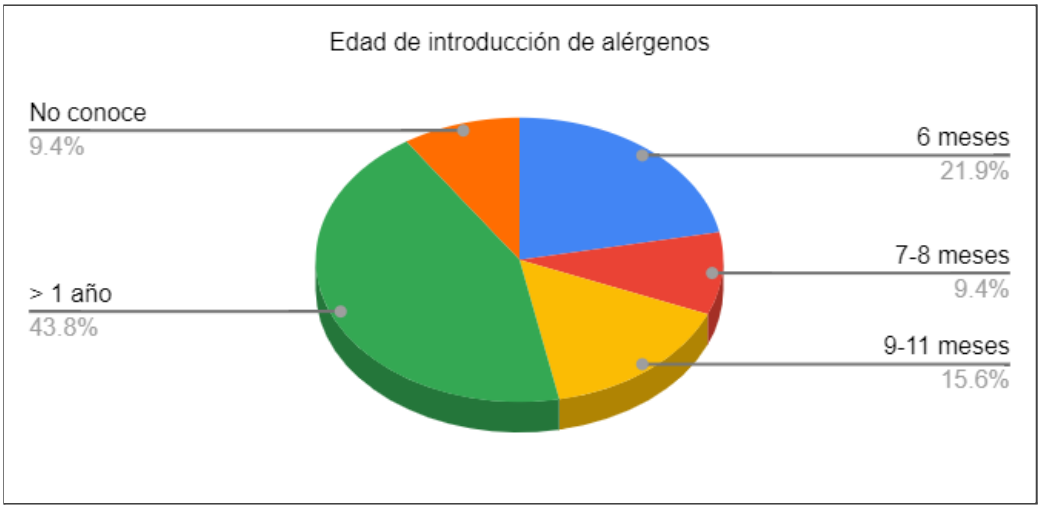
Gráfico N°4: Tipo de lactancia ofrecida al niño durante la AC.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al tipo de lactancia que es ofrecida por cada madre primeriza a su respectivo niño a la par de la alimentación complementaria, se obtuvo que un 63% de los niños son alimentados junto con lactancia materna, un 25% con fórmulas infantiles artificiales, mientras que un 12% es alimentado en conjunto con leche de vaca.

Gráfico N°5: Edad de introducción de alérgenos.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al conocimiento que poseen las madres primerizas encuestadas sobre la edad en la que deben introducirse por primera vez los alimentos potencialmente alergénicos, se obtuvo que un 44% del total cree que debe realizarse a partir del año, un 22% entiende que deben introducirse a los 6 meses, un 16% considera oportuna la introducción entre los 9-11 meses de edad, un 9% cree que a partir de los 7-8 meses, mientras que el 9% restante infiere no tener conocimiento acerca del momento oportuno de introducción de alérgenos.

A continuación, se indagó acerca del conocimiento que poseen las encuestadas sobre los distintos tipos de alérgenos alimentarios. Al analizar los resultados, se obtuvo que sólo un 22% de las madres primerizas reconoce al huevo, a la leche de vaca, a la soja, a los cereales con gluten, al maní, a los frutos secos, a crustáceos y pescados como alimentos potencialmente alergénicos. Mientras que el 78% restante reconoce como alérgenos a algunos de ellos pero no a todos en conjunto. El maní fue el alimento más reconocido como alérgeno con un 78%, seguido de los crustáceos y pescados con un 72%, un 69% reconoce a la leche de vaca como alérgeno, un 59% a la soja, un 56% a los frutos secos, un 53% al huevo, mientras que un 40%a los cereales con gluten; trigo, avena, cebada y centeno.

Gráfico N°6: Porciones de alimentos complementarios ofrecidos a diario.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a las porciones de alimentos complementarios que son ofrecidos por las madres primerizas, se obtuvo que un 41% ofrece entre 2 a 3 cucharadas soperas de alimentos, un 25% ofrece ½ vaso o ½ taza tipo café con leche de alimentos, un 19% ofrece ½ plato playo de alimentos complementarios, mientras que un 16% ofrece tan solo 1 cucharada tipo sopera. Ninguna madre primeriza ofrece un plato entero de alimentos.

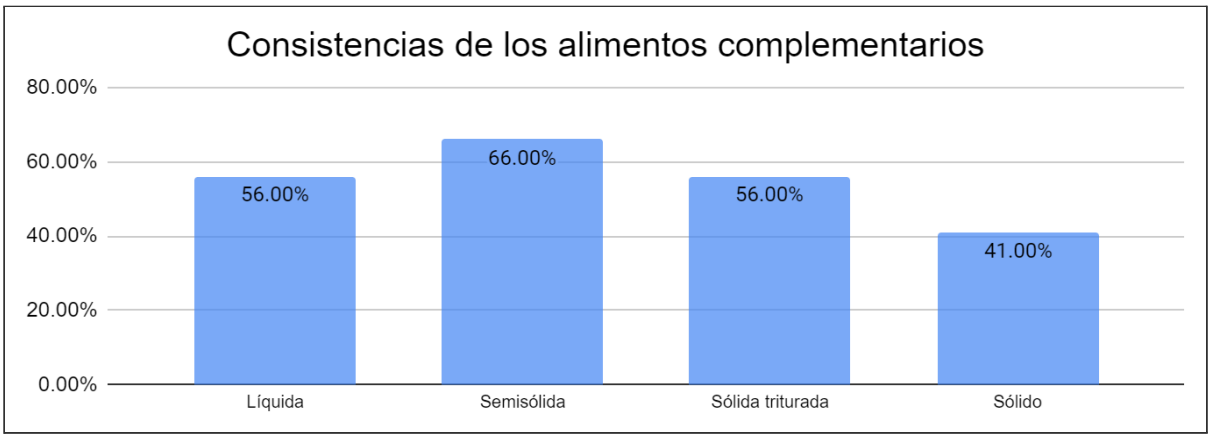
Gráfico N°7: Frecuencia diaria de ofrecimiento de alimentos.



Fuente: Elaboración propia.

Los resultados obtenidos acerca de la frecuencia diaria de ofrecimiento de alimentos complementarios por parte de las madres primerizas, arrojaron que un 19% de las madres primerizas alimenta a su niño con una frecuencia menor a 2 veces por día, un 28% lo hace entre 2 a 3 veces al día, un 37% alimenta a su niño entre 3 a 4 veces diarias, mientras que un 16% lo hace más de 4 veces por día.

Gráfico N°8: Consistencias ofrecidas al niño.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la consistencia de las preparaciones que son otorgadas al niño, un 56% de las madres primerizas ofrece alimentos complementarios de consistencia líquida, a su vez, un 56% también opta por consistencia de sólidos desmenuzados o bien triturados, un 66% opta por preparaciones de consistencia semisólida y, en menor proporción, un 41% opta por alimentos de consistencia sólida. Es decir, alrededor de un 97% de las madres primerizas utiliza consistencias inadecuadas en las preparaciones de sus niños

Cabe destacar que el presente gráfico, demuestra que el total de las madres encuestadas, opta por ofrecer preparaciones de diferentes consistencias a lo largo del día, es decir, que comparten distintas consistencias a lo largo de la semana para alimentar a su niño.

Gráfico N°9: Aceptación de nuevos alimentos.



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la aceptación de nuevos alimentos complementarios por parte del niño de cada madre primeriza, se obtuvo que un 84% del total rechaza los nuevos alimentos antes de incorporarlos a su alimentación habitual, mientras que un 16% de las encuestadas, contestó que sus hijos aceptan nuevos alimentos al primer ofrecimiento.

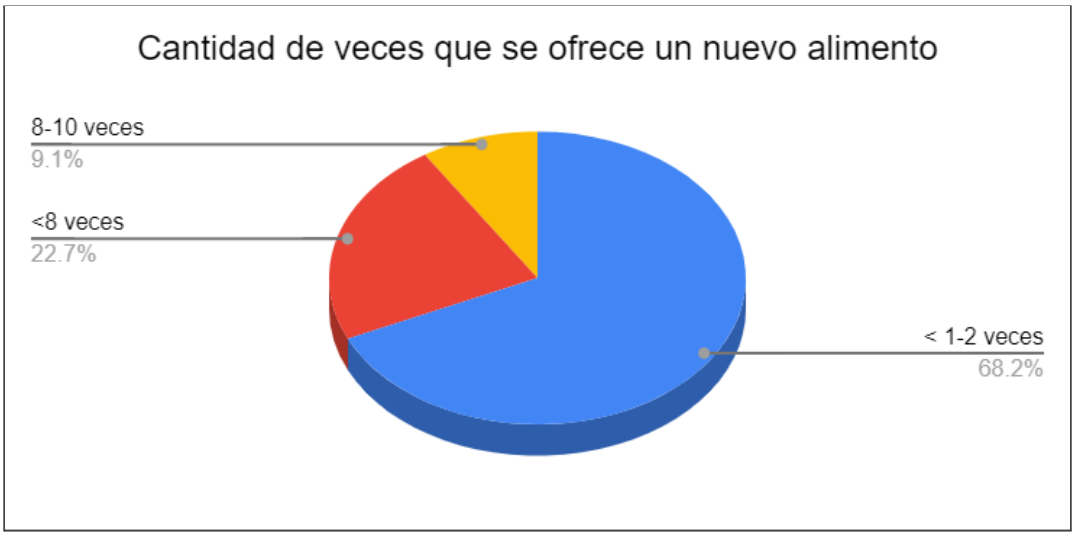
Gráfico N°10: Ofrecimiento de nuevos alimentos en reiteradas ocasiones.



