



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DEL URUGUAY

Facultad de Ciencias Agrarias

-Centro Regional Rosario-

Licenciatura en Nutrición

*“Prácticas alimentarias y
relación con estado nutricional
y ciertos factores
sociodemográficos en niños de
0 a 24 meses de edad”*

Tesina presentada para complementar los requisitos del plan de estudio de Licenciatura en Nutrición.

Tesina elaborada por: FORTUNATO, NOELIA

Directora: Lic. Vanesa Tanducci

Rosario – Febrero 2014



“Las opiniones expresadas por los autores de esta Tesina no representan necesariamente los criterios de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencia Agrarias de la Universidad de Concepción del Uruguay”.



AGRADECIMIENTOS

Frente a la finalización de este trabajo, quiero agradecer a todas aquellas personas que, de una manera u otra, me brindaron su apoyo desde el inicio de este proyecto.

En primer lugar, quiero agradecerle a la directora de este trabajo, la Licenciada Vanesa Tanducci, por su dedicación, tiempo, apoyo y permanente fuente de consulta.

A Sonia Brühl, quién me orientó en el armado de la tesis pero principalmente en la parte metodológica de la misma.

A todo el equipo de trabajo del Centro de Prevención de Desnutrición Infantil número 1 (CPD1) por su buena predisposición.

A todas las madres encuestadas quienes me brindaron su dedicación y su tiempo.

A la Universidad de Concepción del Uruguay Centro Regional Rosario.

Y un agradecimiento muy especial a mi familia, novio y amigas, porque sin ellos hoy no podría haber alcanzado esta ansiada meta.



DEDICATORIAS

La presente Tesina, está dedicada a toda mi familia, principalmente a mis padres, porque no sólo me acompañaron en este largo camino, sino que me ayudaron a formarme como persona y me brindaron la posibilidad de desarrollarme como profesional.

A mi novio, Matías, por su comprensión, paciencia, cariño y apoyo incondicional.

A mi amiga de toda la vida, Florencia, quien me acompañó siempre, en esta etapa tan importante, con sus frases de optimismo.

Finalmente a quienes recorrieron junto a mí este trayecto desde el comienzo de la carrera, Sabrina y Magali.



ÍNDICE GENERAL

Índice de figuras.....	6
Índice de tablas.....	6
Índice de gráficos.....	7
Resumen.....	10
<u>Capítulo I: Introducción</u>.....	12
Palabras claves.....	13
<u>Capítulo II: Fundamentación del estudio</u>.....	14
<u>Capítulo III: Antecedentes del tema</u>.....	16
<u>Capítulo IV: Planteamiento del problema</u>.....	25
<u>Capítulo V: Hipótesis</u>.....	26
<u>Capítulo VI: Objetivos de la investigación</u>.....	27
<u>Capítulo VII: Marco teórico</u>.....	28
1. Las prácticas alimentarias.....	28
1.1. Prácticas Alimentarias en niños de 0 a 24 meses.....	29
1.2. Prácticas Alimentarias. Etapas de la Alimentación Infantil.....	35
1.2.1. Período Inicial: Lactancia Materna Exclusiva.....	35
1.2.2. Período de Transición y Período de Adquisición de Pautas Familiares. Alimentación Complementaria.....	40
2. Los Factores Sociodemográficos.....	50
2.1. Nivel educativo alcanzado por la madre/ responsable o tutor.....	51
2.2. Edad de la madre/responsable o tutor.....	52
2.3. Estructura familiar.....	52
2.4. Vivienda.....	53



2.5. Sustento económico.....	54
3. Centro de prevención de la desnutrición infantil Camino-CONIN 1.....	55
<u>Capítulo VIII: Diseño metodológico.....</u>	61
1. Tipo de estudio.....	61
2. Descripción del referente empírico.....	61
3. Población de estudio.....	65
4. Criterios de inclusión.....	65
5. Criterios de exclusión.....	65
6. Criterios de eliminación.....	65
7. Muestra.....	66
8. Unidad de análisis.....	66
9. Variables de estudio y operalización.....	66
10. Instrumentos y métodos de recolección de datos.....	79
11. Análisis de la información.....	80
<u>Capítulo IX: Resultados.....</u>	82
<u>Capítulo X: Discusión.....</u>	122
<u>Capítulo XI: Conclusiones.....</u>	126
<u>Capítulo XII: Recomendaciones.....</u>	128
Bibliografía.....	129
Anexos	
Anexo I.....	136
Anexo II.....	137
Anexo III.....	144



INDICE DE FIGURAS

1. Ciudad de Rosario: distritos.....63
2. Barrio Nuevo Alberdi.....64

INDICE DE TABLAS

1. Distribución de los niños según Etapa de Alimentación y Estado Nutricional.....83
2. Distribución de los niños según práctica de lactancia materna actual de acuerdo a las etapas de alimentación.....85
3. Distribución de los niños según edad de finalización de la práctica de lactancia materna exclusiva.....88
4. Distribución de los niños que llevan a cabo práctica de alimentación complementaria según edad y motivo de inicio.....91
5. Distribución de los niños según primeros alimentos incorporados.....93
6. Distribución de los niños en etapa de transición y adquisición de pautas familiares, según el consumo actual de alimentos y bebidas.....95
7. Distribución de los niños según el consumo de hortalizas.....97
8. Distribución de los niños según el consumo de frutas.....97
9. Distribución de los niños según la edad de incorporación de alimentos y bebidas.....99
10. Distribución de los niños según las comidas diarias que llevan a cabo.....101
11. Distribución de las madres según nivel educativo alcanzado.....102
12. Distribución de los niños según Materiales de las viviendas.....105
13. Distribución de los niños según saneamiento de las viviendas.....106
14. Distribución de los niños según trabajo y beneficios sociales.....108



15. Distribución de los niños según sustento económico.....109

INDICE DE GRÁFICOS

1. Distribución de los niños según Etapa de Alimentación.....83

2. Distribución de los niños según Estado Nutricional.....83

3. Distribución de los niños Eunutridos según Etapa de Alimentación.....84

4. Distribución de los niños con Desnutrición Grado 1 según Etapa de Alimentación.....84

5. Distribución de los niños según práctica de lactancia materna actual.....85

6. Distribución de los niños en etapa inicial de alimentación según práctica de lactancia materna actual.....86

7. Distribución de los niños en etapa de transición de alimentación según práctica de lactancia materna actual.....86

8. Distribución de los niños en etapa de adquisición de pautas familiares según práctica de lactancia materna actual.....86

9. Distribución de los niños destetados según lactancia materna en el pasado.....87

10. Distribución de los niños según edad de finalización de la práctica de lactancia materna exclusiva (LME).....88

11. Distribución de los niños según categorización de la práctica de Lactancia Materna.....89

12. Distribución de los niños que llevan a cabo una práctica de Lactancia Materna Óptima.....90

13. Distribución de los niños según categorías de alimentación complementaria.....91



14.	Distribución de los niños según motivo inicio de alimentación complementaria.....	92
15.	Distribución de los niños AC temprana según motivo inicio.....	92
16.	Distribución de los niños AC oportuna según motivo inicio.....	92
17.	Distribución de los niños según primeros alimentos incorporados.....	93
18.	Distribución de los niños según el agregado de sal y aceite en primera papilla.....	94
19.	Distribución de los niños según el consumo actual de alimentos y bebidas.....	96
20.	Distribución de los niños en E.T según la edad de incorporación de alimentos y bebidas.....	100
21.	Distribución de los niños en E.T según la edad de incorporación de alimentos y bebidas.....	100
22.	Distribución de las madres según nivel educativo alcanzado.....	102
23.	Distribución de los niños según tipo de familia.....	103
24.	Distribución de los niños según tenencia de vivienda.....	104
25.	Distribución de los niños según materiales utilizados en las Paredes de las viviendas.....	105
26.	Distribución de los niños según materiales utilizados en los techos de las viviendas.....	105
27.	Distribución de los niños según materiales utilizados en los pisos de las viviendas.....	106
28.	Distribución de los niños según tipo de viviendas.....	107
29.	Distribución de los niños según trabajo.....	108



30.	Distribución de los niños según sustento económico.....	109
31.	Relación entre variables: Estado nutricional y Lactancia materna.....	110
32.	Relación entre variables: Estado nutricional y Alimentación complementaria.....	111
33.	Relación entre variables: Estado nutricional y Edad de madre/responsable o tutor.....	112
34.	Relación entre variables: Estado nutricional y tipo de Familia.....	112
35.	Relación entre variables: Estado nutricional y tipo de Vivienda.....	113
36.	Relación entre variables: Estado nutricional y sustento económico.....	113
37.	Relación entre variables: Lactancia materna y Etapas de Alimentación.....	115
38.	Relación entre variables: Lactancia materna y Estructura familiar.....	116
39.	Relación entre variables: Lactancia materna y Vivienda.....	116
40.	Relación entre variables: Lactancia materna y Sustento económico.....	117
41.	Relación entre variables: Alimentación complementaria y Estructura familiar.....	119
42.	Relación entre variables: Alimentación complementaria y Sustento económico.....	120



RESUMEN

Introducción: La nutrición durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo, por tal motivo se reconoce al período entre el nacimiento y los dos años de edad como una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento y desarrollo óptimos. Para que la alimentación de un recién nacido sea un éxito, debe existir desde el nacimiento una cooperación entre la madre y su hijo, y así se podrán establecer precozmente prácticas alimentarias confortables y satisfactorias. (Behrman, 1997). Los niños dependen de la alimentación que les provee su núcleo familiar, el cual se encuentra condicionado por el contexto social, pautas culturales, medio ambiente y accesibilidad económica, entre otros.

Objetivos: Conocer las prácticas alimentarias en niños de 0 a 24 meses de edad que concurren al Centro de Prevención de la Desnutrición Infantil Camino-CONIN 1 (CPD 1) de la ciudad de Rosario y establecer la relación con el estado nutricional y ciertos factores sociodemográficos.

Metodología: el presente estudio fue de carácter descriptivo correlacional, cuali-cuantitativo y de corte transversal. En parte, también fue de tipo retrospectivo. Se realizó en el CPD 1 los días lunes y jueves durante el mes de Julio del año 2013, a las madres de los pacientes que asistieron a consulta pediátrica-nutricional. Los datos se recolectaron mediante una encuesta en forma de entrevista individual semi-estructurada, guiada.

Resultados: Del total de los niños evaluados, el 80% tenía un estado nutricional normal y el porcentaje restante se hallaba en desnutrición de grado 1. Con respecto a la práctica de Lactancia Materna el mayor porcentaje de pequeños (44%) formó



parte de la categoría deficiente, un 28% de la categoría regular e igual porcentaje conformó la categoría oportuna. Además, pudo observarse que el mayor porcentaje (43%) de niños inició oportunamente la práctica de alimentación complementaria.

Conclusiones: En los individuos encuestados se ha comprobado que a medida que los niños crecen la práctica de lactancia materna se deja de lado y que la mayoría de los niños consumen alimentos poco nutritivos como golosinas, snack y bebidas gaseosas y dejan de lado otros como legumbres, pescado y huevo.

Al investigar las relaciones entre las variables, se detectó que ambas prácticas alimentarias se vieron influidas por el tipo de familia y el sustento económico. A su vez, solo la práctica de lactancia materna se relacionó con el tipo de vivienda, y también, con las etapas de alimentación. Por otro lado, el estado nutricional se vio influido por ambas prácticas alimentarias y a su vez, con la edad materna, el tipo de familia, el tipo de vivienda y el sustento económico.

Palabras Claves: Prácticas Alimentarias, Lactancia Materna, Alimentación Complementaria, Estado Nutricional, Factores Sociodemográficos, Centro de Prevención de la Desnutrición Infantil Camino-CONIN 1.



CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La nutrición durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño.

Se reconoce al período entre el nacimiento y los dos años de edad como una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento y desarrollo óptimos. En esta fase, las fallas de crecimiento y deficiencia de micronutrientes suelen ocurrir con más frecuencia y son difíciles de revertir después de este período. Las consecuencias inmediatas de una malnutrición durante estos años formativos incluyen una morbilidad orgánica, como así también, un desarrollo mental y motor retrasado. A largo plazo, las deficiencias nutricionales están ligadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva, y la salud en general durante la adolescencia y la edad adulta. (O.P.S, 2003).

En el libro “Nelson. Tratado de Nutrición” (Behrman, 1997), los autores consideran que para que la alimentación de un recién nacido sea un éxito, debe existir desde el nacimiento una cooperación entre la madre y su hijo, que comienza con la experiencia inicial de la alimentación y continúa mientras el niño depende de su madre. El establecimiento precoz de unas prácticas alimentarias confortables y satisfactorias contribuye mucho al bienestar emocional de madre e hijo.

Como afirman Organismos Nacionales e Internacionales de Nutrición y Salud, la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios a largo plazo en la salud del ser humano. Por tal motivo, recomiendan a la población esta práctica hasta los 6 primeros meses de vida, momento en el cual la leche materna deja de ser suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y a partir de



entonces, indican la incorporación de una alimentación complementaria paulatina desde los 6 a los 24 meses de edad, reconociendo a este período como una fase de gran vulnerabilidad en el crecimiento y desarrollo del niño.

Se destaca que los niños dependen de la alimentación que les provee su núcleo familiar, el cual se encuentra condicionado por el contexto social, pautas culturales, medio ambiente y accesibilidad económica, entre otros. Por lo tanto, hacer un estudio del por qué del establecimiento de las prácticas alimentarias o bien, de cuales son las causas que determinan el estado nutricional, se deben investigar ciertos factores sociodemográficos relacionados con la madre o cuidador.

PALABRAS CLAVES

Prácticas Alimentarias, Lactancia Materna, Alimentación Complementaria, Estado Nutricional, Factores Sociodemográficos, Centro de Prevención de la Desnutrición Infantil Camino-CONIN 1.