Fuente: Elaboración propia.

Del total de las madres cuyos niños rechazan los nuevos alimentos ofrecidos, un 82% vuelve a ofrecer reiteradas veces dichos alimentos con el fin de que el niño los acepte en cierto momento. Sin embargo, el 18% restante no vuelve a ofrecer los alimentos complementarios que fueron rechazados al menos una vez, por su respectivo niño/a.

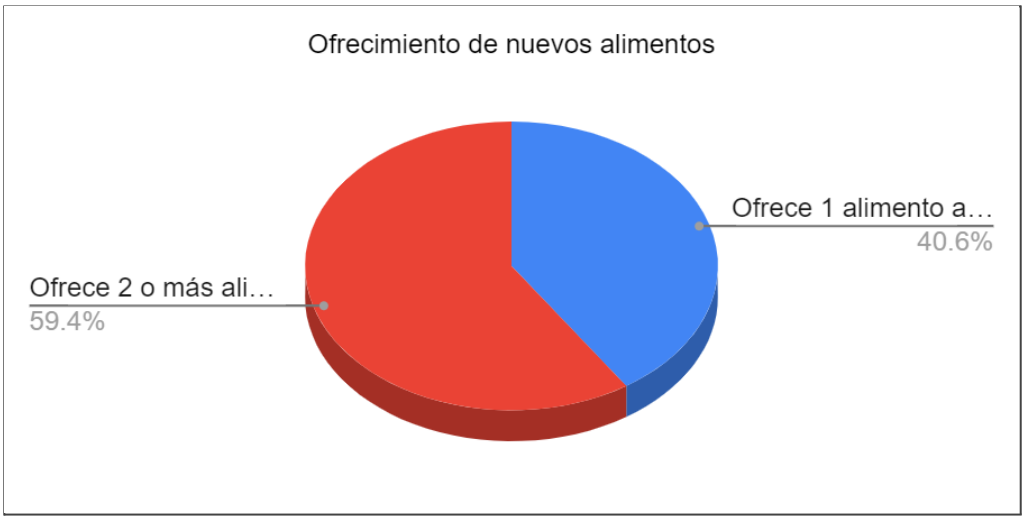
Gráfico N°11: Cantidad de veces que se ofrece un nuevo alimento al niño.



Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta el 82% de las madres que vuelven a ofrecer un mismo alimento en reiteradas ocasiones, un 68% vuelve a ofrecer nuevos alimentos hasta dos veces en distintas ocasiones, un 23% ofrece nuevamente en dos a ocho ocasiones y sólo un 9% ofrece entre ocho a diez veces en reiteradas ocasiones un nuevo alimento hasta su aceptación.

Gráfico N°12: Ofrecimiento de nuevos alimentos.



Fuente: Elaboración propia.

Mediante este gráfico, se observa que un 59% de las encuestadas opta por ofrecer dos o más nuevos alimentos a la vez, mientras que el 41% restante opta por ofrecer un solo nuevo alimento por comida.

Bloque 4: Frecuencia de consumo de alimentos.

A continuación, se analizarán los resultados obtenidos a través del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos en el niño/a.

Hortalizas A, B y C.

Gráfico N°13. Consumo de hortalizas A, B y C.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a los resultados obtenidos a través del cuestionario de frecuencia de consumo, se obtuvo que un 97% de los niño/as consumen hortalizas mientras que sólo el 3% restante no lo hace. Dentro de la rama de las mismas, las más consumidas son las hortalizas C con un 90%, seguidas por las hortalizas A (71%) y por último las hortalizas B (61%).

Frecuencia semanal de consumo.

Teniendo en cuenta al total de los niños/as que consumen hortalizas A habitualmente, a través de la encuesta se obtuvo que un 32% las consume más de 5 veces a la semana, un 46% consume frutas entre 2 a 5 veces por semana, mientras que menos del 33% posee un consumo semanal menor a 2 veces.

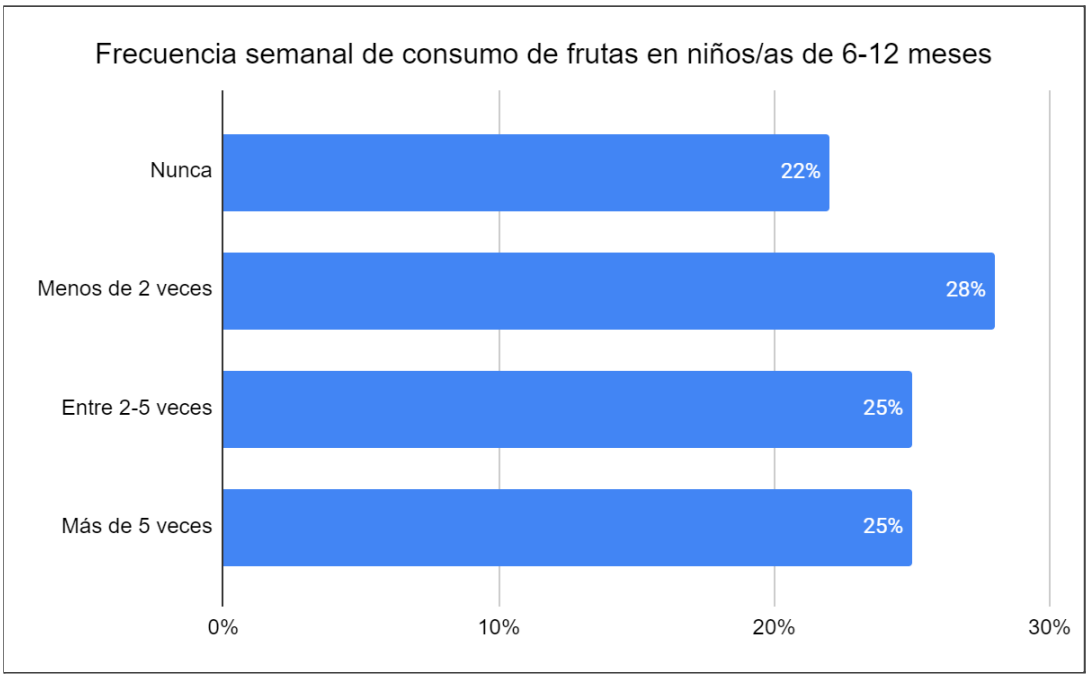
Los valores obtenidos con respecto a la frecuencia de consumo de las hortalizas B, se asimilan bastante a los anteriores, siendo que un 33% consume más de 5 veces a la semana, un 30% entre 2 a 5 veces y un 35% menos de 2 veces a la semana.

Por último, en cuanto a las hortalizas C, se vio un consumo semanal mayor a 5 veces del 52%, un consumo entre 2 a 5 veces por semana del 30% y un consumo menor a 2 veces por semana del 18% de los niños/as.

Frutas.

En cuanto al consumo de frutas, prevalece su consumo con el 78% de los niños/as, mientras que el 22% restante no consume. Siendo la banana (88%) y la manzana (80%) las dos frutas más elegidas y aceptadas por los niños menores de doce meses de edad.

Gráfico N°14: Frecuencia semanal de consumo de frutas.



Fuente: Elaboración propia.

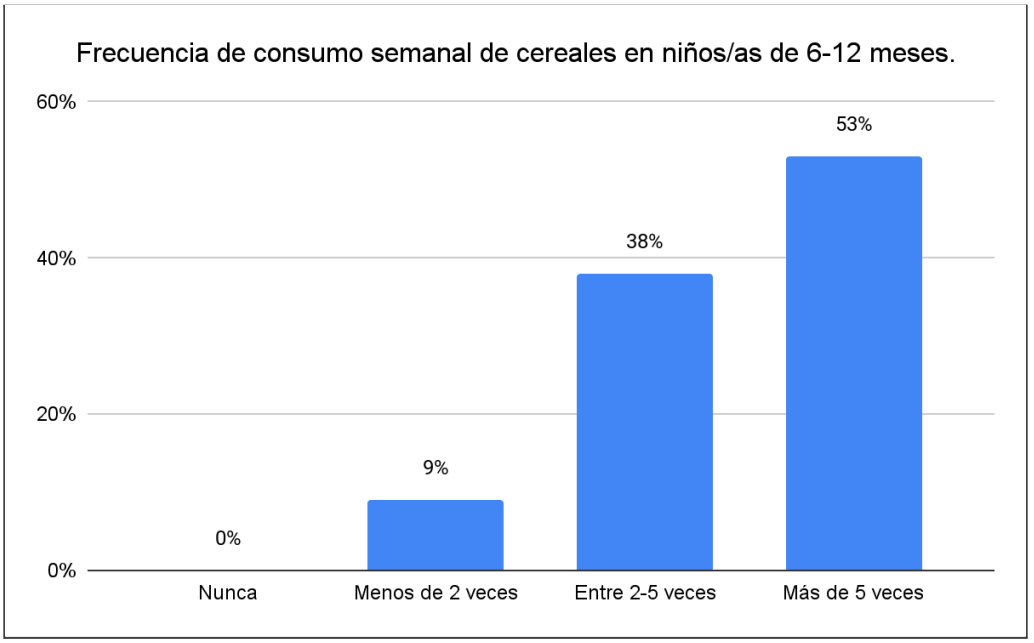
Teniendo en cuenta al total de los niños/as que consumen frutas habitualmente, a través de la encuesta se obtuvo que un 32% las consume más de 5 veces a la semana, un 36% consume frutas entre 2 a 5 veces por semana, mientras que un 32% posee un consumo semanal menor a 2 veces.

Cereales y derivados.

En cuanto al consumo de cereales y derivados, el 100% de los niños/as de las madres encuestadas consumen cereales, prevaleciendo el trigo y el arroz con un 84%. Mientras que los cereales menos consumidos por los niños/as son el trigo burgol y el mijo, entre otros.

Frecuencia semanal de consumo.

Gráfico N°15: Frecuencia de consumo semanal de cereales.



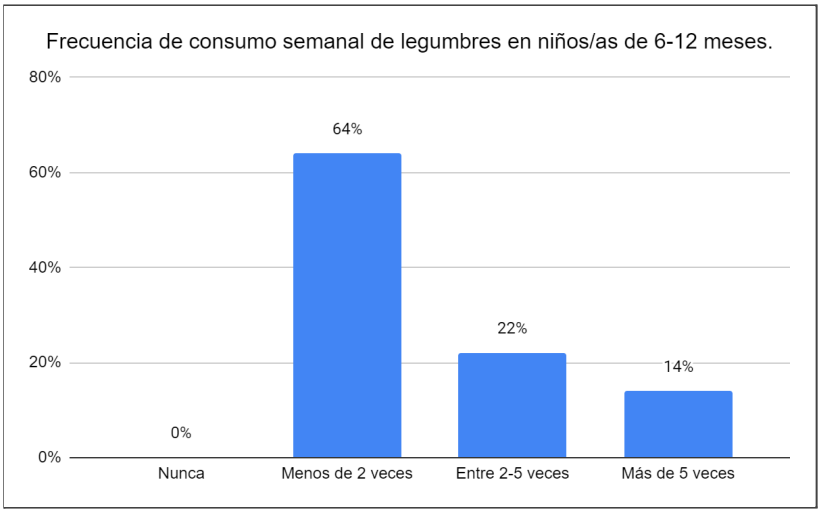
Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la frecuencia semanal de consumo, se obtuvo que un 53% lo consume con una frecuencia semanal mayor a 5 veces, un 38% consume cereales y/o derivados entre 2 a 5 veces por semana, mientras que un 9% posee un consumo menor a 2 veces por semana.

Legumbres.

Las legumbres no son un grupo de alimentos que predominen en la alimentación complementaria de todos los niños/as, un 56% no las consume mientras que un 44% si lo prefiere hacerlo. Dentro de este grupo de alimentos, prevalece el consumo de las lentejas y las arvejas con un 57%.

Gráfico N°16: Frecuencia de consumo semanal de legumbres.



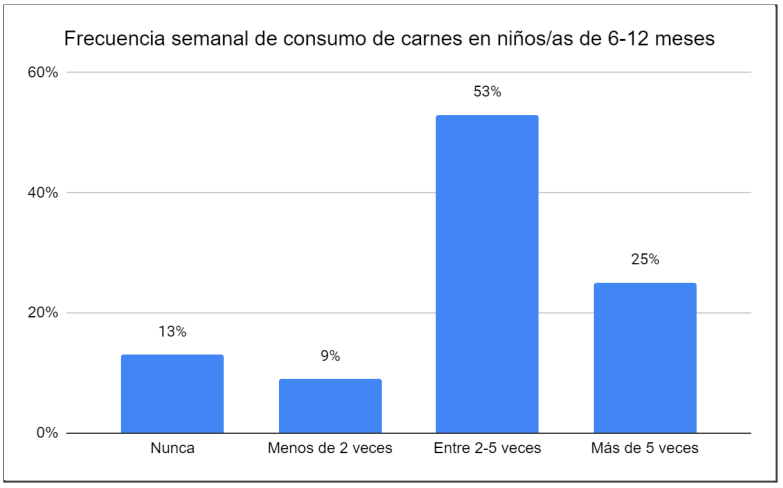
Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta al total de los niños/as que consumen dicho grupo de alimentos, se obtuvo que un 14% lo consume con una frecuencia semanal mayor a 5 veces, un 22% consume legumbres entre 2 a 5 veces por semana, mientras que un 64% posee un consumo menor a 2 veces por semana.

Carnes.

Con respecto al consumo de alimentos de origen animal, el 87,5% de los niños/as consume carnes, entre las cuales existe un predominio de consumo de carnes rojas con un 86% y de carne de ave (pollo) con un 75%, mientras que el pescado es elegido solo por el 36% del total de los niños/as.

Gráfico N°17: Frecuencia de consumo semanal de carnes.



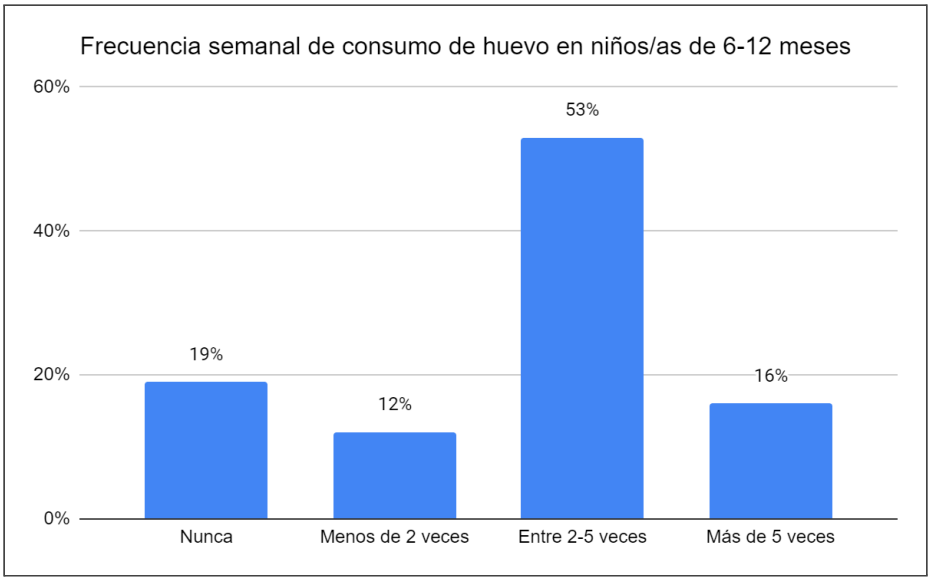
Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta al total de los niños/as que consumen dicho grupo de alimentos, se obtuvo que un 28% lo consume con una frecuencia semanal mayor a 5 veces, un 61% consume huevo entre 2 a 5 veces por semana, mientras que un 11% posee un consumo menor a 2 veces por semana.

Huevo.

En cuanto al consumo del huevo, se obtuvo que el 78% de los niños/as elige consumirlo mientras que el 22% restante no lo prefiere.

Gráfico N°18: Frecuencia de consumo semanal de huevo.



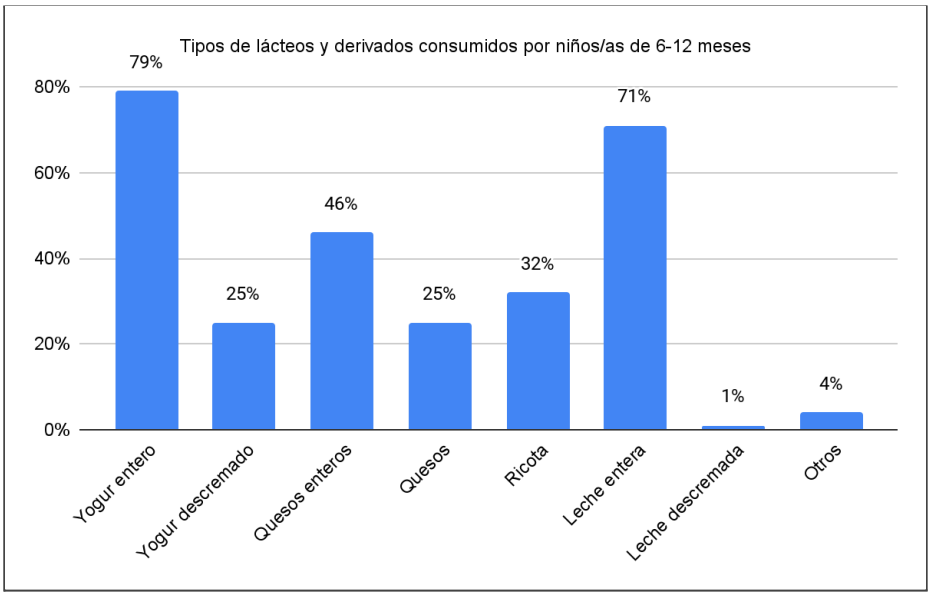
Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta al total de los niños/as que consumen dicho alimento, se obtuvo que un 19% lo consume con una frecuencia semanal mayor a 5 veces, un 65% consume huevo entre 2 a 5 veces por semana, mientras que un 16% posee un consumo menor a 2 veces por semana.