CAPÍTULO II: FUNDAMENTO

Por la importancia que reviste la alimentación en el niño es que se abordó a esta temática desde la perspectiva de las prácticas alimentarias en los dos primeros años de vida, ya que se entiende como el período de despliegue de todo potencial de crecimiento y desarrollo del infante.

Puesto que la alimentación no es sólo un acto físico-biológico, sino que también está sujeto a una construcción social y cultural, es que se investigó la alimentación del niño en su contexto económico, social y cultural.

Tanto la lactancia materna como la alimentación complementaria adecuada y oportuna son fundamentales para el ejercicio del derecho a la alimentación del niño. Como recomendación de salud pública mundial, la O.M.S destaca que durante los seis primeros meses de vida los lactantes deben ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento y desarrollo óptimos. A partir de ese momento, a fin de satisfacer los requerimientos nutricionales, los niños deben recibir alimentos complementarios sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad.

En nuestro país, existen los siguientes puntos críticos relacionados con la alimentación del niño en edades tempranas, que se tomaron como punto de partida para este trabajo: i). alta proporción de infantes sin lactancia materna exclusiva, ii). introducción a destiempo de la alimentación complementaria e incorporación de alimentos que no corresponden a una progresión adecuada, iii). dieta monótona, ingesta deficiente de hierro en la dieta, iv). y lo que empeora la situación un consumo temprano y excesivo de golosinas, jugos, gaseosas, productos de copetín y panadería. (Longo, 2002).



El análisis de las prácticas de alimentación empleadas por los adultos en el cuidado de los infantes redundan en una mejor comprensión de las prácticas prevalentes que se deben promover o sustituir; rescata la identidad y los patrones culturales que serán transmitidos a los infantes y facilita la educación alimentaria al ajustarse a las necesidades específicas de cada comunidad, familia o individuo.

Existe evidencia empírica que afirma que condiciones ligadas a la pobreza, como nivel educativo insuficiente, falta de recursos económicos y viviendas precarias, actúan como precipitantes de prácticas de crianza deficientes, lo cual incrementa la probabilidad de malnutrición en el infante. Por tal motivo, en primera instancia establecer una relación entre prácticas alimentarias y factores sociodemográficos permitió obtener un diagnóstico de la situación de vulnerabilidad de la población bajo estudio.

La elección del tema se basó en la experiencia de trabajo adquirida durante las prácticas profesionales finales, llevadas a cabo en una ONG, la cual trabaja en Prevención de la Desnutrición Infantil. En este lugar, se afronta la problemática de la nutrición infantil desde una multiplicidad de disciplinas que se relacionan con la temática, como ser psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, trabajo social, pediatría, además de nutrición.

El propósito de este estudio fue, entonces, facilitar información a la Institución para enriquecer el trabajo diario y poder profundizar sobre la problemática de la alimentación del niño en su entorno natural, así como brindar pautas para futuras líneas de acción dirigidas al foco de la problemática.



CAPÍTULO III: ANTECEDENTES DEL TEMA

Durante la revisión bibliográfica previa al desarrollo del proyecto, se hallaron antecedentes y estudios relacionados con el tema elegido; los cuales si bien no son exactamente semejantes al presente estudio, el contenido presente en ellos se asemeja al objetivo buscado.

Se encontraron un gran número de estudios relacionados con la temática evaluada, pero se tomaron solo los antecedentes más recientes.

Con respecto a las prácticas de lactancia materna y alimentación complementarias se encontró la siguiente evidencia empírica:

Durante los años 2008 y 2009, Ulunque Unzueta y colaboradores, llevaron a cabo una investigación en Cochabamba (Bolivia). La misma, tuvo como finalidad evaluar el conocimiento sobre lactancia materna en madres que asistieron a los Centros de Salud de Pacata y Jaihuayco, tomando como base que la leche materna es el alimento ideal para promover el desarrollo y crecimiento neonatal durante los primeros 4 a 6 meses de vida (Ulunque 2009).

Algunos resultados relevantes obtenidos en las madres encuestadas mostraron que el 45% no conocían el tiempo exclusivo de lactancia materna, el 40% daban LM junto con leche de vaca y/o leche artificial durante el tiempo exclusivo de lactancia, el 57,5% consumían bebidas alcohólicas durante el período de lactancia y el 30% sufría complicaciones clínicas en la glándula mamaria durante el período de lactancia. Además, el conocimiento sobre lactancia materna que tenían las madres era insuficiente e inadecuado, por lo que en base a los resultados encontrados se propuso elaborar un programa de capacitación sobre lactancia destinado a las



madres que asistían a distintos hospitales o centros de salud en Cochabamba por estudiantes del 1er y 2do año académico en la carrera de medicina en las materias de Medicina Social y Preventiva.

En el transcurso del año 2008, especialistas en nutrición de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (Sosa, 2008) realizaron un estudio en el cual se evaluó si las madres, durante la alimentación complementaria, le ofrecían a sus hijos los alimentos según las recomendaciones; el mismo, se realizó mediante una encuesta (con apoyo de material visual) realizada a 60 madres de niños de entre 1 y 2 años, con el objetivo de conocer si la alimentación brindada respondía a las recomendaciones actuales. Cabe destacar que 30 encuestas fueron llevadas a cabo en un establecimiento público y las restantes en un establecimiento privado.

Se demostró que la progresión de las consistencias de los alimentos fue adecuada, pero menos de la mitad de las madres encuestadas ofrecieron los alimentos por separado. Además fue importante la cantidad de madres que agregaron sal y azúcar a las preparaciones.

Durante los meses de Octubre y Noviembre del 2006, se llevó a cabo un estudio sobre las prácticas de alimentación en niños sanos. Las responsables de dicha investigación fueron la Dra. Cristina I. Gaticaa y la Dra. María C. Méndez de Feua, médicas pediatras de la Región de Cuyo de la Sociedad Argentina de Pediatría (Filial Mendoza). Se hallaron las siguientes prácticas frecuentes: Lactancia Materna mayor a menor edad materna; incorporación de comidas al 6to mes, enriquecimiento de la comida inicial; amplio intervalo en la edad de incorporación de huevo y carne;



incorporación temprana de bebidas azucaradas y exposición a la televisión durante la comida. La mamá ofrecía la comida habitualmente (Gatica, 2009).

En el año 2010, se publicó un estudio llevado a cabo por la ENNyS (Encuesta Nacional de Nutrición y Salud) durante los años 2004-2005 en nuestro país. La muestra que se utilizó para realizar este documento fue de niños de 6 a 23 meses de edad con representatividad regional: Área metropolitana del Gran Buenos Aires, Cuyo, Pampeana, Noroeste, Noreste y Patagonia. Fue el primer estudio representativo a nivel nacional y fue realizado por Lic. Guadalupe Mangialavori, Dra. Enrique Abeyá Gilardon, Lic. Ana Biglieri Guidet, Dr. Pablo Durán y Bioquímica Laura Kogan, quienes conforman la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia en Argentina. (Ministerio de Salud, 2010).

A partir de los datos analizados se pudo apreciar que los niños argentinos tienen una adecuada alimentación temprana ya que el 95% de ellos inician con lactancia materna. Este dato se confirmó en todas las regiones del país, como así también en los diferentes niveles socioeconómicos.

Sin embargo, la proporción de niños que continuaban recibiendo lactancia materna descendió progresivamente desde los 6 meses de vida, llegando a sólo 28% alrededor de los 2 años. La mayoría de los motivos referidos por las madres para el abandono de la lactancia materna no estaban relacionados a situaciones contraindicadas con la lactancia o a problemas médicos del niño o la madre.

Al temprano abandono de la lactancia se sumó un inicio temprano de la alimentación complementaria, observándose que el 70% de los niños incorporó algún alimento antes de los 6 meses de vida. Entre los alimentos incorporados más tempranamente se encontraron el yogur, los vegetales cocidos y los purés de frutas.



La mayoría de las pautas de conducta relacionadas con la alimentación perceptiva fueron adecuadas según las recomendaciones vigentes; sin embargo, pudo observarse que la mitad de los niños siempre o casi siempre durante las comidas mira TV.

El consumo de Vitamina C y fibra son aspectos críticos en la alimentación de los niños más pequeños y un elevado porcentaje de ellos no cubrió las recomendaciones vigentes. En contraposición, los datos de energía y proteínas revelaron que una alta proporción de niños consumió porcentajes elevados de ambos.

En relación con el consumo específico de alimentos de interés, se observó que el consumo de bebidas, golosinas, frutas y miel no fueron mayormente apropiadas para este grupo etario; y que un elevado porcentaje de niños no amamantados fueron alimentados exclusivamente con leches sin fortificación con Hierro. (Ministerio de Salud, 2010).

Durante los años 2004 y 2005, se llevó a cabo un estudio en la ciudad de Bogotá por Sáenz L & Camacho L (Escuela de Educación Médica, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia); el cual tuvo como objetivo identificar las características de las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria y las causas más comunes del cese del amamantamiento en niños que asistían al Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá (Saézn, 2005).

Los resultados hallados fueron que el 98% de los niños recibió leche materna y en la mayoría de casos, 75% se reconocieron los beneficios de esta tanto para la madre como para el niño. Solo el 21% finalizó la lactancia antes de los 6 meses,



edad mínima recomendada por la OMS. El 40% de las madres mantuvieron la lactancia hasta los 12 meses.

Otro estudio, realizado en el año 2004, por García de Lima Parada et. al, tuvo como objetivo estudiar las prácticas de alimentación complementaria en el primer año de vida de niños en la región de Botucatu, Sao Pablo, las cuales fueron descritas según el grupo etéreo y las prácticas de lactancia materna (LM). Se entrevistaron a 1238 acompañantes de niños menores de 1 año vacunados en la Campaña de Vacunación Múltiple (García, 2004).

Los resultados obtenidos fueron: la introducción de alimentos complementarios fue precoz, lo que produjo una baja frecuencia en la lactancia materna exclusiva (36,9% en < 4 meses). Niños menores de 4 meses consumieron mates (30,7%), entre 4 y 6 meses consumieron frutas (54,1%), sopas (39,9%) y comida (19,2%). Los jugos fueron ofrecidos apenas en 15,2% de los niños menores de 4 meses quienes ya no lactaban, y, agua en 60,0% de los casos. Los datos mostraron prevalencia en el consumo de preparaciones inadecuadas con relación a su consistencia: oferta de comida por parte de la familia en niños entre 6 y 8 meses (48,8%) y oferta de sopa a niños mayores de 8 meses (71,6%).

En la ciudad de Córdoba, se llevó a cabo un estudio en el cual se evaluó a 601 niños menores de un año que concurrían a Centros de Salud Municipales de la ciudad. Los encargados de realizarlo fueron los Doctores de la Cátedra de Pediatría-Universidad Católica de Córdoba (Albarenque, 2005). Dicha investigación estudió, durante un año, las características de la Lactancia Materna y Alimentación Complementaria de los niños que formaron parte de la muestra.



Entre los resultados hallados, se destacan: i) a partir del segundo y tercer mes importante reducción de la LM exclusiva, ii) aumento del consumo de leche de vaca en el cuarto mes (38% de los niños), iii) predominio de niños alimentados con leche de vaca a los seis meses (52%), iv) ingesta de jugos naturales a partir de los 2 meses (4,5%) y jugos comerciales desde el tercer mes; ingesta de infusiones desde el primer mes, v) introducción de frutas desde el tercer mes (42,3% de los niños) con una tendencia ascendente durante el primer año, vi) El 19,3% de los niños consumían puré de verduras desde los 3 meses de edad, vii) ingreso del arroz a la alimentación, como papilla, a los 3 meses y al cuarto mes se registro ingesta de maíz. Cabe aclarar que estos resultados fueron publicados en diferentes revistas científicas de pediatría de nuestro país en el año 2005.

Con respecto a los factores sociodemográficos y su relación con las prácticas alimentarias y/o estado nutricional, se encontraron las siguientes investigaciones:

Cortés Moreno y Avilés Flores, realizaron un estudio en el cual se evaluó el impacto de variables demográficas, familiares y de crianza, sobre el estado de nutrición y el desarrollo psicológico del niño, en el periodo de alimentación complementaria. Participó una muestra de 124 parejas niño-cuidador de comunidades mexicanas, con distintos índices económicos y de riesgo nutricional. Se evaluó la antropometría y el desarrollo psicológico infantil. Se probó el poder predictivo de variables demográficas, salud familiar y prácticas de crianza (Cortés, 2011).

De la muestra total el 53.3 % de los niños presentó una longitud normal para la talla, el resto de los niños presentaron desmedro en diferentes grados: 27.8%, leve;



18.7%, moderado y 3%, grave. Con respecto al indicador de peso para la edad, se encontró una proporción mayor (82.7%) de niños dentro de los parámetros normales, mientras que un 14.9% presenta insuficiencia ponderal leve, un 1.5% moderada, y grave solamente el 0.7% de los niños. El peso se vio afectado por el género de los niños, ya que los varones presentaron pesos más bajos que las niñas.

De las variables demográficas que ingresaron al modelo, la edad y escolaridad del padre mostraron efectos positivos –a mayor valor, tallas más grandes–; también se encontró que los niños que viven en familias extendidas y en comunidades con mejores indicadores de vida, se aproximaron más a los parámetros normales de longitud. En contraste, el orden de nacimiento tiene un efecto negativo: cuando el niño rebasa el tercer lugar entre los hermanos, la longitud para la edad disminuye.

A partir de los resultados obtenidos, puede decirse que distintos factores de orden demográfico, de crianza e historia de salud, configuran arreglos particulares que actúan sobre el crecimiento físico y el desarrollo psicológico.

De marzo a julio del año 2003, se realizó una investigación que tuvo como objetivo identificar la asociación entre dinámica familiar y factores socioeconómicos y demográficos con déficit antropométrico en niños en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del área metropolitana de Guadalajara. (González, 2007).

Se incluyeron 300 niños de 12 a 24 meses de edad de uno u otro sexo, de familias nucleares y peso normal al nacer, de una población que pertenecía a un estrato medio bajo y bajo (nivel educacional y económico).