Lácteos y derivados.

Siguiendo con los alimentos de origen animal, los lácteos y derivados lácteos son un grupo de alimentos que predominan dentro de la alimentación del niño. Al igual que con las carnes, un 87,5% del total consume lácteos y derivados mientras que un 12,5% no consume.

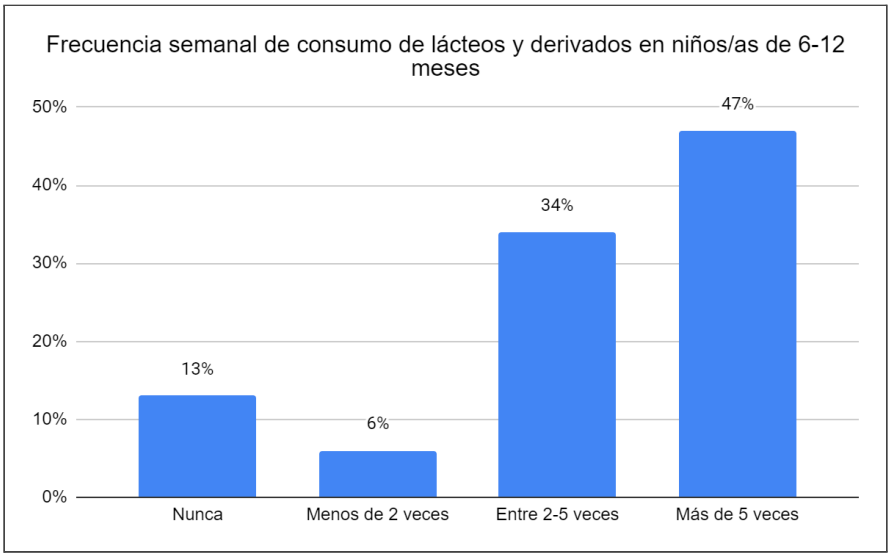
Gráfico N°19: Lácteos y derivados consumidos.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los lácteos descremados, un 25% consume yogur descremado, un 25% consume quesos descremados y un 3,5% consume leche de vaca parcialmente descremada. Sin embargo, se observó que los niños/as tienden a consumir mayoritariamente lácteos enteros; un 79% consume yogur entero, un 46% quesos enteros y un 71% leche de vaca entera. Por último, se tuvieron en cuenta otros derivados lácteos como la ricota, observándose un consumo del 32%.

Gráfico N°20: Frecuencia de consumo semanal de lácteos y derivados.



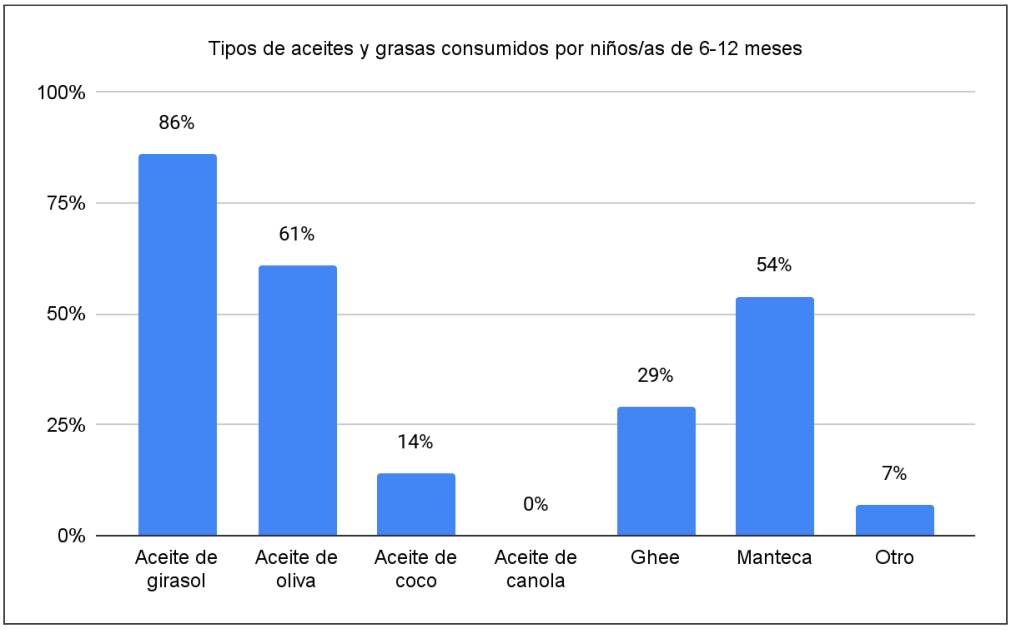
Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la frecuencia de consumo semanal de lácteos y/o derivados, se obtuvo que un 54% de los niños/as consumen más de 5 veces a la semana, un 39% entre 2 a 5 veces por semana, mientras que el 7% restante posee un consumo de lácteos y derivados menor a 2 veces por semana.

Aceites y grasas.

En cuanto al consumo de aceites y/o grasas para complementar las preparaciones del niño, se observó que un 87,5% consume dicho grupo de alimentos mientras que un 12,5% no lo tiene incorporado en su alimentación habitual.

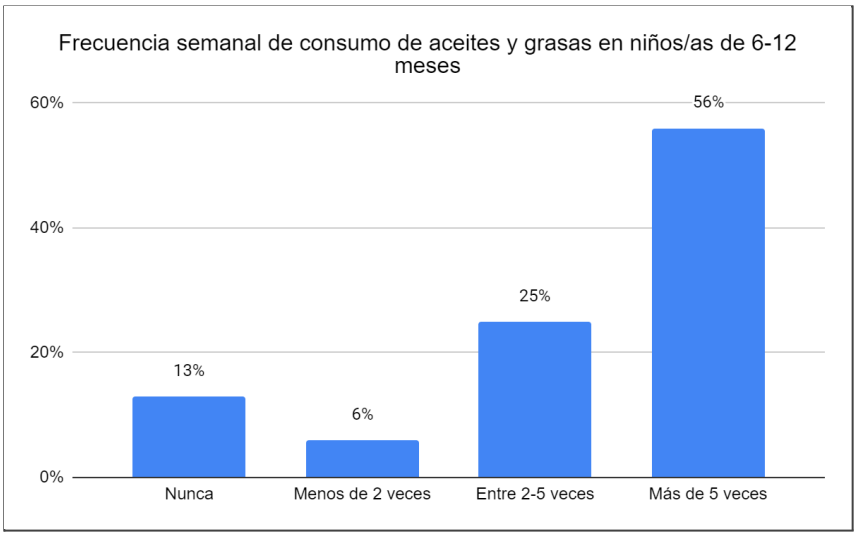
Gráfico N° 21: Aceites y grasas consumidos.



Fuente: Elaboración propia.

Dentro de los aceites, se destaca el aceite de girasol con un 86%, seguido por el aceite de oliva con un 61%, mientras que el aceite de coco solamente es consumido por un 14% del total de los niños y no se observó consumo del aceite de canola. Sin embargo, el aceite de maíz fue mencionado como alternativa al aceite de girasol por dos madres primerizas, abarcando un 7,1% del total de los niños. En cuanto al consumo de otras grasas, un 53,5% de los niños consumen manteca junto con sus preparaciones y sólo un 28,5% opta por la manteca clarificada, o mejor conocida como “Ghee”.

Gráfico N°22: Frecuencia de consumo semanal de aceites y grasas.



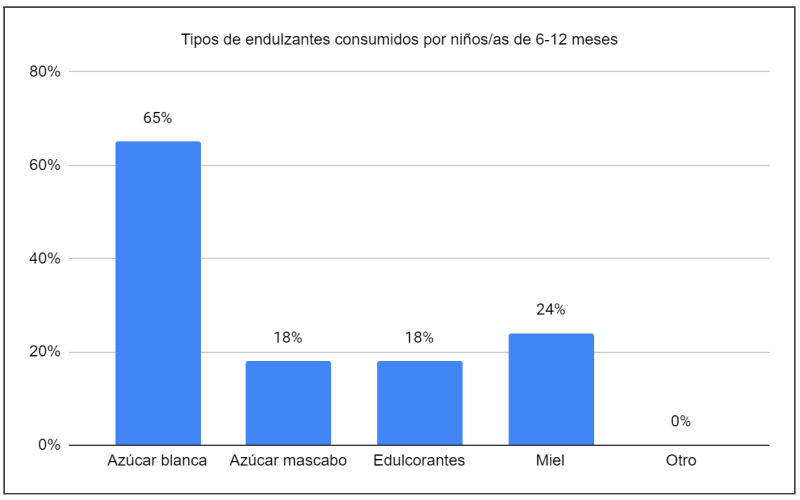
Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la frecuencia semanal de consumo de aceites y/o grasas, un 64% de los niños/as consumen más de 5 veces a la semana, un 29% entre 2 a 5 veces por semana, mientras que el 7% restante tiene un consumo de aceites/grasas menor a 2 veces semanales.

Endulzantes.