De los resultados obtenidos, destacamos que el menor peso al nacer fue un factor de riesgo de déficit en los índices peso/edad y longitud/edad, el nacimiento en



unidades del IMSS fue un factor de protección de déficit longitud/edad, la menor puntuación en el APGAR familiar fue un factor de riesgo de déficit longitud/edad; en la variable ocupación del padre, se observó una tendencia a mayor desnutrición aguda en hijos de obreros (11.5%) vs otras ocupaciones (5.9%).

Vásquez y colaboradores, llevaron a cabo un estudio con el fin de identificar factores asociados al estado nutricional en lactantes que acudían a guarderías. Se incluyeron 123 lactantes de 3 a 12 meses de edad de cinco guarderías del Instituto Mexicano del Seguro Social de Guadalajara (México). Se consideró déficit en índices de longitud/edad, peso/edad y peso/longitud y se exploraron variables sociodemográficas, económicas, dietéticas, patológicas y de dinámica familiar (Vásquez, 2007).

Predominó la familia nuclear (69.9%), aunque cerca de 30% de las familias tuvo otros modelos de convivencia familiar, predominando las familias compuestas (padres, hijos y abuelos); 53.7% de las parejas estaban unidas por las leyes civil y religiosa, alrededor de 15% de las parejas vivían en unión libre y 14% de las madres eran solteras. El analfabetismo fue nulo. El salario de las madres fue significativamente bajo. Alrededor del 20% de las madres no conocían el ingreso del padre; 42% de los lactantes permanecían más de ocho horas en las guarderías y 50% en horario mixto (matutino y vespertino).

En 55.3% de las madres se prolongó la lactancia materna cuando menos cuatro meses. La mayoría (71.7%) de los lactantes recibían lactancia materna parcial y 42% de las madres inició el destete con el argumento de producción insuficiente, en 24.4% la razón fue el regreso al trabajo



En 89% de los casos el lactante ya recibía un sucedáneo de la leche materna antes de los tres meses de edad, en 92.7% era una fórmula láctea de inicio, 91% dejaba la cucharita de la leche dentro de la lata y 17% no hervía los biberones. En caso de enfermedad, 80% de las madres sustituyó la fórmula y 74% lo hacía con “agua de arroz”, té o cítricos.

Un porcentaje importante inició la introducción de alimentos sólidos antes de los cuatro meses de edad (25.6%), preferentemente con frutas.

Los alimentos complementarios consumidos diario o casi diario fueron las frutas (94.3%), las verduras (91.9%), derivados lácteos (98.4%), jugos (87.8%) y cereales (74.8%). El consumo de leguminosas fue mínimo. Casi diario consumieron carne 36.6% de los lactantes y 39.8% la consumían menos de una ocasión por semana. De la distribución en la ingestión de macro nutrientes, 12.7% de la energía procedió de las proteínas, 52% de los hidratos de carbono y el resto de grasas con menos de 10% saturadas. La mayoría de vitaminas y nutrientes inorgánicos fueron cubiertos satisfactoriamente. La ingestión diaria de hierro (5 mg), zinc (2.5 mg) y ácido fólico (73.2 µg), fue inferior a las recomendadas para la población mexicana.



CAPÍTULO IV: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las prácticas alimentarias (lactancia materna y alimentación complementaria) y su relación con el estado nutricional y ciertos factores sociodemográficos, en niños de 0 a 24 meses de edad que concurren al Centro de Prevención de la Desnutrición Infantil Camino-CONIN 1 (CPD1) de la ciudad de Rosario en el mes de Julio de 2013?



CAPÍTULO V: HIPÓTESIS

- Las prácticas de lactancia materna y de alimentación complementaria en la población objeto de estudio no se ajustan a lo explicitado por Organismos Nacionales e Internacionales de Nutrición y Salud.
- La categoría de las prácticas alimentarias llevadas a cabo por la población en estudio guarda relación con el estado nutricional del niño y con ciertos factores sociodemográficos que caracterizan a la madre o cuidador.



CAPÍTULO VI: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Conocer las prácticas alimentarias en niños de 0 a 24 meses de edad que concurren al Centro de Prevención de la Desnutrición Infantil Camino-CONIN 1 de la ciudad de Rosario en Julio de 2013 y establecer la relación con el estado nutricional y ciertos factores sociodemográficos escogidos para este estudio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- A partir del conocimiento de la edad y de su historial, caracterizar a la población objeto de estudio según etapa de alimentación y estado nutricional.
- Caracterizar a la población según ciertos factores sociodemográficos escogidos, a saber: edad y educación de la madre/responsable o tutor, vivienda, composición de la familia y sustento económico.
- Identificar las prácticas de lactancia materna.
- Identificar las prácticas de alimentación complementaria.
- Determinar si existe relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional; y a su vez, con cada uno de los factores sociodemográficos escogidos.



CAPÍTULO VII: MARCO TEÓRICO

*La alimentación humana no es un simple acto de nutrición:
es un acto cargado de significaciones.
(Fischler, 1995)*

1) LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

La biología actúa como un imperativo que expresa: hay que alimentarse; pero la manera y el tipo de alimentos los define la cultura o los determina la sociedad. Ambos, la cultura y orden social, están relacionados y fuertemente influenciados por condiciones sociales, culturales y ambientales. En este sentido, lo que se come depende, en primer termino de lo que el medio produce y de la capacidad de acceso económico a dichos bienes, pero en segundo momento, depende más del orden social y de la cultura (Uribe Merino, 2006).

Siendo la alimentación un suceso de carácter complejo; se define a las **prácticas alimentarias** como la realización de una actividad de forma continúa y conforme a reglas, que se adquieren de las interacciones de orden bioquímico, termodinámico, metabólico, psicológico, económico y social. Incluyendo desde la manera como se seleccionan los alimentos hasta la forma en que se los prepara, se los sirve y se consumen.

En todas las culturas coexisten reglas que gobiernan el consumo de alimentos y el comportamiento del comensal, y el individuo las interioriza de manera inconsciente. Además, se destaca que el espíritu del ser humano tiene la particularidad de clasificar el universo mediante categorías, normas y reglas alimentarias.



No existe actualmente ninguna cultura conocida que esté completamente desprovista de un aparato de categorías y de reglas alimentarias, que no conozca ninguna prescripción o interdicción concernientes a lo que hay que comer, a lo que no hay que comer y a cómo hay que comer. (Fischler, 1995).

Los alimentos cumplen funciones sociales porque son portadores de sentidos, lo que les permite ejercer efectos simbólicos y reales, individuales y sociales.

1.1) Prácticas Alimentarias en niños de 0 a 24 meses

La infancia es considerada como una etapa trascendental en el proceso evolutivo del hombre, caracterizada por dos fenómenos: crecimiento y desarrollo, para lo cual es fundamental una adecuada nutrición.

El crecimiento y el desarrollo son procesos que, comenzando en el momento de la concepción, continúan progresando paulatinamente (Torresani, 2006).

Si bien ambos procesos no pueden separarse por completo, es conveniente referirse al término “crecimiento” como el aumento del tamaño corporal en conjunto o al aumento de sus diferentes partes, y reservar el concepto “desarrollo” para los cambios tanto morfológicos como funcionales. (Lorenzo, 2004).

Por tal motivo, es de vital importancia llevar a cabo una evaluación del estado nutricional periódica, lo cual ofrece la posibilidad de observar cómo, ante variaciones tanto positivas como negativas de las condiciones de salud y nutrición, se modifican los parámetros del crecimiento.

La OMS define a la evaluación del estado nutricional como: “La interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos, antropométricos, y/o clínicos; que se utiliza básicamente para determinar la situación nutricional de individuos o poblaciones en forma de encuestas, vigilancia o pesquisa”. (Lorenzo, 2004).



Tal como se especifica en el libro “Nutrición Pediátrica” de J. Lorenzo y col. (Lorenzo, 2004); para reflejar el proceso de crecimiento, se lleva a cabo una evaluación antropométrica. En los más pequeños, las **mediciones antropométricas** que se consideran son el peso, la talla y el perímetro cefálico.

Peso: El peso determina masa corporal; es la suma del tejido magro, adiposo, óseo y otros componentes menores. No sirve para discriminar composición corporal.

Talla: Sólo determina la longitud de los huesos. Los cambios de estatura no pueden ser detectados en cortos períodos de tiempo.

Perímetro Cefálico: Medida que expresa el crecimiento craneano. Se lo considera un buen indicador de crecimiento en niños menores de 24 meses tanto sanos como enfermos.

Una medición aislada no tiene ningún significado, a menos que sea relacionada con la edad y el sexo o la talla de un individuo. A partir de una medición se pretende establecer algún criterio de normalidad, lo que implica transformar esta medición en un índice. (Calvo, 2009).

Los **índices antropométricos** son combinaciones de medidas. Se puede combinar el peso con la talla y así, obtener el peso para la talla o el índice de masa corporal (IMC), que son distintas expresiones de una misma dimensión, aplicables en el niño y en el adulto. También pueden relacionarse con estándares de normalidad según edad y sexo. Así, a partir del uso de Gráficos o Tablas de referencia, se obtienen los índices básicos en niños que son: peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, índice de masa corporal para la edad y perímetro cefálico para la edad. (Calvo, 2009).



Peso/edad: refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y por el peso relativo.

Talla/edad: refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits se relacionan con alteraciones acumulativas de largo plazo en el estado de salud y nutrición.

Peso/talla: refleja el peso relativo para una talla dada y define la proporcionalidad de la masa corporal. Un bajo peso/talla es indicador de emaciación o desnutrición aguda. Un alto peso/talla es indicador de sobrepeso.

Índice de masa corporal/edad: es el peso relativo al cuadrado de la talla ($\text{peso}/\text{talla}^2$) el cual, en el caso de niños y adolescentes, debe ser relacionado con la edad. Su interpretación es similar a la mencionada para el peso/talla.

Perímetro cefálico/edad: se utiliza en la práctica clínica como parte del tamizaje para detectar potenciales alteraciones del desarrollo neurológico (hidrocefalia, etc.).

El diagnóstico antropométrico se realiza por comparación de las mediciones de los sujetos con una población normal de referencia. Estas referencias se construyen a partir de la medición de un número representativo de sujetos pertenecientes a cada grupo de edad y sexo, seleccionados entre la población que vive en un ambiente saludable y contiene individuos que viven saludablemente de acuerdo a las prescripciones actuales. Existen criterios metodológicos definidos para su construcción.

En la actualidad, las **tablas de referencia** utilizadas para la población estudiada son las elaboradas a partir de un Estudio Multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento en el año 2006. El nuevo patrón de crecimiento de la OMS fue



construido a partir de una visión del derecho a la salud y la nutrición, ya que los niños medidos para su elaboración fueron criados y alimentados según los lineamientos de la OMS y UNICEF, a los que adhiere esta Dirección Nacional, así como la Sociedad Argentina de Pediatría. (Calvo, 2009).

Para la población bajo estudio se utiliza el índice Peso/Edad y tras compararlo con la tabla de referencia correspondiente, se obtiene el Estado Nutricional.

*Para los seres humanos alimentarse significa mucho más que comer.
Por eso, alimentar a un niño significa mucho más que
satisfacer su necesidad de comida.
(Longo, 2006)*

Durante los primeros años de vida, la alimentación de los niños depende totalmente de la decisión de los adultos, influenciados por los profesionales de la salud, los medios de comunicación masivos y la industria que procesa alimentos para niños. Por tal motivo, se visualiza una selección y preparación de alimentos arraigada a creencias, funciones imaginarias, simbólicas y socioculturales.

Se señala que las prácticas alimentarias de un niño no se limitan solamente a cubrir sus necesidades nutricionales sino que, como refiere Torresani, en su libro “Cuidado Nutricional Pediátrico”, se trata de una verdadera experiencia de vida, de intercambio y reciprocidad entre el pequeño y quién le brinda, además del alimento, cuidados y cariño. Se apoya en formas sutiles de comunicación y de integración social y cultural. (Torresani, 2006).

Para el presente estudio, es importante destacar que durante los dos primeros años de vida, período considerado de alta vulnerabilidad nutricional, los niños y niñas representan un grupo biológico de gran demanda nutricional por su velocidad



de crecimiento, por poseer elevados y específicos requerimientos nutricionales y por sus características inmunológicas (Longo, 2006). A lo anterior, se le suma una capacidad de ingesta limitada en volumen.

Los primeros meses de vida se consideran un período de “gestación extrauterina” que merece cuidados especiales. En el mundo externo deberían reproducirse las condiciones intrauterinas (sostén, contacto íntimo y prolongado, y alimentación específica). Es así como la naturaleza ha desarrollado un alimento propio e ideal para la especie: la leche materna (Longo, 2006).

A esta etapa le sigue otra de crucial importancia, apropiada para la introducción de otros alimentos que “complementan” la lactancia materna (Longo, 2006).

Desde el 2006, nuestro país cuenta con las Guías Alimentarias para la Población Infantil (Ministerio de Salud de la Nación); como Instrumento educativo para equipos de salud, padres y cuidadores con énfasis en la implementación adecuada de todas las etapas de la alimentación infantil dónde se traducen los requerimientos nutricionales y composición química de los alimentos en simples recomendaciones que ayudan a las personas en la elección y consumo de alimentos saludables, culturalmente aceptables y a costos razonables (Longo, 2006). Las mismas surgieron como una recomendación especial de las Guías Alimentarias para la población Argentina, editadas en el año 2000, por la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas para personas sanas y mayores a 2 años de edad, considerando que los niños menores constituyen una población cuya alimentación requiere consejos específicos (Torresani, 2006).