Finalmente, con respecto al consumo de endulzantes se observó que un 53% de los niños y niñas de las madres encuestadas consumen por lo menos algún tipo de endulzante ya sea calórico o no nutritivo en su alimentación habitual. Mientras que el 47% restante, aún no incorporó este grupo de alimentos opcionales a su alimentación.

Gráfico N°23: Endulzantes y edulcorantes consumidos.

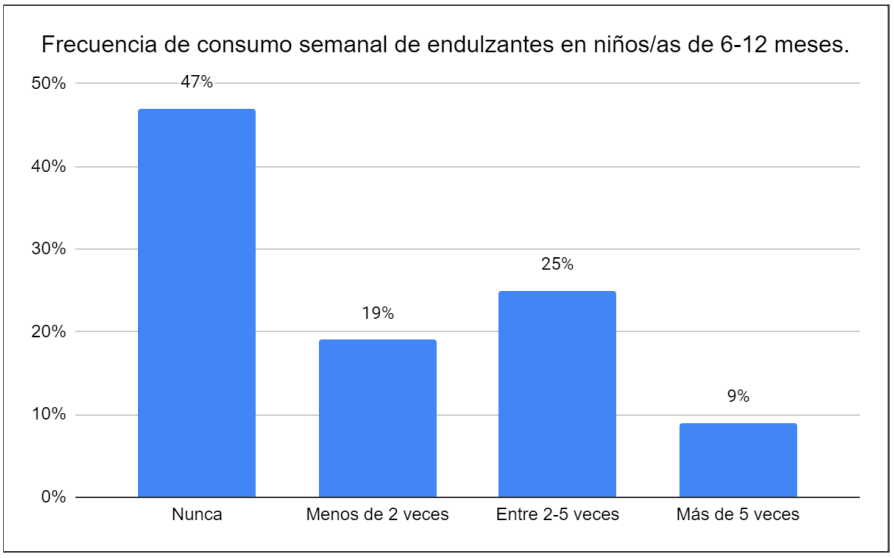


Fuente: Elaboración propia.

Del total de los niños, un 65% consume azúcar blanca en sus preparaciones, un 18% consume azúcar mascabo integral, otro 18% consume edulcorantes no nutritivos, mientras que un 23,5% ingiere miel como endulzante habitual.

Frecuencia semanal de consumo.

Gráfico N°24: Frecuencia de consumo semanal de endulzantes.



Fuente: Elaboración propia.

Dentro del total de los niños que consumen endulzantes de manera frecuente, un 18% lo hace con una frecuencia mayor a 5 veces por semana, un 47% entre 2 a 5 veces semanales, mientras que un 35% los consume menos de dos veces por semana.

10. Conclusiones.

En el presente trabajo de investigación, se evidencia el conocimiento que poseen las madres primerizas acerca de la etapa de alimentación complementaria y su rol con respecto a las prácticas alimentarias en sus niños de 6 a 12 meses de edad.

Los resultados obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mostraron que no todas las madres primerizas cuentan con conocimiento adecuado sobre alimentación complementaria y, por ende, poseen prácticas inadecuadas sobre la frecuencia con la que alimentan a sus niños, las porciones diarias de alimento, la selección de alimentos y formas de preparación.

Conocimientos acerca de características de la alimentación complementaria.

Más de la mitad de las madres primerizas encuestadas, posee un conocimiento inadecuado con respecto al conocimiento de determinadas características que engloban a la alimentación complementaria del niño entre los seis y doce meses de vida.

En primer lugar, se observó una falta de conocimiento sobre el momento de inicio de la AC, la mayor parte de las encuestadas entiende que el mismo debe ser previo a los seis meses de vida o tiempo después de los seis meses. Solo una pequeña porción de la muestra coincide que debe comenzar a partir de los seis meses, al igual que la recomendación de la OMS y de la SAP.

A su vez, la falta de conocimiento sobre la duración ideal y recomendada de la extensión de la lactancia materna durante la alimentación del niño, se vio reflejada en la mayoría de las madres primerizas encuestadas. Sólo una pequeña porción de la muestra comprende los beneficios de su extensión hasta los dos años de vida del niño e incluso más allá de dicha edad en caso de ser considerado.

Prácticas asociadas a la alimentación complementaria.

Con respecto a la variable que abarca a las prácticas sobre la alimentación complementaria, se obtuvo que más de la mitad de las encuestadas realiza prácticas inadecuadas en relación al cuidado alimenticio de sus respectivos niños. Destacándose, el tipo de consistencias que son ofrecidas durante la alimentación, la frecuencia diaria con la que se alimenta al niño y el ofrecimiento de nuevos alimentos complementarios.

Aquellos niños que son alimentados con una frecuencia diaria menor a dos veces al día, independientemente de su edad, poseen una alimentación inadecuada. Dado que dicha frecuencia es baja, por lo tanto, no se lograría cubrir adecuadamente las necesidades energético-nutricionales.

Por otro lado, una frecuencia de consumo de alimentos complementarios entre dos a tres veces por día, se considera adecuado en niños que pertenezcan a un rango etario entre seis a ocho meses de edad. De acuerdo a dicho criterio, un 55,5% de los niños/as se encuentran siendo alimentados inadecuadamente ya que su edad es superior a los ocho meses, por lo que tienden a tener un mayor requerimiento de nutrientes y energía.

Afortunadamente el 100% de los niños/as que son alimentados entre tres a cuatro veces por día, se encuentran en un rango etario acorde a dicha frecuencia de consumo.

Por último, aquellos niños/as cuyas madres deciden alimentarlos más de cuatro veces al día cuentan con una alimentación inadecuada, independientemente de su edad. Ante un exceso de alimentos complementarios, se ve favorecido el abandono precoz de la lactancia materna o a través de fórmulas infantiles, lo cual puede perjudicar al peso del niño derivando en alguna enfermedad crónica no transmisible a largo plazo.

En relación a las prácticas adecuadas de la alimentación complementaria de cada niño, se puede destacar que más de la mitad de las madres primerizas aún alimenta a sus niños con lactancia materna en conjunto con los alimentos complementarios. A su vez, la mayoría de las encuestadas, tiende a ofrecer nuevamente alimentos complementarios a pesar de que el niño los rechace durante su primera exposición. Lamentablemente, la aceptación de nuevos alimentos puede verse limitada o condicionada según la cantidad de veces que una madre se expone nuevamente a dicho alimento. La mayoría de las madres primerizas vuelve a ofrecer alimentos menos de ocho veces, siendo está una práctica inadecuada, dado que se comprobó que el niño se familiariza con un nuevo alimento pasadas las ocho o diez veces.

En cuanto al ofrecimiento de nuevos alimentos, la mayoría de las madres primerizas presenta una práctica adecuada frente al ofrecimiento de nuevos alimentos en reiteradas ocasiones, excepto por el hecho de que solo una pequeña porción de la muestra lo practica de manera adecuada, es decir, ofreciéndole al niño un nuevo alimento en más de ocho intentos. Por otro lado, más de la mitad de las madres encuestadas ofrece nuevos alimentos combinados entre sí, en lugar de ofrecer de a uno por vez o en comidas separadas.

Variedad en la alimentación complementaria.

Con respecto a la variedad de alimentos ofrecidos durante el período de transición alimentaria, mediante el presente estudio de investigación se obtuvo que más del 50% de los niños posee una alimentación complementaria variada en la mayoría de los grupos de alimentos propuestos por las Guías de Alimentación para la Población Infantil, siendo estos mismos: hortalizas A, B, C, frutas, cereales, carnes, huevos, lácteos, aceites y grasas.

Si bien se destaca la prevalencia de una alimentación variada en lugar de una monótona en niños entre 6 a 12 meses de edad, su gran mayoría no consume legumbres habitualmente y cuenta con un elevado consumo de endulzantes (nutritivos y no nutritivos).

Según los resultados obtenidos, las legumbres tienden a ser el grupo de alimentos menos consumido. Destacando un consumo semanal menor Si bien mediante el presente estudio de investigación, no se indagó acerca del motivo inicial por el cual existe un muy bajo consumo de legumbres en dicha población, se asume que se debe principalmente al bajo ofrecimiento por parte de las madres primerizas por ser un alimento de bajo consumo en nuestro país y por presentar posibles riesgos de atragantamiento y, por ende, al rechazo por parte del niño. Lamentablemente cabe destacar que, si bien existe un pequeño porcentaje de niños que opta por incluir legumbres en su alimentación, su frecuencia de consumo semanal suele ser menor a dos veces, lo cual equivale a una frecuencia de consumo baja o casi nula.

Por otro lado, el elevado consumo de endulzantes nutritivos y no nutritivos en niños menores de 12 meses de edad es sumamente preocupante. Se demostró que más de la mitad de las madres primerizas ha decidido incorporar azúcar blanca, azúcar mascabo, miel y/o edulcorantes no calóricos en la alimentación complementaria de sus hijos, siendo la azúcar blanca refinada la más ofrecida entre todas. Sin embargo, es positivo destacar que solo una pequeña parte de la muestra posee un consumo medio-alto a nivel semanal, mientras que la gran mayoría de los niños, solamente lo consumen de manera ocasional, con una frecuencia menor a dos veces por semana.

Finalmente, es de gran relevancia mencionar determinadas situaciones que evidencié mientras que realicé la búsqueda de madres primerizas para la muestra del presente trabajo de investigación. Con dicha finalidad, solicité acceso a distintos grupos de Facebook de madres primerizas o madres con niños que estuviesen en la etapa de alimentación complementaria. Dentro de los grupos, todas las participantes cuentan con acceso para

realizar publicaciones con el fin del despeje de dudas con respecto al cuidado, alimentación o inconvenientes que puedan tener con sus respectivos niños.

La gran mayoría de las participantes de los grupos son madres primerizas que carecen de conocimiento acerca del cuidado y de la alimentación de un niño recién nacido o en su primer año. Tras la lectura de varias publicaciones, observé que uno de los grandes problemas que se destaca entre las participantes, es la falta de acceso a consultas con profesionales de la salud especializados en alimentación infantil. He notado que en dichos grupos abunda la desinformación con respecto a la alimentación del niño menor a dos años de vida. Entre las publicaciones y comentarios de las participantes, observé que una de las consultas más frecuentes es cuándo es el momento ideal para comenzar con la alimentación complementaria, qué tipo de alimentos ofrecerle al niño y en qué cantidades. Muchas de ellas recomiendan comenzar con la AC a los cuatro meses de vida, incluso he leído madres que recomendaban alimentar al niño con agua e infusiones a partir de la primera semana de vida por un supuesto riesgo de deshidratación en el lactante.

11. Limitaciones de la investigación.

Las limitaciones que se han encontrado a lo largo del desarrollo del presente trabajo de investigación son las siguientes:

- ➔ Instrumento de recolección de datos. El instrumento utilizado en el presente trabajo de investigación fue de elaboración propia, es decir, no es un instrumento con validación científica. De esta manera, puede disminuir la fidelidad y veracidad de los resultados que se obtuvieron mediante el cuestionario de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres primerizas.
- ➔ Muestra. La muestra del trabajo estuvo conformada por un total de 32 madres primerizas con niños entre seis a doce meses de edad, habitantes del partido de Esteban Echeverría. El tamaño muestral es pequeño, por lo que puede no ser representativo del universo. Esta ha sido una de las limitaciones del estudio de investigación, debido a su dificultad para hallar madres que sean primerizas, es decir, que no posean más de un hijo; cuyo hijo se encuentre dentro de un rango etario de 6 hasta 12 meses de edad; y que a su vez sean habitantes de alguna localidad dentro del partido de Esteban Echeverría.

12. Discusión.

En el presente trabajo de investigación, se evidencia el conocimiento que poseen las madres primerizas sobre el período que comprende la alimentación complementaria y su rol con respecto a las prácticas alimentarias en sus niños de seis hasta doce meses de edad.

Entre las variables de conocimiento sobre alimentación complementaria, se destaca el conocimiento sobre el momento oportuno de inicio de introducción de alimentos en el niño. Como bien sugiere la Sociedad Argentina de Pediatría, el momento oportuno de inicio de la introducción de alimentos complementarios es a los seis meses de edad en niños sanos, que no posean ninguna contraindicación médica.

En el presente trabajo de investigación, se vio que un 56% de las madres primerizas encuestadas no poseen un conocimiento adecuado acerca de su momento de inicio. Una parte de las mismas entiende que debe comenzar de manera temprana, lo cual podría ocasionar daños a nivel renal debido a una sobrecarga de solutos y un elevado riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas y de alergias alimentarias. Según la Organización Panamericana de la Salud, esto se debe a la inmadurez de los procesos fisiológicos que ocurren a nivel gastrointestinal y renal. Además, está comprobado que el crecimiento infantil no mejora con la alimentación complementaria antes de los seis meses.

Por su parte, un 16% cree que la AC debería comenzar de manera tardía, es decir, pasados los primeros seis meses de edad, lo cual no es recomendable dado que a dicha edad se ve dificultada la capacidad de suplir las necesidades energéticas y nutricionales del niño únicamente con leche materna o fórmulas infantiles. Según la OPS, en el período comprendido entre los 6 a 23 meses de edad, existe un pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas, por lo que si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o se administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado.

Por lo tanto, el momento oportuno y adecuado para la introducción de alimentos complementarios en el niño es a los seis meses de edad. Es imprescindible que cada madre primeriza tenga noción de dicho conocimiento dado que la introducción temprana o tardía en el niño, podría generar graves problemas o inconvenientes en el desarrollo y crecimiento del niño.

Continuando con las variables de conocimiento, se obtuvo que solamente un 28% de las madres primerizas entiende que la lactancia materna debería extenderse idealmente hasta

los 24 meses del niño. El 72% de las encuestadas restantes no posee conocimiento de su extensión, mientras que otras creen que debería finalizar previo a que el niño cumpla dos años de vida. A partir de dichos resultados, entiendo que gran parte de las madres primerizas no conoce el impacto que posee la lactancia materna en la salud del niño durante sus primeros años.

Según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, la lactancia materna debería extenderse hasta los 24 meses del niño e inclusive más si la madre del niño lo desease. La prolongación de la LM en conjunto con la alimentación, provee importantes beneficios para la salud y nutrición del niño; refuerza el sistema inmunitario, aporta hasta el 40% de la energía requerida por el niño, provee una adecuada cantidad de grasa que contribuye a la absorción de ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles, previene la deshidratación y provee nutrientes requeridos para la recuperación de los niños después de enfermedades infecciosas.

Por otra parte, si bien es un tema que actualmente sigue en una constante búsqueda científica, la introducción de alimentos potencialmente alergénicos debe darse a los seis meses de edad, es decir, al mismo tiempo que comienza la alimentación complementaria. Claro está, que deben tenerse en cuenta determinadas pautas para su incorporación y hasta el momento dicha recomendación abarca a niños sanos sin antecedentes de alergias alimentarias.

A través de la encuesta, se observó que sólo un 22% de las madres primerizas comprende que el momento recomendado para la introducción de alérgenos, mientras que el 78% restante cree que los mismos deben ser incorporados en la alimentación del niño más allá de los 6 meses de edad, inclusive luego del primer año de vida.

Varios estudios demostraron que la introducción tardía de alérgenos es un riesgo, ya que comprende una mayor predisposición a las alergias alimentarias.

A través del cuestionario de frecuencia de consumo, se obtuvo un elevado consumo del grupo de lácteos y derivados en niños menores a 12 meses de edad, específicamente de leche de vaca entera. Dicho grupo de alimentos trae beneficios para la nutrición del lactante por ser una gran fuente de calcio y energía, aún más cuando los mismos son enteros por su elevado aporte de grasa.

Cabe destacar que a diferencia de los lácteos descremados, los más ofrecidos por las madres primerizas son los lácteos enteros. Este tipo de selección alimentaria es beneficiosa

para el niño dado que se encuentra en una etapa en la que requiere "grasa" por su alto aporte energético. Desde el punto de vista energético son los nutrientes más específicos. Por lo tanto, el consumo de grasas debe contribuir a satisfacer las necesidades energéticas, así como ser suficiente para dar respuesta a los requerimientos de ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles.

El elevado consumo de endulzantes tanto nutritivos como no nutritivos en las preparaciones del niño es una situación preocupante. Las preparaciones no deberían ser endulzadas, por lo menos, hasta el primer año de vida. Por un lado, el agregado de azúcar en preparaciones o su uso como alimento complementario posee un elevado poder cariogénico, induce a hábitos alimentarios inadecuados a futuro, incrementa el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y diabetes tipo 2 durante el periodo de infancia. Además, el hábito de agregar endulzantes a las preparaciones del niño, modificará sus papilas gustativas, condicionándolo a elegir sabores dulces por sobre los amargos o los naturales. De está manera, se desarrollan hábitos alimentarios poco saludables, teniendo en cuenta que el niño tendrá preferencia por los alimentos con sabores acentuados en vez de los alimentos naturales.

En cuanto al uso de edulcorantes, si bien no existe evidencia científica sobre su consumo en niños menores de dos años de edad, el Consenso para prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos de México, desalienta su uso durante el período de transición alimentaria dado que su uso puede alterar las rutas metabólicas, neurológicas y hormonales por ser un estímulo predictor del aporte energético. A futuro, podrían desencadenarse enfermedades crónicas no transmisibles en el niño como la obesidad, hipertrigliceridemia, diabetes tipo 2, entre otras.

A lo largo del presente trabajo de investigación, se vio que un 56% de las madres primerizas ofrece preparaciones de consistencia líquida tales como infusiones, sopas, jugos, entre otros, a sus niños entre seis a doce meses de edad. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), durante el período de alimentación complementaria no es recomendable ofrecer preparaciones de consistencia líquida o semilíquida como infusiones, sopas, jugos frutales, entre otros, dado que se caracterizan por contener un bajo aporte de nutrientes y de densidad energética. Si se alimenta al niño con este tipo de preparaciones, se corre el riesgo de no llegar a cubrir sus requerimientos energético-nutricionales, lo que

podría derivar en una desnutrición y alteraciones en el desarrollo fisiológico, neurológico y del crecimiento del niño.

Por otra parte, un 41% de las madres primerizas ofrece alimentos complementarios de consistencia completamente sólida corriendo el riesgo de ocasionar atragantamiento en el niño. Dicha consistencia está recomendada a partir del primer año de vida debido a que el niño aún no cuenta con un adecuado desarrollo neuromuscular ni con habilidades masticatorias y estabilidad mandibular, que le permitan consumir alimentos sólidos de manera segura, sin ningún tipo de riesgo físico.