En estas guías podemos encontrar nueve mensajes para llevar adelante una apropiada alimentación en los niños:



1. Alimentar a los bebés nada más que con leche materna durante los primeros 6 meses y continuar amamantándolos hasta los 2 años o más.
2. A partir de los 6 meses, es necesario complementar la leche materna agregándole de a poco otros alimentos diferentes, de todos los grupos que aparecen en la Gráfica de la Alimentación Saludable
3. Es importante tomarse el tiempo suficiente para darles de comer bien, con tranquilidad, ayudándoles a que conozcan y prueben otros alimentos, y se acostumbren a ellos.
4. Es partir del año de vida, los niños pueden compartir la mesa familiar y comer los mismos alimentos que consume el resto de la familia.
5. Para evitar las enfermedades es importante cuidar la higiene de todos los días y, muy especialmente, en la alimentación infantil.
6. La formación de hábitos alimentarios saludables se guía desde los primeros años de la vida.
7. Cuando los niños se enferman, hay que darles de comer pequeñas comidas sencillas, livianas y más seguidas. ¡No hay que reducir ni suspender la lactancia ni la comida de un niño enfermo!
8. Cada cierto tiempo –todos los meses hasta que cumplen 6 meses, y luego cada dos meses hasta que cumplen 2 años–, es muy importante hacer controlar el crecimiento y desarrollo de los niños. Eso permite saber si están bien alimentados.
9. Acariciar a los niños con ternura y demostrarles siempre su amor, para que aprendan a vivir en armonía, paz y tranquilidad.



1.2) **Prácticas Alimentarias. Etapas de la Alimentación Infantil**

En el libro “Cuidado Nutricional Pediátrico” (Torresani, 2006) se detalla que en la alimentación infantil se pueden distinguir diferentes etapas, merecedoras de una consideración especial:

- a) Etapa inicial (lactancia materna exclusiva).
- b) Etapa de transición (Alimentación Complementaria Oportuna)
- c) Etapa de adquisición de pautas familiares.

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

1.2.1) Período Inicial: Lactancia Materna Exclusiva (de 0 a 6 meses de edad)

*La lactancia es un proceso vital mediante el cual la madre provee un tejido vivo, que opera en un amplio espectro de intercambios –no sólo nutricionales–, en respuesta a las demandas nutricionales, inmunológicas y emocionales específicas del recién nacido.
(Consejería en Lactancia Materna, 1998)*

Durante esta etapa el niño/a es capaz de succionar y deglutir, pero todavía no ha desarrollado la capacidad de digerir ciertas proteínas o de soportar cargas osmolares excesivas a nivel renal. (Longo, 2006).

Se caracteriza por ser la leche el único alimento a introducir y numerosos Organismos Internacionales y Sociedades Científicas, como la SAP¹, OMS², AAP³, NRC⁴, ESPGAN⁵ y UNICEF⁶, establecen que la leche materna es el mejor alimento

¹ Sociedad Argentina de Pediatría

² Organización Mundial de la Salud

³ Academia Americana de Pediatría

⁴ Nutrition Resource Center



y la mejor fuente de nutrición para los lactantes, especialmente durante los 6 primeros meses de vida. Además, indican que se debe extender la lactancia hasta los 2 años de vida, con la adecuada complementación de otros alimentos (Torresani, 2006).

El hecho de que la leche materna sea el alimento de elección en esta etapa se relaciona con su composición bioquímica, tanto en el aspecto cualitativo como cuantitativo, así como en relación con sus componentes peptídicos, inmunológicos y celulares. Esta capacidad funcional le confiere a la leche de mujer la condición de alimento específico para su especie, ideal para cubrir todas las necesidades en los primeros meses de la vida (Torresani, 2006).

La Lactancia Materna es categorizada por la OMS (Pronap, 2004) en:

1. Lactancia materna exclusiva (LME)

El niño es alimentado sólo con leche materna (también leche materna extraída).

Puede recibir vitaminas, minerales, medicación y sales de rehidratación oral.

2. Lactancia materna predominante (LMP)

El niño es alimentado con leche materna.

Puede recibir aguas, té o jugos, (líquidos no nutritivos) además de vitaminas, minerales, medicación y sales de rehidratación oral.

3. Lactancia materna completa (LMC)

Se trata de la suma de las dos categorías anteriores, es una categoría epidemiológica.

4. Lactancia materna parcial (LMP)

El niño recibe leche materna y otras leches u otros alimentos.

⁵ European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition

⁶ Fondo de Naciones Unidas para la Infancia



5. Destete

Niños sin lactancia materna.

La **leche materna** es el fluido vivo que contiene además de los nutrientes en las cantidades y proporciones óptimas, factores inmunológicos, células, anticuerpos, antiinflamatorios, inmunomoduladores, factores de crecimiento, enzimas y hormonas (Meneghello, 1999).

Siempre está fácilmente disponible a la temperatura adecuada y no hay que dedicar tiempo para prepararla. Es leche fresca y libre de bacterias contaminantes, lo que reduce las posibilidades de que se produzcan trastornos gastrointestinales. Aunque existe una mínima o nula diferencia entre la tasa de mortalidad de los recién nacidos bien cuidados alimentados con biberones y la de los alimentados al pecho, en los grupos socioeconómicamente más bajos y en los que viven en malas condiciones sanitarias, la probabilidad de sobrevivir es mayor para aquellos que han sido alimentados a pecho. (Behrman, 1997). Los efectos protector y de “salvavidas” de la leche materna frente a los patógenos entéricos asociados a la diarrea grave están demostrados principalmente en países en desarrollo y en los que no es fiable ni el aporte de agua potable ni la recogida eficaz de los desechos humanos.

La leche de la madre cuya dieta es adecuada y suficientemente equilibrada aportará los nutrientes necesarios, excepto, quizá, el flúor y, después de varios meses, la vitamina D. Los depósitos de hierro son suficientes para los primeros 6-9 meses en los recién nacidos a término. El niño absorbe bien el hierro de la leche humana, pero a partir de 4°-6° meses de edad, la dieta debe complementarse con cereales y alimentos infantiles enriquecidos con hierro, o mediante la administración



de algún preparado de hierro ferroso. La leche humana contiene suficiente vitamina C para las necesidades del lactante, suponiendo que la ingesta de la madre sea adecuada. (Behrman, 1997).

Existe un reconocimiento general de las ventajas psicológicas de la lactancia materna, tanto para la madre como para el hijo, y la lactancia que funciona es una experiencia satisfactoria para ambos. La madre se ve personalmente involucrada en la crianza del niño, con lo que los dos experimentan la sensación de ser imprescindibles y un sentimiento de éxito. Al lactante se le proporciona una relación física íntima y confortable con la madre. La lactancia materna ofrece más oportunidades para que madre e hijo tengan un contacto más íntimo. (Behrman, 1997).

La Academia Americana de Pediatría (Kathleen, 2009) resalta los siguientes efectos beneficiosos de la Lactancia:

Para el lactante:

- ✓ Descenso de la incidencia o intensidad de enfermedades infecciosas (meningitis bacteriana, diarrea, infecciones en vías respiratorias, enterocolitis necrotizante, otitis media, infecciones en vías urinarias)
- ✓ Descenso de las tasas de: muerte súbita, diabetes tipo 1 y 2, linfoma, leucemia, sobre peso y obesidad, hipercolesterolemia, alergias alimentarias, asma)
- ✓ Desarrollo neural: mejora el rendimiento en los test de desarrollo cognitivo, proporciona analgesia durante los procedimientos dolorosos y favorece la unión madre-hijo



Para la Madre:

- ✓ Disminuye la hemorragia post parto
- ✓ Involución uterina más rápida
- ✓ Disminuye la pérdida menstrual
- ✓ Aumenta el intervalo entre hijos
- ✓ Refuerzo de la autoestima
- ✓ Recuperación más rápida del peso previa al embarazo
- ✓ Disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario
- ✓ Posible descenso del riesgo de fractura de cadera y osteoporosis después de la menopausia.

El momento de la finalización del amamantamiento será el que determine la mamá y el bebé. Deberá ser gradual, comenzando en forma progresiva desde la incorporación de las primeras comidas. Se recomienda que el destete no se complete antes de los 2 años de vida (siempre acompañado con alimentación complementaria suficiente y adecuada), garantizando el aporte óptimo de ácidos grasos esenciales para el desarrollo neurológico que se finaliza a dicha edad. (Cunietti, 2010).

El destete no debe ser brusco ni punitivo (no retar, no colocar sustancias desagradables en el pezón). Siendo gradual se evitara ingurgitación mamaria y incluso mastitis, que no ocurrirán si se permite la adaptación de la mamá a la disminución progresiva de la succión (a menor succión, menor producción hasta que ésta cesa por completo). Desde el punto de vista emocional el destete gradual



también es necesario para no dañar la salud psíquica del niño ni de la madre. (Cunietti, 2010).

Existe la creencia popular que a determinada edad del niño la leche materna pierde sus propiedades nutritivas. Está demostrado que no sólo no es así, sino que no existe ningún alimento que aisladamente supere su valor nutritivo. Varían las proporciones de sus nutrientes, según varían las necesidades del niño en su crecimiento. (Cunietti, 2010).

1.2.2) Período de Transición y Período de Adquisición de Pautas Familiares. Alimentación Complementaria (6 a 24 meses de edad)

La alimentación complementaria está relacionada no sólo con el qué se come, sino también con el cómo, cuándo, dónde y por quién es alimentado el niño. (OMS, 2003).

La transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación familiar — conocida como "alimentación complementaria"— se realiza típicamente de los 6 a los 24 meses. Las carencias nutricionales (principalmente déficit de micronutrientes), retraso en el crecimiento y enfermedades infecciosas que sufra el niño en este período crítico de su crecimiento, contribuyen al aumento de las tasas de desnutrición de los menores de cinco años en todo el mundo.

Durante esta etapa, tanto la maduración digestiva como la maduración renal van progresando; avanza también la maduración neurológica. El niño/a adquiere la capacidad de digerir y absorber otros alimentos y es capaz de excretar cargas osmolares sin pérdidas excesivas de agua. (Longo, 2006).



En este período el niño duplica el peso del nacimiento, pierde el reflejo de protrusión y se sienta 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. (Longo, 2006).

A partir de estos cambios, se puede comenzar en forma gradual la introducción de otros alimentos diferentes de la leche. Es el momento de iniciar la alimentación complementaria oportuna.

Se prefiere el término “complementaria” a raíz de la revalorización de la lactancia materna y de la necesidad de complementarla con otros alimentos para cubrir los requerimientos nutricionales alrededor del sexto mes de edad. El término “oportuna” hace referencia al momento óptimo para la introducción de alimentos complementarios. (Longo, 2006).

Actualmente, se observan importantes errores en cuanto al tipo, textura y consistencia de los alimentos recomendados, que habitualmente se traducen en una baja densidad calórica. Además, suelen aparecer deficiencias nutricionales, entre las que se destacan las altas tasas de anemias. (Longo, 2006).

En este punto se debe destacar que, por lo general, los primeros alimentos que recibe el niño están determinados por pautas culturales, mitos y creencias muy arraigados en la población, así como por cuestiones de accesibilidad.

Un grupo de expertos convocados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, denominó Alimentación Complementaria (AC) al proceso que se inicia con la introducción gradual y paulatina de alimentos diferentes a la leche



materna, para satisfacer las necesidades nutrimentales del niño y no necesariamente para destetarlo, hasta integrarlo a la dieta de su familia.

Como describe Rojas Montenegro (1999), en su libro *Nutrición Clínica y Gastroenterología Pediátrica*, “la AC, también llamada ablactación, se define como la transición gradual de la alimentación exclusiva láctea, ya sea con leche materna ó fórmula láctea, a cualquier otro tipo de alimentos y describe el proceso por el cual el niño, se acostumbra gradualmente a la alimentación del adulto”.

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. Dentro de los motivos por los cuales se debe complementar la alimentación láctea, encontramos: i). estimular el desarrollo psicosensorial del niño (nuevos gustos, olores, colores y texturas), ii). Crear patrones de horarios y hábitos alimentarios, iii). Contribuir al desarrollo fisiológico de las estructuras de la cavidad orofaríngea y los procesos masticatorios, iv). Promover la conducta exploratoria del niño, v). estimular el desarrollo psicoemocional del niño e integrarlo a la vida familiar.

En base al momento de introducción de los alimentos, se categoriza a la alimentación complementaria en 4 categorías (Ministerio de Salud, 2010)⁷:

- Alimentación Complementaria Oportuna (ACO): es la incorporación de alimentos líquidos o sólidos al 6to mes de edad del niño.
- Alimentación Complementaria Temprana (ACT): es la incorporación de alimentos líquidos o sólidos entre el 4to y 6to mes de edad del niño.

⁷ Dicha categorización fue utilizada en un estudio realizado en los años 2004-2005, donde se investigó la alimentación de los niños menores de 2 años en nuestro país; el mismo (ENNyS, 2010).



- Alimentación Complementaria Muy Temprana (ACMT): es la incorporación de alimentos líquidos o sólidos antes del 4to mes de edad del niño.
- Alimentación Complementaria Tardía (ACTardía): es la incorporación de alimentos líquidos ó sólidos después del 6to mes de edad del niño.

La alimentación complementaria cuando es introducida a la edad y en la forma adecuada representa varias ventajas como son: i). aumento del ingreso calórico y complemento de nutrientes, ii). Desarrollo del gusto, iii). Adquisición de hábitos alimentarios que permitirán al niño la aceptación de una dieta variada, iv). Desarrollo de patrones de sueño, v). desarrollo de estructuras bucales. (Rojas Montenegro, 1999).

Alrededor del año de vida, comienza la Etapa de Adquisición de Pautas Familiares y se prolonga hasta las 7 u 8 años de edad. A partir de los 12 meses los mecanismos fisiológicos alcanzan prácticamente la maduración y la eficiencia de un adulto, por lo tanto, es el momento ideal para establecer hábitos alimentarios saludables que sean capaces de persistir a lo largo de la vida. (Torresani, 2006).

Se debe hacer hincapié en los siguientes hábitos saludables: i). comer moderadamente e incluir alimentos variados en cada comida, ii). consumir todos los días leche, yogurt, quesos, iii). comer diariamente frutas y verduras de todo tipo y color, iv). comer amplia variedad de carnes rojas y blancas retirando la grasa visible, v). preparar la comida con aceite crudo y evitar la grasa para cocinar. Vi). disminuir el consumo de sal y azúcar, vii). consumir variedad de panes, harinas, pastas, féculas y



legumbres, viii). tomar abundante agua potable durante toda la vida, ix). aprovechar el momento de las comidas para el encuentro y diálogo con otros. (Longo, 2010).

La S.A.P , en la Guía de Alimentación del niño sano (Filial Mar del Plata, 2010) resume las pautas madurativas en niños de 0 a 24 meses de edad y sus implicancias en la alimentación en el cuadro que se detalla a continuación:

Edad (meses)	Reflejos y habilidades	Tipo de alimento a consumir
0 a 3	<ul style="list-style-type: none">*Búsqueda-succión-deglución*Reflejo de protrusión de 1/3 medio de la lengua	Líquidos: lactancia exclusiva
4 a 6	<ul style="list-style-type: none">*Aumento de la fuerza de succión*Aparición de movimientos laterales de la mandíbula*Desaparece el reflejo de protrusión de la lengua*Alcanza la boca con las manos a los 4 meses	Lactancia materna Alimentos semisólidos: puré-papilla
7 a 12	<ul style="list-style-type: none">*Chupa cucharita con los labios*Lleva objetos/manos a la boca*Se interesa por la comida*Toma alimentos con las manos*Mordisquea*Movimientos laterales con la lengua*Empuja comida hacia los dientes*Buen control muscular*Insiste en tomar la cuchara pero no la lleva a la boca	Lactancia materna Papillas y puré Galletitas blandas Sólidos bien desmenuzados
13 a 24	<ul style="list-style-type: none">*Movimientos masticatorios rotatorios*Estabilidad de la mandíbula*Aprende a utilizar cubiertos	Alimentos familiares Carnes, frutas, vegetales



Según las Guías Alimentarias para la Población Infantil de nuestro país, la incorporación de alimentos se realiza de forma paulatina y según edad del niño.

A los 6 meses de edad, se indica una comida al día, más pecho a demanda.

Las comidas deben ser espesas, ya que las preparaciones líquidas (sopas, caldos, jugos) no contienen suficientes elementos nutritivos porque tienen gran cantidad de agua.

Se comienza dando una vez al día unas cucharaditas de papillas de cereales: arroz, fécula de maíz, harina de maíz, tapioca, por ejemplo: arroz bien cocido y pisado con tenedor; polenta con zapallo, o purés de hortalizas (combinar papa sin brotes, batata, mandioca, zapallo y zanahoria, enriquecidos con leche materna o leche en polvo fortificada).

No hace falta que se agregue sal, ya que los alimentos contienen suficiente sal natural y no conviene que los niños se acostumbren desde pequeños a los sabores muy salados. Se debe agregar en cada comida una cucharadita de aceite o manteca.

Una semana después se debe agregar un pequeño trozo de carne sin grasa –de vaca o de pollo, de conejo, de cerdo–, bien cocida –a la plancha, a la parrilla o hervida– y bien desmenuzada –picada finamente o rallada–. Una vez por semana se puede reemplazar la carne por hígado bien cocido y molido o morcilla tamizada (sólo la parte cremosa, sin piel ni partes duras).

A los purés se les puede agregar: salsa blanca, ricota o queso tipo cremoso.

Como postre, se pueden ofrecer purés de pulpas de frutas maduras (manzana, banana, peras, durazno), bien lavadas y peladas.



Como bebida, lo ideal es el agua hervida y enfriada; también jugos de frutas naturales, colados y diluidos con un poco de agua. No es necesario ni conveniente agregarles azúcar. Los sabores naturales son siempre más saludables.

Los alimentos con gluten no deben ofrecerse antes del final del sexto mes.

Es importante que el niño o niña tenga, desde que comienza a comer, su propio plato; esto permite que la mamá o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez, de acuerdo a la edad.

Los alimentos deben ser incorporados de a uno por vez, para probar la tolerancia y la aceptación de sabores, y detectar posibles alergias. Es conveniente ofrecer el alimento durante varios días para que el niño/a se habitúe a su sabor.

Entre el séptimo y octavo mes, se indican 2-3 comidas al día más pecho a demanda.

Se agrega papillas que tengan harina de trigo, sémola o fideos chicos y finos (por ejemplo, cabellos de ángel), avena arrollada, cebada, y papillas de otros vegetales triturados (Ej. zapallitos).

Yema de huevo dura y pisada, agregada a los purés y otras preparaciones. Papillas de legumbres bien cocidas, tamizadas y sin piel (arvejas, lentejas, garbanzos, habas, etc.).

Se puede agregar un pequeño trozo de carne de vaca o ave bien cocida, desmenuzada, picada finamente o rallada (2 cucharadas soperas). Una vez por semana se puede reemplazar la carne por hígado bien cocido y molido o morcilla tamizada (sólo la parte cremosa sin piel ni partes duras).

El pescado debe incluirse al séptimo mes, salvo si hay antecedentes de alergia en la familia, sino después del noveno mes.



Postres con leche tales como flanes, cremas de maicena, arroz, polenta con leche y sémola con leche, cereales con leche y azúcar. Se puede utilizar la leche materna para prepararlos.

Pan ligeramente tostado; bizcochos secos (tipo tostadas) o galletitas simples sin rellenos; vainillas.

Se puede incorporar quesos cremosos o tipo fresco en las preparaciones.

Es importante ofrecer todos los días una fruta y una verdura de color amarillo, anaranjado o verde oscuro.

Yogur entero de vainilla: solo, con frutas frescas o cereales. Yogur casero.
Pulpas de frutas locales: palta, mamón, etc.

Los niños necesitan “ayuda” para comer: para aprender nuevos sabores, necesitan ser estimulados, no forzados.

Desde los 9 meses hacia el primer año, se indican 3-4 comidas al día más pecho a demanda.

Las 4 comidas diarias son: desayuno, almuerzo, merienda y cena.

El niño ya puede comer:

- Todas las frutas frescas, bien lavadas y peladas, en trocitos.
- Verduras y cereales en preparaciones como budines, con salsa blanca, con ricota, en ensaladas cortadas en trozos chicos.
- Pulpa de tomates (sin piel y sin semillas), remolacha, espinacas, choclo rallado o triturado.
- Todos los pescados cuidando muy bien de retirarle las espinas.



- Huevo entero, bien cocido y picado o en preparaciones tales como budines, tortillas y rellenos (dos o tres veces por semana pueden reemplazar a la carne de ese día).
- Pastas rellenas y guisos con pocos condimentos.
- Dulces de batata o membrillo.
- Quesos tipo postre y de rallar como condimento.
- Se puede utilizar aceite vegetal en pequeñas cantidades para mejorar el sabor de las comidas.
- No se debe dar miel antes del año por peligro de botulismo. Antes de los dos años no es conveniente el consumo de golosinas, productos de copetín, gaseosas, embutidos, hamburguesas, salchichas. Los maníes, nueces y similares no aconsejarlos antes de los 4 años por el riesgo de aspiración.

Se aconseja combinar en cada comida, en el mismo plato, un poquito de carne con hortalizas o pastas o arroz.

Los guisos y el puchero con trocitos de carne resultan nutritivos y económicos; conviene acompañarlos con una fruta o postre de leche.

La alimentación debe ser lo más variada posible para evitar que se cansen o aburran de los mismos sabores; también, para que los chicos aprendan a comer de todo un poco.

Es importante que se eviten alimentos cortados en trozos grandes, aquellos que resultan ásperos o muy pegajosos, y los que tienen semillas o espinas, ya que pueden causar problemas al comer.



La incorporación de los alimentos de manera exitosa depende de los factores psicosociales, culturales y ambientales; la disponibilidad de alimentos, el tiempo dedicado, la actitud de los padres, la relación madre-hijo y el ambiente condicionan la respuesta y adaptación del niño a la alimentación complementaria. (Cunietti, 2010).

En este marco podemos hacer referencia al concepto de alimentación perceptiva término que la OMS emplea para describir cómo el cuidador aplica los principios de cuidados psicosociales durante la alimentación del niño. Entre los que se destacan: i). alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción, ii). alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer pero sin forzarlos, iii). en caso de que los niños rechacen los alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores y texturas iv). minimizar las distracciones durante las horas de las comidas si el niño pierde interés v). hacer del momento de la comida un espacio de aprendizaje y amor, vi). hablar con los niños y mantener el contacto visual. (O.P.S., 2003).

La alimentación implica no sólo satisfacer el hambre sino también la presentación de otros estímulos necesarios como el calor del contacto físico, el olor, el gusto, la exploración con sus manos y con su vista (Cunietti, 2010).

La conducta alimentaria se regula por la interacción de varios factores. La adquisición de las funciones neuromotoras y de las funciones cognitivas le permitirán al niño la autorregulación de la ingesta según su hambre y saciedad, como así también poder expresar sus deseos o no de comer. La relación con el medio social y los adultos que lo alimentan, la decodificación que éstos hagan de las



señales de hambre y saciedad del niño, así como las conductas que asuman ante reclamos o rechazos del niño serán factores importantes en el proceso de aprendizaje y del establecimiento de los patrones alimentarios (Cunietti, 2010).

El aprendizaje será óptimo cuando la interacción con el adulto que ofrece el alimento sea en un ambiente de afecto, con control pero sin rigidez, favoreciendo la independencia sin llegar al caos, un momento de intercambio para ambos. En este período las interacciones entre padres y niños llevan hacia una mayor individualización. (Cunietti, 2010).

2) LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Los factores sociodemográficos definen social y demográficamente a los individuos que forman parte de una población.

Los factores sociales son los parámetros que afectan los elementos de los sistemas políticos, sociales, económicos y culturales del entorno; y se entiende por demografía como el estudio de poblaciones humanas en términos de tamaño, densidad, ubicación, edad, sexo, raza, ocupación, entre otros datos estadísticos.

Suelen examinarse los factores sociodemográficos para conocer la manera en que ellos interactúan produciendo situaciones de vulnerabilidad. Este análisis se realiza en relación con una serie de variables consideradas riesgos y amenazas.

Un medio social desfavorable por sí sólo constituye un factor de riesgo para el desarrollo del niño, sobre todo cuando este ambiente empobrecido se conjuga con un estado de nutrición deteriorado. Condiciones ligadas a la pobreza, como el nivel educativo insuficiente y la falta de recursos tanto económicos como conductuales de los padres, funcionan como precipitantes de prácticas de crianza deficientes. Entre ellas destacan la omisión de la lactancia materna o bien su prolongación, la



ablactación inapropiada, falta de prevención de enfermedades infecciosas y su manejo incorrecto una vez que se presentan y, en general, la organización poco efectiva del ambiente para proporcionar estimulación de calidad que tienda a promover el desarrollo físico y psicológico del menor. (Cortés Moreno, 2011).

2.1) Nivel educativo alcanzado por la madre/responsable o tutor

Se entiende por educación al proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra, pues está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.

Existen tres tipos de educación: la formal, la no formal y la informal. La educación formal hace referencia a los ámbitos de las escuelas, institutos, universidades, módulos, mientras que la no formal se refiere a los cursos, academias, e instituciones, que no se rigen por un particular currículo de estudios, y la educación informal es aquella que fundamentalmente se recibe en los ámbitos sociales, pues es la educación que se adquiere progresivamente a lo largo de toda la vida.

La educación es la variable predictiva más íntimamente relacionada con el estado de salud de una población, una comunidad, o un individuo. Constituye la senda para la implementación de conductas y actitudes favorables a la búsqueda de la salud y encaminadas hacia el mantenimiento de la misma, lo cual conllevaría a un estilo de vida valioso y una mejor calidad de vida. (Miren de Tejada, 2005).

En este punto es importante tener presente el significado de alfabetización como la capacidad de leer y escribir.



UNICEF considera que la alfabetización y progresión en niveles educativos por parte de la mujer, específicamente de la madre es un factor importante para el desarrollo infantil. (Miren de Tejada, 2005).

2.2) Edad de la madre/responsable o tutor

Se denomina edad, al tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Diversos estudios han postulado a la edad de la madre como un factor que incide en la salud infantil.

2.3) Estructura familiar

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como familia a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado de sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial.

La familia es una institución social que constituye la unidad básica de la sociedad. Se destaca que la dinámica familiar es considerada como un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad. En una dinámica familiar normal hay una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite el desarrollo de sus individuos y les infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás. Alteraciones en su dinámica provocarían trastornos en la salud y el comportamiento de sus integrantes, especialmente en aquéllos más vulnerables.



La familia puede categorizarse en:

Familia nuclear o tradicional: se encuentra formada por la madre, el padre y su descendencia.

Familia monoparental: en la que el hijo o hijos vive(n) solo con uno de sus padres.

Familia ensamblada: en la que está compuesta por agregados de dos o más familias (ejemplo: madre sola con sus hijos se junta con padre viudo con sus hijos), y otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.

Familia Ampliada: es la que se encuentra formada por familiares que estén por fuera del núcleo principal de la familia (por ejemplo: tíos, sobrinos, abuelos, etc.).

2.4) Vivienda

Se considera una vivienda a cualquier lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas. Estas edificaciones ofrecen refugio a los seres humanos y les protegen de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas.

Materialidad de la Vivienda: permite conocer las condiciones materiales de las viviendas en que viven los hogares. Se construye a partir de los materiales predominantes en paredes exteriores, cubierta de techo y pisos.



Saneamiento de la Vivienda: permite conocer las condiciones de saneamiento necesarias para el funcionamiento de la vivienda, referidas a disponibilidad de agua, luz y el medio de eliminación de excretas.

Artefactos domésticos presentes en la vivienda: permite conocer los electrodomésticos necesarios para la preparación y conservación de alimentos. En este trabajo se hará hincapié en la presencia de heladera y cocina.