Teniendo en cuenta dicha recomendación, se sugiere que las madres primerizas opten por consistencias de tipo semisólidas para niños entre 6 a 8 meses de edad, y una vez pasado los 8 meses comenzar con preparaciones de consistencia de sólidos triturados o bien desmenuzados. De esta manera, se asegura un correcto aporte calórico y de nutrientes que logren cubrir los requerimientos energéticos y nutricionales del niño, acompañando un adecuado desarrollo y crecimiento según su edad.

13. Bibliografía.

1. Organización Mundial de la Salud. Fomento de una alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño [Internet]. 2022. Consultado el 04/01/2022. Disponible en: https://apps.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/es/index.html
2. UNICEF. La malnutrición impide el adecuado crecimiento de 1 de cada 5 niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe [Internet]. Octubre 2019. Consultado el 04/01/2022. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/comunicados-prensa/la-malnutrici%C3%B3n-impide-el-adecuado-crecimiento-de-1-de-cada-5-ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as
3. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado [Internet]. 2003. Consultado el 26/12/2021. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf
4. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, del Ministerio de Salud. Guías Alimentarias para la Población Infantil [Internet]. 2006. Consultado el: 12/11/2021 Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF_Equipo_baja.pdf
5. Ministerio de Salud. La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud - ENNyS 2010 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Consultado el 05/01/2022. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000258cnt-a09-alimentacion-de-ninos-menores-de-2-anos.pdf
6. Lorenzo Jessica, et. al. Nutrición del niño sano. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Corpus Libros Médicos y Científicos; 2015.
7. OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021. Consultado el: 12/11/2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding
8. Sociedad Argentina de Pediatría. Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años [Internet]. 2001. Consultado el 09/01/2022. Diponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf
9. Cuadros CA, Vichido Ma, Montijo E, Zárate F, Cadena JF, Cervantes R, et al. Actualidades en alimentación complementaria. Acta pediátrica de México. 2017;38(3): 182-201. Consultado el: 01/12/2021. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912017000300182

10. OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2010. Consultado el: 26/12/2021. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf
11. Gonzalez Urrutia R. Biodisponibilidad del hierro. Revista Costarricense de Salúd Pública. 2005; 14 (26):6-12. Consultado el 07/01/2022. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292005000100003#:~:text=Los%20polifenoles%20(taninos)%2Creducen,que%20no%20pueden%20ser%20absorbidos.&text=Esto%20no%20significa%20que%20dichos,absorci%C3%B3n%20de%20hierro%20(2)
12. Romero-Velarde E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur AB, Iracheta ML, Alonso-Rivera CG, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. Consultado el 09/01/2022. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v73n5/1665-1146-bmim-73-05-00338.pdf
13. Ministerio de Salud. Directrices para el rotulado de alérgenos y sustancias capaces de producir reacciones adversas en individuos susceptibles de productos alimenticios envasados [Internet]. 2017. Consultado el 12/01/2022. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/alimentos/directrices_rotulado_alergenos.pdf
14. Comité Nacional de Alergia. Alergia alimentaria en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr. 2018; 116 Supl 1: S1-S19. Consultado el 12/01/2022. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_alergia-alimentaria-en-pediatria-recomendaciones-para-su-diagnostico-y-tratamiento-93.pdf
15. Perkin MR, Logan K, Tseng A, Raji B, Ayis S,Peacock J, et al. Ensayo aleatorizado de introducción de alimentos alergénicos en lactantes alimentados con leche materna. N Engl J Med 2016;374:1733-43. Consultado el 12/02/2022. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1514210?articleTools=true
16. Comberiati, P., Costagliola, G., D'Elios, S., & Peroni, D. Prevención de la alergia alimentaria: la importancia de la introducción temprana. Medicina (Kaunas). 2019 julio; 55(7): 323. Consultado el 12/02/2022. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6681183/
17. Castillo-Duran C, Balboa CP, Torrejón SC, Bascuñán GK, Uauy DR. Alimentación normal del niño menor de 2 años. Revista Chilena de Pediatría. 2013; 84 (5): 565-572. Consultado el 13/02/2022. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v84n5/art13.pdf

18. Gamarra-Atero R, Porroa-Jacobo M, Quintana-Salinas M. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. An Fac Med (Lima Peru : 2010). 2011;71(3):179. Consultado el: 14/11/2021. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000300007#:~:text=Participantes%3A%20Madres%20de%20ni%C3%B1os%20menores%20de%203%20a%C3%B1os.&text=Conclusiones%3A%20Las%20madres%20presentaron%20nivel,en%20general%20coincid%C3%ADan%20con%20ello.
19. Santa Magaly Jiménez Acosta, Isabel Martín González, Armando Rodríguez Suárez, Denise Silvera Téllez, Eduard Núñez Torres, Karen Alfonso FaguéI. Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. Revista Cubana de Pediatría. 2018;90 (1): 79-93. Consultado el: 14/11/2021. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312018000100009
20. Yujra NMM. Conocimiento sobre alimentación complementaria de madres con niños de 6-24 meses, beneficiarias del programa nacional JUNTOS en el centro de salud Pomata [Tesis de grado]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2019. Consultado el: 14/11/2021. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/10498/Mamani_Yujra_Nilian_Maritza.pdf?sequence=3&isAllowed=y
21. Belkis ACS. Conocimiento, actitudes y prácticas alimentarias de madres de niños de 6 a 24 meses en Cuba. Revista Salud y Nutrición. 2017;16(4):11. Consultado el: 14/11/2021. Disponible en: https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/339/311

14. Anexos.

14.1 Anexo N°1: Presentación y consentimiento informado.

¡Hola! Soy Agustina, estudiante de la carrera Licenciatura en Nutrición en la Universidad Abierta Interamericana (UAI), me encuentro haciendo mi tesis de grado sobre conocimiento y prácticas de alimentación complementaria en madres primerizas, con el fin de obtener el título de la Licenciatura. Espero que puedas ayudarme completando brevemente la encuesta junto a un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos. ¡Agradezco tu colaboración!

"Presto mi consentimiento como adulta responsable para la recolección de datos sobre mi conocimiento y prácticas sobre la alimentación complementaria de mi hijo/a entre 6 - 12 meses de edad, de manera anónima. Comprendo que mi decisión para participar es completamente voluntaria."

En caso de responder "Estoy de acuerdo", continuar con la encuesta. En caso contrario, fin de la encuesta.

- Estoy de acuerdo.
- No estoy de acuerdo.

14.2 Anexo N°2: Instrumento de recolección de datos. "Cuestionario acerca del conocimiento y prácticas relacionadas a la alimentación complementaria del niño entre 6 a 12 meses"

Bloque 2: Datos personales.

1. ¿Sos madre primeriza? (En caso de responder "No", agradezco tu participación hasta acá).
   - ☐ Si.
   - ☐ No.

2. Si tu respuesta anterior fue "SI", marcá la opción según tu rango etario.
   - ☐ < 18 años de edad.
   - ☐ Entre 18-35 años de edad.
   - ☐ > 35 años de edad.

3. ¿Cuántos meses de edad tiene tu niño/a?

- ☐ 6 meses.
- ☐ 7 meses.
- ☐ 8 meses.
- ☐ 9 meses.
- ☐ 10 meses.
- ☐ 11 meses.

4. Marca la opción que corresponda según el género de tu hijo/a.

- ☐ Femenino.
- ☐ Masculino.
- ☐ Otro.

5. ¿Residis en el partido de Esteban Echeverría?

- ☐ Si.
- ☐ No.

6. Si tu respuesta anterior fue "Si", ¿A qué localidad perteneces actualmente? Si tu respuesta anterior fue "No", agradezco tu participación!

- ☐ Canning.
- ☐ El Jagüel.
- ☐ Luis Guillón.
- ☐ Monte Grande.
- ☐ 9 de Abril.

Bloque 3: Alimentación Complementaria.

1. ¿Qué entendés por “Alimentación Complementaria”?

- ☐ Es la incorporación de nuevos alimentos a la par de la lactancia materna.
- ☐ Es la incorporación de nuevos alimentos, descartando la lactancia materna.
- ☐ No lo sé.

2. ¿Cuándo crees oportuno el comienzo de la AC en el niño?

- ☐ Antes de los 6 meses de edad.
- ☐ A los 6 meses de edad.
- ☐ Después de los 6 meses.
- ☐ No lo sé.

3. En cuanto a la lactancia materna (LM), ¿Cuánto tiempo crees que debería extenderse durante el período de alimentación complementaria?

- ☐ La LM debería extenderse idealmente hasta los 24 meses del niño/a.
- ☐ La LM debería finalizar idealmente antes de los 24 meses del niño/a.
- ☐ No lo sé.

4. ¿Qué tipo de leche es consumida por el niño durante la etapa de AC actualmente?

- ☐ Leche materna.
- ☐ Fórmula infantil.
- ☐ Leche de vaca entera.
- ☐ No consume leche.

5. ¿Cuáles de los siguientes alimentos reconoces como potencialmente alergénicos?
Se conoce a un "alérgeno o alimento potencialmente alergénico" a toda sustancia capaz de provocar una reacción alérgica.