2.5) Sustento económico

Para esta investigación se tomó como sustento económico, al trabajo que las personas realizan, con el fin de proporcionarse directamente a sí misma, las condiciones necesarias para mantener sus vidas. Como complemento al trabajo, y que, a su vez, contribuye con el sustento a nivel económico, se incluyó asistencia social (planes, comedores, bolsones con alimentos, tarjeta única de ciudadanía, etc.), ayuda que generalmente recibe la población bajo estudio para que puedan cubrir sus necesidades básicas de salud.

La definición teórica del concepto de trabajo puede ser analizada desde perspectivas distintas. Una aproximación básica presenta a este vocablo como la valoración del esfuerzo realizado por un ser humano. Desde la perspectiva económica, el trabajo consiste en uno de los tres elementos que determinan toda producción, junto a la tierra y al capital.

En esta investigación, se tomó el concepto de trabajo como el esfuerzo personal para la producción de bienes y/o servicios con un fin económico, que origina un pago en dinero o cualquier otra forma de retribución. Se clasifica al trabajo en:

Formal: es el que se encuentra dentro de la formalidad legal, derechos laborales, nacionales e internacionales. Puede ser: Asalariado (se relaciona a través de un



sindicato, contrato y sueldo) ó Autoempleo (el trabajador es el que dirige y organiza sus actividades).

Informal: es aquel que se ubica fuera de toda formalidad legal vigente. También llamado trabajo en negro.

Se debe tener presente que las personas que realizan changas son personas desempleadas, que sólo llevan a cabo trabajos temporarios de corta duración; pero para este estudio, sólo se consideró personas desempleadas a aquellas que no tengan ningún empleo, ni siquiera changas.

Dentro de este apartado, como complemento al trabajo, es conveniente destacar el concepto de Asistencia Social, el cual, engloba múltiples servicios básicos destinados a servir por igual a cada uno de los integrantes de la colectividad, sin exigir de éste una contribución específica para que acceda al beneficio, especialmente a las personas que no cuentan con recursos suficientes para satisfacer ciertas necesidades básicas. Generalmente, la Asistencia Social es ofrecida por medio de empresas privadas y organismos estatales, siempre bajo la supervisión o administración del Estado.

En nuestro país, existen diversos planes destinados a los sectores de la sociedad más vulnerables, entre ellos destacamos: Asignación Universal por Hijo, Programa de Seguridad Alimentaria, Conectar Igualdad, Plan Argentina Trabaja, Plan Jefes y Jefas del Hogar, Plan por Discapacidad, Tarjeta Única de Ciudadanía, entre otros.



3) CENTRO DE PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL CAMINO-CONIN 1 (CPD 1)

El CPD 1 basa sus objetivos y acciones en la educación y atención integral a familias de escasos recursos. Entre ellos, se destacan: i). evaluar los diferentes aspectos implicados en el desarrollo del niño, ii). potenciar y promover el despliegue del lenguaje, del juego, del aprendizaje, del movimiento y uso del cuerpo en forma conjunta al desarrollo de la subjetividad, iii). promover acciones tendientes a la prevención y detección precoz de factores de riesgo, iv). intervenir en situaciones que comprometan o afecten el desarrollo integral del niño.

El programa se dirige a mamás embarazadas y niños de 0 a 5 años de edad, ya sean desnutridos o bien que presenten riesgo nutricional y/o social. De esta manera, se pretende beneficiar de manera indirecta a toda la familia y a la comunidad.

Se trabaja en contacto permanente con efectores de Salud y/o Desarrollo Social, entre otros organismos, para lograr un trabajo interinstitucional, lo que permite llevar a cabo intervenciones holísticas, necesarias para afrontar ésta problemática y su contexto de gran complejidad.

Dentro de la Fundación, se realiza un abordaje integral desde las distintas áreas en que se trabajan: Pediatría-Nutrición, Atención Temprana y Trabajo Social. Se suman a ellas, los talleres de salud y embarazo y la asistencia alimentaria complementaria.

Dentro del Área de pediatría se evalúa al niño en todas sus dimensiones: crecimiento, desarrollo, inmunizaciones, hábitos y alimentación a través de la historia clínica pediátrica de ingreso. Se valora el estado de salud mediante el crecimiento utilizando indicadores a partir de las siguientes medidas: peso, talla y perímetro cefálico; y el desarrollo, a través de fenómenos funcionales de las



estructuras y el logro o no de sus funciones por medio de la maduración psicomotriz, dentaria u otros.

Sumado a esto una anamnesis y examen físico completo, bajo una relación médico-padres-paciente, que permite completar el diagnóstico nutricional.

Se considera cada situación en particular, teniendo en cuenta el contexto en donde se encuentra inmerso el niño (condiciones higiénico- sanitarias; exposición a organismos infecciosos o tóxicos; malnutrición; hacinamiento; carencia afectiva, abandono, maltrato, adicciones, violencia y conductas delictivas en el niño; escolaridad; etc.) para dar prioridad al área en que más necesite.

Por otra parte, se realizan acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud y hábitos saludables.

En el Área de Nutrición se tiene como objeto: promover la autonomía y el desarrollo de las capacidades de las familias que se hayan dentro del programa y, proveer conocimientos sobre el tema alimentario-nutricional con la finalidad de prevenir y/o recuperar casos de malnutrición infantil.

El desarrollo de esta área no culmina en lo educativo o preventivo sino que aborda la problemática de la alimentación desde diferentes aspectos como un producto social, por lo tanto, se trabaja interdisciplinariamente con las demás áreas del CPD e instituciones próximas.

La atención Nutricional a las familias consiste en ingresar al niño al programa, evaluar el estado nutricional, contexto familiar, el acceso a los alimentos y calidad nutricional de los mismos. Se comienza con una entrevista mediante un diálogo apacible para que se reconozca al espacio como propio, pudiendo así desplegar las dificultades que afligen entorno a la problemática.



Al ingresar se toman datos desde la concepción: perinatales (controles y patologías obstétricas, y datos del parto), de nacimiento (edad gestacional, peso, talla, perímetro cefálico, apgar –vitalidad del recién nacido-) y, postparto (lactancia materna, sensaciones de la mamá frente al nacimiento, etc.).

Con respecto a la información actual, se registra la alimentación diaria mediante anamnesis; y se toman datos antropométricos: peso actual, talla, perímetro cefálico; estos se vuelcan en tablas de referencia (OMS) para la evaluación nutricional, se percentila y realiza la curva de crecimiento.

Se realiza una primera intervención a partir de la valoración realizada y se trabaja con pautas para mejorar la situación alimentaria-nutricional. De acuerdo a cada caso, se continúa con intervenciones semanales, quincenales o mensuales.

Desde el Área Social se crea un espacio de apoyo, análisis, reflexión y contención hacia las familias que se inscriben dentro del programa.

Se realiza una evaluación del grupo familiar del niño y/o embarazada, a fin de determinar los factores sociales que inciden en el estado nutricional y realizar, en caso de ser necesario, una intervención profesional, teniendo como objetivo contribuir a la disminución de los factores de riesgo y potenciar las aptitudes, habilidades, comportamientos, que lleven a mejorar la calidad de las relaciones del grupo familiar.

El abordaje social dentro del CPD se inicia con una entrevista social a cada familia del programa. Para lograr el objetivo, en cada intervención se utilizan diferentes técnicas y/o estrategias, entre ellas: visitas domiciliarias, entrevistas en profundidad, asesoramiento y apoyo en la toma de decisiones, seguimientos de pactos a cumplir con la familia, informes sociales, familiograma, score de riesgo



vincular, derivaciones a otras instituciones a fines con problemas que excedan la competencia profesional o la misión de la institución.

El Área de Atención Temprana, que engloba a Estimulación temprana, Psicopedagogía, y Fonoaudiología, realiza una evaluación y seguimiento del desarrollo integral del niño en la primera infancia, promoviendo desde un enfoque preventivo, el despliegue de los diferentes aspectos implicados en el desarrollo.

El eje de este Centro es la prevención y detección precoz de factores de riesgo, así como también, la promoción de situaciones que favorezcan un desarrollo global. Se acompaña a la familia y al niño en el proceso de constitución subjetiva, a los fines de favorecer el despliegue del juego, del lenguaje, la construcción del conocimiento, la utilización del cuerpo de acuerdo a sus máximas posibilidades. Fundamentalmente, se apunta a fortalecer aquellos vínculos que sostienen al niño en estos primeros años de vida.

El Área Talleres de Salud, contribuye a elevar el nivel calidad de vida de los individuos desde la prevención y promoción de la salud.

Se trabaja la educación para la salud como un proceso social que implica transmisión, recreación, creación y apropiación del conocimiento, con la intención de fomentar y preservar la salud, así como la prevención de problemas y enfermedades que dificultan el desarrollo de la vida.

Lo talleres son dirigidos no sólo a las familias bajo programa sino también a toda la comunidad. Los participantes no sólo concurren como meros espectadores, sino que se los invita a colaborar de los temas a tratar.

Por otra parte, se realiza un taller semanal de embarazo, espacio brindado para futuras madres en donde se pueden detectar embarazos de riesgo y situaciones de



vulnerabilidad social, de esta manera se racionaliza la atención perinatal y se concentran los recursos en quienes más lo necesitan.

A las familias que asisten al CPD 1, se les brinda una Asistencia alimentaria complementaria. Se trata de una ayuda para mejorar las condiciones de salud-alimentación, ya que cuenta con alimentos (leche, aceite, harina, legumbres, cereales) indispensables para llevar a cabo una nutrición adecuada no sólo en los niños sino en el total de la familia.

Además de todas las actividades mencionadas anteriormente, se llevan a cabo actividades anexas, que se desarrollan como complemento del programa y constan, principalmente, de acciones que son de apoyo a las familias. Estas son:

- Taller de aprendizaje; dirigido a niños que no logran los objetivos en el área de desarrollo, espacio psicopedagógico.
- Apoyo escolar; dirigido a los hermanos de niños bajo programa, para reforzar la educación formal.
- Roperio comunitario



CAPÍTULO VIII: DISEÑO METODOLÓGICO

1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de carácter **descriptivo correlacional** dado que tuvo como finalidad determinar el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables.

El estudio, en parte, también fue de carácter **retrospectivo**; pues en un primer momento se tomaron las historias clínicas para poder obtener información del pasado de los niños (estado nutricional). Además, en los casos en que el niño ya no tomaba leche materna, se indagó sobre su lactancia materna del pasado; y a las madres de niños mayores a los 6 meses, o bien que ya consumían alimentos, se les consultó sobre el comienzo de la alimentación complementaria.

Se realizó un diagnóstico de situación de las prácticas de la lactancia materna y de la alimentación complementaria, **cuali-cuantitativo, y transversal**, dado que se llevó a cabo en un único momento. También se relevaron los factores sociodemográficos en cada caso y se estableció una relación con las prácticas alimentarias y para cada estado nutricional.

2. DESCRIPCIÓN DEL REFERENTE EMPÍRICO

La investigación se llevó a cabo en el **Centro de Prevención de la Desnutrición Infantil (CPD) CONIN Camino 1**, que se halla ubicado en el barrio Nuevo Alberdi de la Zona Norte de la Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe (Argentina).

Pertenece a la Fundación Camino, Institución Civil sin fines de lucro, nacida en la Ciudad de Rosario en Diciembre de 1991. En el año 2000, ésta tomó contacto con CONIN (Cooperadora para la Nutrición Infantil); ONG, localizada en la Ciudad de



Mendoza desde septiembre de 1993 y fundada por el Dr. Abel Albino con el fin de erradicar la desnutrición en los niños. Albino continuó con el modelo de trabajo implementado en Chile por el Dr Monckeberg., que fue un éxito logrando disminuir los índices de desnutrición infantil de ese país.

De la interrelación de ambas Instituciones, en el año 2003 inicia su actividad el CPD 1.

La **provincia de Santa Fe** está ubicada en la región Centro-Este de la República Argentina, al sur del Continente Americano, y es una de las 24 jurisdicciones (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) que conforman este país.

La **ciudad de Rosario** está ubicada en la zona sur de la provincia de Santa Fe. Se encuentra en una posición geoestratégica en relación al MERCOSUR en el extremo sur del continente americano.

La ciudad limita al Este con el río Paraná. Las localidades de Granadero Baigorria e Ibarlucea constituyen el límite Norte, Funes y Pérez se encuentran al Oeste, mientras que al Sur completan los límites Soldini, Piñeiro y Villa Gobernador Gálvez.

Además, los arroyos Ludueña al Norte y Saladillo al Sur cruzan al municipio de Oeste a Este y en algunos tramos también le sirven de límite.

Con una superficie de 17.869 hectáreas y una población de aproximadamente 1.250.000 habitantes, la ciudad es centro del Área Metropolitana del Gran Rosario, constituida por Rosario, Villa Gobernador Gálvez, San Lorenzo, Pérez, Capitán Bermúdez, Granadero Baigorria, Fray Luis Beltrán, Funes y Puerto General San Martín.



La ciudad se divide en distritos. Cada Distrito conforma el área de influencia de cada Centro Municipal de Distrito (CMD) y un territorio más acotado para precisar las siguientes cuestiones: la organización de las tareas vinculadas a la desconcentración funcional y operativa de servicios; coordinación de las actividades a desarrollar por las distintas áreas (Salud, Promoción Social, Cultura, etc); organización de las estructuras comunitarias y redefinición de las políticas públicas a impulsar por esta administración. Para los fines más específicos, cada Distrito puede englobar nuevas subdivisiones, de acuerdo a las demandas existentes. (Figura 1).



Figura 1: Ciudad de Rosario: distritos.



En el **Distrito Norte** de la Ciudad, se encuentra el **barrio “Nuevo Alberdi”**, en el cual, por un lado podemos observar la presencia de calles pavimentadas con zanjas, las viviendas son variadas, en general edificadas completamente de material y muy pocas con techos de chapa. Todas cuentan con agua y energía eléctrica pero sin gas natural ni redes cloacales.

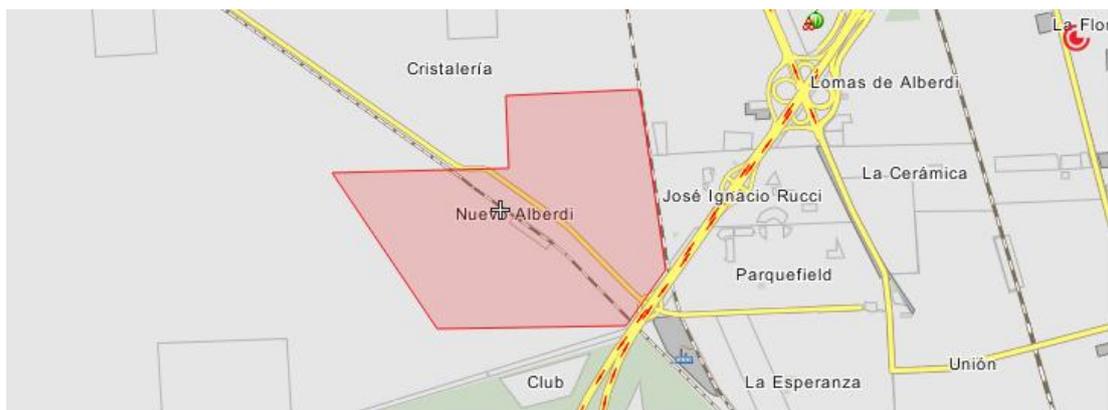


Figura 2: Barrio Nuevo Alberdi.

Por otro lado, desde las calles Polledo y Grandoli hasta la circunvalación, se observan asentamientos con viviendas más precarias construidas con cemento y techo de chapa y otras todas de chapa. Estas poseen servicios eléctricos y el agua se provee mediante tanques otorgados por la Municipalidad de Rosario. Este sector es denominado por los habitantes como “ciudad oculta”.

En el barrio cuentan con centros de salud municipales, como “Vecinal Nuevo Alberdi”, ubicado en calle Bouchard entre Granel y Poblet, el Centro Territorial de Referencia (CTR) N° 25 (Centro Crecer N°25) ubicado en calle Poblet 3001 y, la escuela primaria N°133 “20 de Junio” de calle Vieytes 2953.



3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de individuos con edades comprendidas entre los 0 y 24 meses que asistieron a consulta nutricional en el CPD 1, de la ciudad de Rosario, los días lunes y jueves del mes de Julio del 2013.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión considerados fueron:

- Todos los niños de 0 a 24 meses, de ambos sexos que concurran al CPD1.
- Niños nacidos a término.
- Niños y madres presentes al momento de la recolección de datos.
- Madre/responsable o tutor que accede a responder la encuesta semiestructurada correspondiente, previo consentimiento informado.

5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión considerados fueron:

- Niños prematuros.
- Niños mayores de 24 meses de edad.
- Presencia de enfermedades que condicionen la práctica de lactancia materna y la correspondiente transición a la alimentación complementaria.

6. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

El criterio de eliminación considerado fue que la Madre/responsable o tutor no acceda a responder la encuesta semiestructurada correspondiente.



7. MUESTRA

Teniendo presente, que al momento de la investigación, la población de niños de 0 a 24 meses de edad estuvo constituida por 25 pacientes, se decidió no tomar muestra alguna y trabajar con el total mencionado anteriormente.

8. UNIDAD DE ANÁLISIS

Pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 0 y 24 meses de edad, que asisten a consulta nutricional en el CPD 1, de la ciudad de Rosario.

9. VARIABLES DE ESTUDIO Y OPERALIZACIÓN

9.1) Etapas de Alimentación Infantil: variable moderadora cualitativa

Definición: momento de alimentación en el que se halla el niño de acuerdo a su edad. Las etapas se basan en las necesidades nutricionales, capacidad de ingestión, digestión y absorción, metabolismo y capacidad de eliminación renal y desarrollo psicomotor del niño. (Fuente: Torresani, 2006).

Categoría:

A. Etapa inicial o lactancia materna exclusiva (niños de 0 a 5 meses y 29 días de edad). Se codificó como EI.

B. Etapa de transición o diversificación progresiva (niños de 6 meses a 11 meses y 29 días de edad). Se codificó como ET

C. Etapa de adquisición de pautas familiares (niños de 12 meses a 24 meses de edad). Se codificó como EA.

Operacionalización: la población fue clasificada por el encuestador en forma directa a partir del dato de la edad.



9.2) Estado Nutricional: variable moderadora cualitativa

Definición: situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Diagnóstico a nivel nutricional que resulta de la conjunción entre la evaluación antropométrica (medidas: peso, talla y perímetro cefálico; indicadores: P/E, P/T y T/E) y la evaluación alimentaria. (Fuente: elaboración propia).

Categoría:

A. Sobrepeso	SP
B. Eunufrido	EU
C. Desnutrición grado 1/leve/aguda	DA
D. Desnutrición crónica compensada	DCC

Operacionalización: se tomó contacto con la historia clínica de los pacientes; de esta manera se obtuvo de forma directa y rápida el estado nutricional; el mismo establecido previamente por los profesionales de la fundación (pediatras y/o nutricionistas).

VARIABLES DEPENDIENTES

9.3) Lactancia Materna: variable cualitativa.

Definición: alimentación con leche del seno materno. Es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños. (Fuente: OMS).



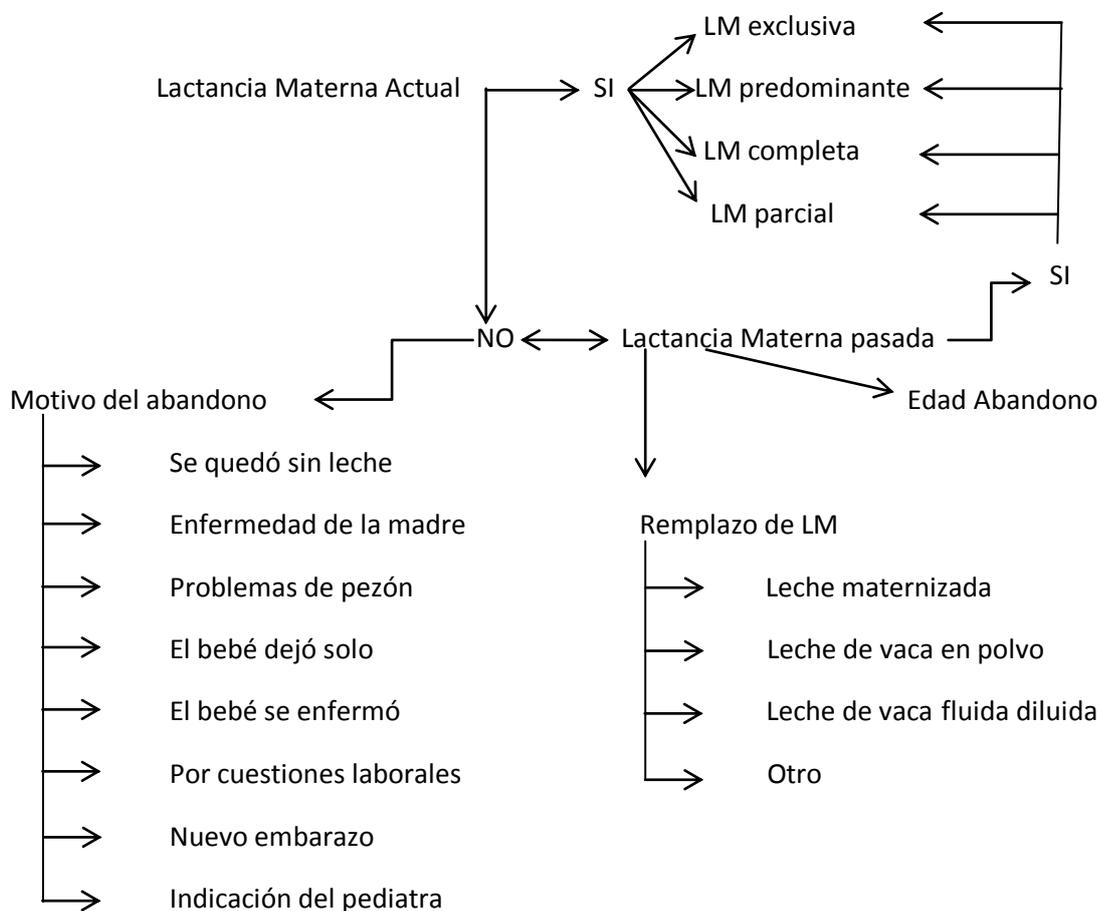
Categoría:

- A. Óptima:** Se consideró lactancia óptima a la que llevó a cabo el niño de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad, y continuó con ella a pesar de comenzar a incluir alimentos y/o líquidos diferentes a la leche materna en la alimentación. A su vez, se incluyó a los niños menores de 6 meses que hasta el momento en que se realizó la investigación recibían LME, pero no se podía determinar con exactitud cuándo dejarían de llevar a cabo ésta práctica, por lo tanto, se formó una subcategoría: Óptima en curso. (OPT)
- B. Regular:** Se consideró lactancia regular a la que llevó a cabo el niño de manera exclusiva hasta los 4-5 meses de edad, y continuó con ella a pesar de comenzar a incluir alimentos y/o líquidos diferentes a la leche materna en la alimentación. Además, se incluyó a los niños que llevaron a cabo LME hasta los 6 meses pero al momento de la encuesta se hallaban destetados; se debe aclarar que la edad de estos niños se acercaba a los 24 meses. (REG).
- C. Deficiente:** Se consideró lactancia deficiente cuando la madre/responsable o tutor hizo referencia a que el niño nunca tomó leche del seno materno; o bien, a la que llevó a cabo de manera exclusiva el niño hasta los 3 meses de edad y actualmente continúe o no con lactancia materna; y también, a la que llevó a cabo de manera exclusiva el niño hasta los 7 meses de edad y continúen o no con lactancia materna. (DEF).



Operacionalización: encuesta en forma de entrevista individual semi-estructurada, guiada.

Para la elaboración del cuestionario, se tomó como referencia la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), llevada a cabo en los años 2004-2005 con el fin de describir aspectos puntuales de la alimentación en niños menores de 2 años. (Ministerio de Salud, 2010). Estuvo confeccionada de la siguiente manera:



Aclaración: El motivo del abandono y leche de reemplazo de la LM no se tuvieron en cuenta para el análisis, son datos auxiliares que aportan información para un futuro plan de acción.



9.4) Alimentación Complementaria: variable cualitativa.

Definición: proceso de introducción de alimentos líquidos o sólidos diferentes a la leche, que acompañan la lactancia materna o artificial. Es la alimentación que complementa la lactancia materna sin desplazarla. (Fuente: OMS).

Categoría: dichas categorías se tomaron del estudio de la ENNyS llevado a cabo durante los años 2004-2005.

- A. Alimentación Complementaria Muy temprana:** niños que comenzaron con la AC antes de cumplir los 4 meses de edad. Se codificó ACMT.

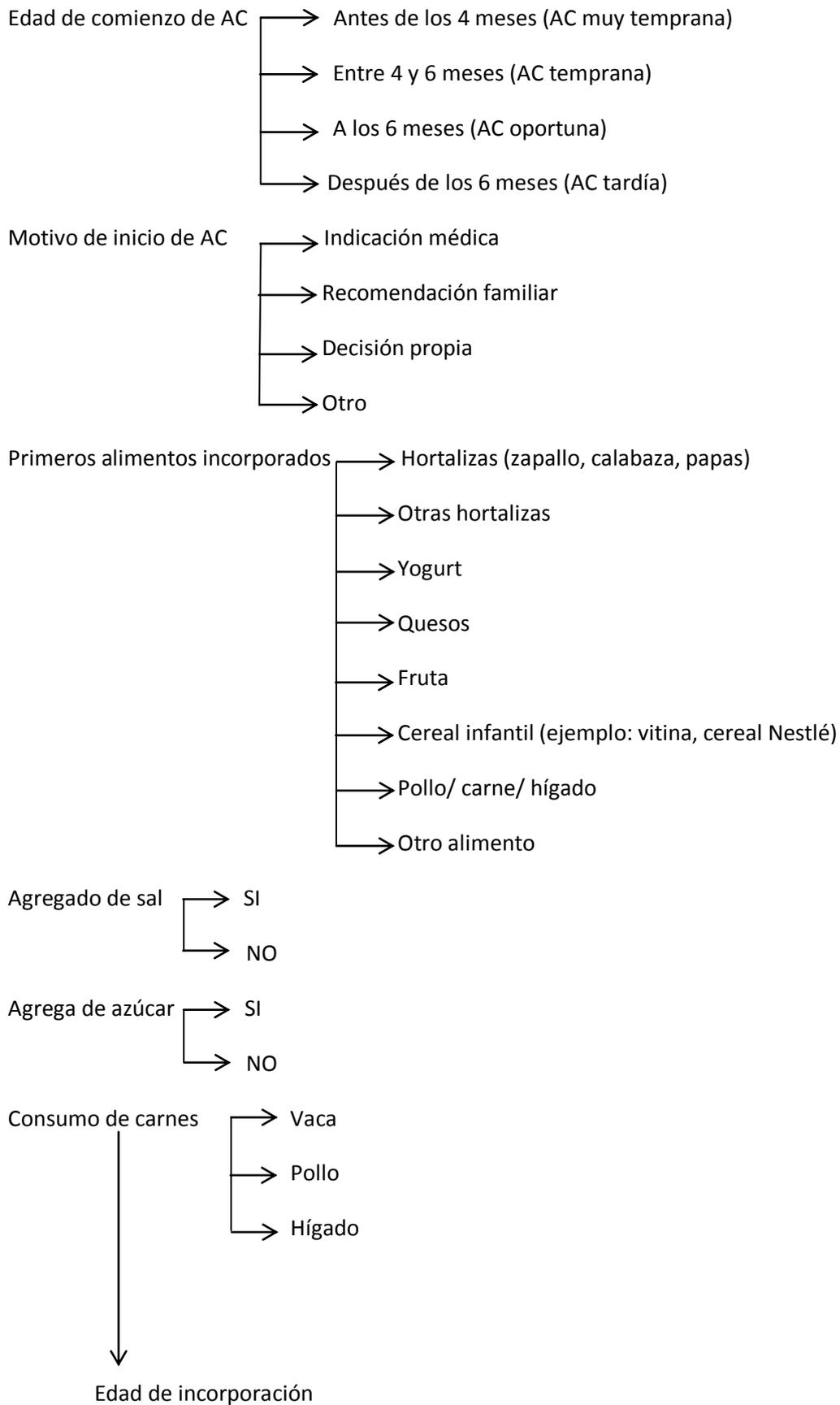
- B. Alimentación Complementaria Temprana:** niños que comenzaron con la AC entre los 4 y 6 meses de edad (se tomaron a los niños que incorporaron AC hasta un día antes de cumplir los 6 meses). Se codificó ACT.