- ☐ Huevo.
- ☐ Leche de vaca.
- ☐ Soja.
- ☐ Cereales con gluten (trigo, avena, cebada, centeno).
- ☐ Maní.
- ☐ Frutos secos (almendras, nueces, avellanas, entre otros).
- ☐ Crustáceos y mariscos.
- ☐ Pescado.
- ☐ No conozco.

6. ¿Cuándo crees oportuna la introducción de alérgenos en la alimentación del niño?

- ☐ A los 6 meses de edad.
- ☐ Entre los 7-8 meses de edad.
- ☐ Entre los 9-12 meses de edad.
- ☐ A partir del año.
- ☐ No sé.

7. Teniendo en cuenta la edad de tu niño/a, ¿Con qué frecuencia diaria le ofreces alimentos? (Más allá de la lactancia a libre demanda).

- ☐ Menos de 2 veces por día.
- ☐ Entre 2-3 veces por día.
- ☐ Entre 3-4 veces por día.
- ☐ Más de 4 veces por día.

8. Teniendo en cuenta la edad de tu niño/a, ¿Cuántas porciones diarias de alimento le ofreces?

- ☐ 1 cda sopera de alimentos.
- ☐ 2-3 cdas soperas de alimentos.
- ☐ ½ vaso de alimentos.
- ☐ ½ plato de alimentos.
- ☐ 1 plato entero de alimentos.

Teniendo en cuenta los diferentes tipos de consistencias, respondé la siguiente pregunta:

1. Consistencia líquida.



2. Consistencia semisólida.



3. Sólido triturado/desmenuzado.



4. Consistencia sólida.



9. ¿Con qué tipo de consistencias realizas las preparaciones que son ofrecidas a tu niño/a? (Podes seleccionar más de una opción)

- ☐ Consistencia líquida.
- ☐ Consistencia semisólida.
- ☐ Sólidos desmenuzados.
- ☐ Consistencia sólida.

10. Al momento de ofrecerle un nuevo alimento a tu niño/a, ¿Lo acepta en el primer intento?

- ☐ Si.
- ☐ No.

11. Si tu respuesta anterior fue "No", ¿Le volvés a ofrecer dicho alimento nuevamente en reiteradas ocasiones?

- ☐ Si.
- ☐ No.

12. ¿Cuántas veces volvés a ofrecerle a tu niño/a un nuevo alimento hasta su aceptación?

- ☐ Entre una y dos veces más.
- ☐ Entre dos y ocho veces.
- ☐ Más de ocho veces.

13. Por último, ¿Cómo le ofreces un nuevo alimento a tu niño/a?

- ☐ Ofrezco un nuevo alimento por comida (a la vez).
- ☐ Ofrezco dos o más alimentos nuevos por comida.

Bloque 4: Cuestionario de frecuencia de consumo.
En está última sección, encontrarás una serie de preguntas relacionadas a la alimentación habitual de tu niño o niña.

1. ¿Consume vegetales?
Si tu respuesta es "Si" continúa con la pregunta n°2, si tu respuesta es "No", continúa con la pregunta n°3.

- ☐ Si.
- ☐ No.

2. Si tu respuesta anterior fue “Si”, marca los vegetales que consume tu niño/a.

- ☐ Vegetales A (acelga, berenjena, berro, brócoli, coliflor, espinaca, espárrago, lechuga, pepino, repollo, repollitos de Bruselas, rúcula, tomate, zapallitos)
- ☐ Vegetales B (cebolla, palmitos, puerro, remolacha, zanahoria, zapallo)
- ☐ Vegetales C (batata, choclo, mandioca, papa)

3. ¿Consume frutas?
Si tu respuesta es "Si" continúa con la pregunta n°4, si tu respuesta es "No", continúa con la pregunta n°5.

- ☐ Si.
- ☐ No.

4. Marca las frutas que consume tu niño/a.

- ☐ Banana
- ☐ Manzana
- ☐ Durazno
- ☐ Pera
- ☐ Mandarina
- ☐ Kiwi
- ☐ Otra fruta _____

5. ¿Con qué frecuencia semanal consume vegetales A, B, C y frutas?

	Nunca	Menos de 2 veces por semana	Entre 2-5 veces por semana	Más de 5 veces por semana
Vegetales A				
Vegetales B				
Vegetales C				
Frutas				

6. ¿Consume cereales y/o derivados de cereales?

Si tu respuesta es "Si" continúa con la pregunta n°7, si tu respuesta es "No", continúa con la pregunta n°8.

- ☐ Si.
- ☐ No.

7. Marca los cereales que consume tu niño/a.

- ☐ Trigo (pan, pastas frescas/secas y derivados)
- ☐ Maíz (almidón de maíz, polenta y derivados)
- ☐ Arroz
- ☐ Avena
- ☐ Quinoa
- ☐ Trigo burgol
- ☐ Mijo
- ☐ Otro cereal _____

8. ¿Consume legumbres?

Si tu respuesta es "Si" continúa con la pregunta n°9, si tu respuesta es "No", continúa con la pregunta n°10.

- ☐ Si.
- ☐ No.

9. Marca las legumbres que consume tu niño/a.

- ☐ Lentejas.
- ☐ Garbanzos.

☐ Arvejas.

☐ Porotos.

☐ Otra legumbre _____

10. ¿Con qué frecuencia semanal consume cereales y legumbres?

	Nunca	Menos de 2 veces por semana	Entre 2-5 veces por semana	Más de 5 veces por semana
Trigo				
Maíz				
Arroz				
Avena				
Quinoa				
Trigo burgol				
Mijo				
Otro cereal				
Lentejas				
Garbanzos				
Arvejas				
Porotos				
Otra legumbre				

11. ¿Consume carnes?

Si tu respuesta es "Si" continúa con la pregunta n°12, si tu respuesta es "No", continúa con la pregunta n°13.

☐ Si.

☐ No.

12. Marca qué tipo de carnes consume tu niño/a.

☐ Carne roja.

☐ De ave.

☐ Pescado.

☐ Carne de cerdo.

☐ Otra _____

13. ¿Consume huevo?

☐ Si.

☐ No.

14. ¿Consume lácteos y/o derivados lácteos?

Si tu respuesta es "Si" continúa con la pregunta n°15, si tu respuesta es "No", continúa con la pregunta n°16.

☐ Si.

☐ No.

15. Marca qué tipos de lácteos y/o derivados lácteos consume tu niño/a.

☐ Yogur entero.

☐ Yogur descremado.

☐ Quesos enteros.

☐ Quesos descremados.

☐ Ricota.

☐ Leche de vaca entera.

☐ Leche de vaca descremada.

☐ Otros derivados _____

16. ¿Con qué frecuencia semanal consume carnes, huevo y lácteos?

	Nunca	Menos de 2 veces por semana	Entre 2-5 veces por semana	Más de 5 veces por semana
Carne roja				
Carne de ave				
Pescado				
Carne de cerdo				
Otras carnes				
Huevo				

Yogur entero				
Yogur descremado				
Quesos enteros				
Quesos descremados				
Ricota				
Leche de vaca entera				
Leche de vaca descremada				
Otros lácteos				

17. ¿Consume aceite u otras grasas para enriquecer la papilla?

Si tu respuesta es "Si" continúa con la pregunta n°18, si tu respuesta es "No", continúa con la pregunta n°19.

- ☐ Si.
- ☐ No.

18. Marca los tipos de aceites y/o grasas que consume tu niño/a.

- ☐ Aceite de girasol.
- ☐ Aceite de oliva.
- ☐ Aceite de coco.
- ☐ Aceite de canola.
- ☐ Ghee (Manteca clarificada).
- ☐ Manteca.
- ☐ Otros aceites/grasas _____

19. ¿Consume las preparaciones endulzadas?

Por ejemplo, puré de frutas endulzado con azúcar. Si tu respuesta es "Si" continúa con la pregunta n°20, si tu respuesta es "No", continúa con la pregunta n°21.

- ☐ Si.

☐ No.

20. Si tu respuesta anterior fue "Si", marca los tipos de endulzantes que consume tu niño/a..

☐ Azúcar blanca.

☐ Azúcar mascabo.

☐ Edulcorantes no nutritivos (Sucralosa, Aspartamo, Stevia, etc).

☐ Miel.

☐ Otros endulzantes _____

21. ¿Con qué frecuencia semanal consume aceites, grasas y endulzantes?

	Nunca	Menos de 2 veces por semana	Entre 2-5 veces por semana	Más de 5 veces por semana
Aceite de girasol				
Aceite de oliva				
Aceite de coco				
Aceite de canola				
Ghee				
Manteca				
Otros aceites/grasas				
Azúcar blanca				
Azúcar mascabo				
Edulcorantes no nutritivos				
Miel				
Otros endulzantes				

Formulario de autorización de publicación de trabajo final o tesis.

En mi carácter de estudiante de la carrera Lic. en Nutrición de la Universidad Abierta Interamericana, autorizo a que mi Tesis sea publicado en el repositorio digital de la UAI, aceptando que los documentos allí consignados, sean de libre disponibilidad bajo las bases y condiciones que rigen para el uso de material bibliográfico de la biblioteca de la universidad.