- C. Alimentación Complementaria Oportuna:** niños que comenzaron con la AC a los 6 meses de edad cumplidos. Se codificó ACO.

- D. Alimentación Complementaria Tardía:** niños que comenzaron con la AC luego del 6to mes de edad, es decir, niños con 7 meses ó más cumplidos. Se codificó ACTar.

Operacionalización: encuesta en forma de entrevista individual semi-estructurada y guiada.

Para la confección del cuestionario, se tomó como referencia la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), llevada a cabo en los años 2004-2005 con el fin de describir aspectos puntuales de la alimentación en niños menores de 2 años. (Ministerio de Salud, 2010). Estuvo confeccionada de la siguiente manera:





Consumo de panificados → SI
↓
→ NO

Edad de incorporación

Consumo de gaseosas/jugos → SI
↓
→ NO

Edad de incorporación

Consumo de snack/golosinas → SI
↓
→ NO

Edad de incorporación

Consumo de infusiones → SI
↓
→ NO

Edad de incorporación

Comidas diarias → Una
→ Dos
→ Tres
→ Cuatro
→ Más de cuatro

Encargado de la alimentación del niño → Madre/cuidador
→ Padre
→ Hermano/s
→ Tía/o
→ Abuela/o
→ Otro

Mesa familiar → SI
→ NO



Aclaración: esta variable fue estudiada en los niños mayores a 6 meses o bien que hayan comenzado con la alimentación complementaria.

El encargado de la alimentación del niño y si el niño comparte o no la mesa familiar no se tuvo en cuenta para el análisis, son datos auxiliares que aportan información para un futuro plan de acción.

VARIABLES INDEPENDIENTES

9.5) Factores Sociodemográficos

Para analizar los diferentes factores sociodemográficos, se contó con la colaboración de la trabajadora social de la ONG donde se llevó a cabo la investigación, quién nos brindó información para categorizarlos.

9.5.1) Edad de madre/responsable o tutor

Definición: tiempo transcurrido a partir del nacimiento.

Categoría:

- A. Menor de 18 años
- B. Mayor de 18 años

9.5.2) Nivel educativo alcanzado por la madre/responsable ó tutor

Definición: año más alto de estudios aprobados dentro del nivel de educación.

Categoría:

- A. Primaria completa
- B. Primaria incompleta
- C. Secundaria completa



- D. Secundaria incompleta
- E. Educación superior
- F. Analfabeta (madre que nunca asistió a la escuela ó bien asistió hasta primero o segundo grado y no sabe leer ni escribir).

9.5.3) Estructura Familiar

Definición: miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado de sangre, adopción y matrimonio.

Categoría:

- A. Tradicional: formada por madre, padre e hijo/os.
- B. Monoparental: formada por madre o padre e hijo/os.
- C. Ensamblada: formada por el agregado de dos o más familias (ej: madre sola con sus hijos se junta con padre viudo con sus hijos) o bien, formado sólo por hermanos o por amigos.
- D. Ampliada: formada por familiares que no pertenecen al núcleo principal, es decir, tíos, primos, abuelos, etc.

9.5.4) Vivienda

Definición: cualquier lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas. Les protegen de las condiciones climáticas adversas, les proporcionan intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas.



Categoría:

- A. Viviendas aptas: casas y departamentos que no presentan problemas físicos relevantes.

- B. Viviendas recuperables o modestas: viviendas que tienen piso de tierra o ladrillo suelto u otro material, o no tienen provisión de agua por cañería dentro de la vivienda o no disponen de inodoro con descarga de agua, es decir, poseen situaciones que podrían ser reversibles o bien, factibles de ser acondicionadas.

- C. Viviendas irrecuperables o precarias: ranchos, casillas, locales no construidos para fines habitacionales o viviendas móviles. Son viviendas con problemas físicos que implican la necesidad de reconstruir completamente o de una reubicación del hogar.

9.5.5) Sustento económico

Definición: trabajo que las personas realizan, con el fin de proporcionarse directamente a sí misma, las condiciones necesarias para mantener sus vidas.

Categoría:

- A. Ingresos de empleo formal (trabajo en blanco con aportes).

- B. Ingresos de empleo informal/en negro sin beneficios sociales.

- C. Ingresos de empleo informal/en negro con beneficios sociales.

- D. Ingresos de changas y beneficios sociales.

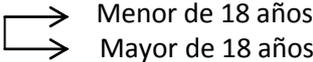
- E. Ingreso de changas.

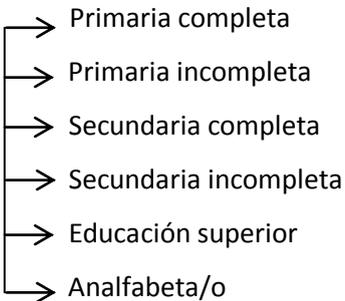


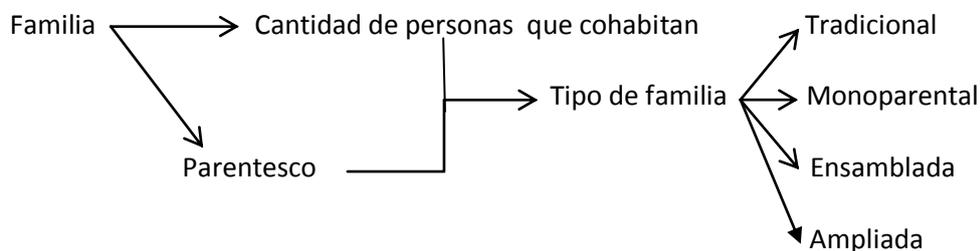
F. Ingreso de beneficios sociales.

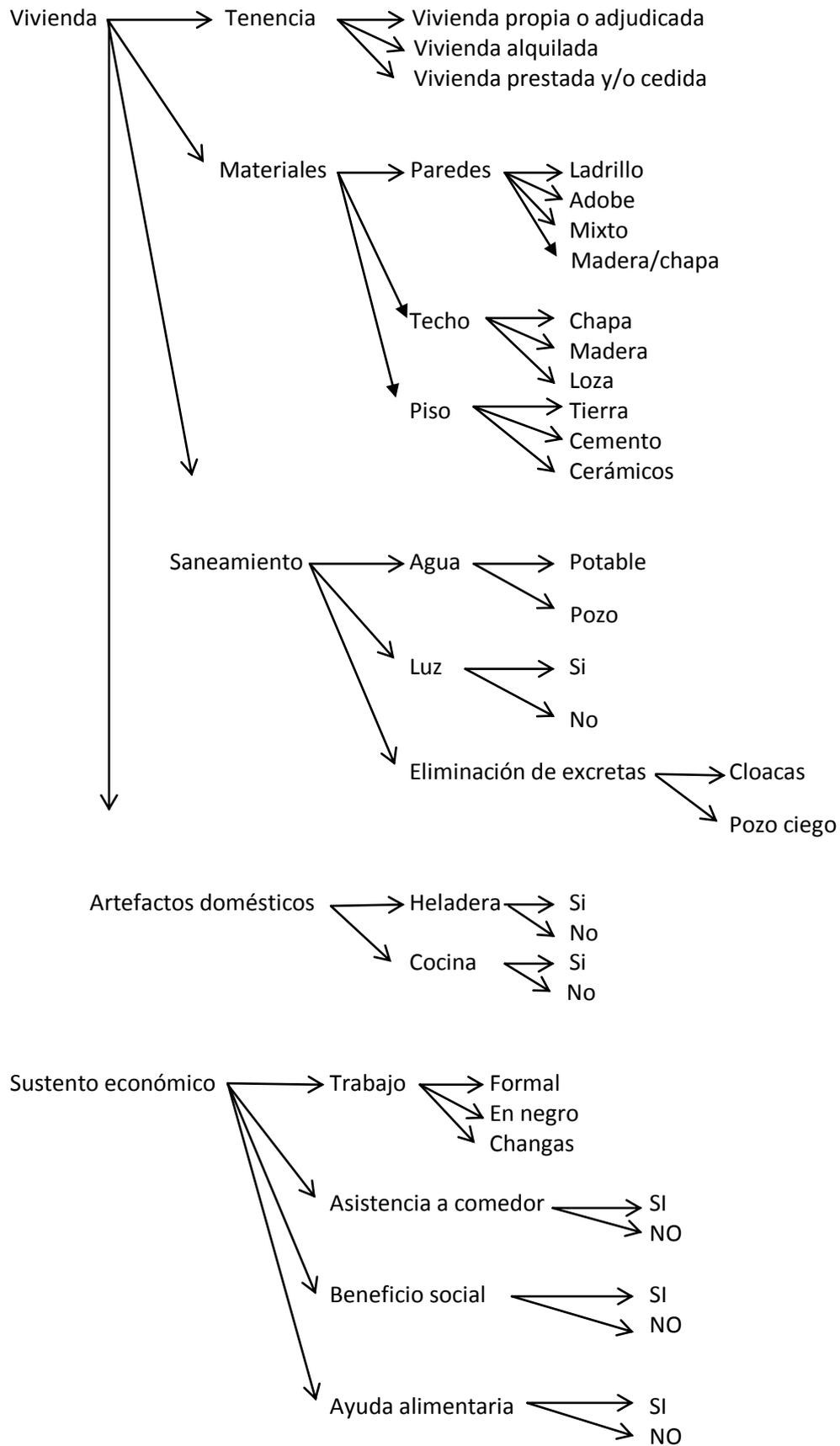
Aclaración: si bien en la definición de sustento económico se hizo hincapié en el trabajo, para esta investigación se incluyó dentro del sustento económico, si la familia entrevistada recibía asistencia social, ya sea mediante planes, asistencia a comedor, bolsones de alimentos o bien tarjeta única de ciudadanía.

Operacionalización: encuesta en forma de entrevista individual semi-estructurada, guiada. El cuestionario fue confeccionado siguiendo los temas que se detallan a continuación:

Edad de la madre/responsable o tutor 

Nivel educativo alcanzado de la madre/responsable o tutor 

Familia 





10. INSTRUMENTOS Y MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se empleó como instrumento de recolección de datos una encuesta en forma de entrevista individual semi-estructurada, guiada a la madre del paciente, dado que las personas que participaron contaban, en su mayoría, con un nivel de educación básico; de esta forma si al efectuar las preguntas no se comprendían totalmente, se reformulaban la mismas con otras palabras para que la respuesta fuera acorde a lo que se estaba indagando. Se tuvo en cuenta los factores que permitían categorizar las variables descriptas en el estudio.

Dentro de la encuesta, uno de los puntos tratados fue Estado Nutricional del niño evaluado, dicha información se obtuvo a través de la historia clínica de cada paciente.

El método consistió en la realización de preguntas cerradas establecidas en un cuestionario a cada madre/responsable o tutor. Se marcó con una cruz la respuesta referida por el mismo. (Anexo II).

Para recolectar la información, se asistió al CPD 1 Camino-CONIN los días lunes y jueves en el mes de Julio de 2013. Durante la atención pediátrica-nutricional, se explicó brevemente a cada madre/responsable o tutor en qué consistía la investigación para la cual se solicitaba dicha información; y una vez obtenido el consentimiento de participar voluntariamente (Anexo I), se procedía a recabar los datos pertinentes al estudio.

Las preguntas de la encuesta fueron comprendidas aceptablemente por la totalidad de madres o tutores.



11. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez obtenido los datos sobre la unidad de análisis del estudio fueron procesados de la siguiente manera:

En primer lugar, para caracterizar al grupo de estudio, se aplicó como elemento de estadística descriptiva al porcentaje; de esta manera se llevó a cabo la descripción de la población según etapa de alimentación y estado nutricional.

Con la caracterización de la lactancia materna actual, el momento del abandono de dicha práctica y la comparación con los estándares descriptos en el marco teórico se categorizó a la práctica de lactancia materna en óptima, regular o deficiente.

Con la edad de incorporación de la alimentación complementaria, teniendo en cuenta los estándares descriptos en el marco teórico se caracterizó a la práctica de alimentación complementaria como muy temprana, temprana, oportuna o tardía. Si bien no se incluyó en esta categorización, se analizaron los alimentos consumidos y el momento en que los mismos fueron introducidos a la alimentación de cada uno de los niños que formaron la población bajo estudio; también se consideró la cantidad de comidas diarias que realizaba cada paciente al momento de la encuesta. Dichos datos permitieron conocer características significativas de esta práctica en los niños evaluados.

Dentro de los factores sociodemográficos elegidos para esta investigación, se categorizó, teniendo presente lo expuesto en el marco teórico (punto 2: Factores Sociodemográficos), a cada variable: edad materna/responsable o tutor, educación materna/responsable o tutor, tipo de familia, vivienda y sustento económico.

Se elaboraron tablas y gráficos con cantidades numéricas y porcentuales, para las variables: Etapas de Alimentación, Estado Nutricional, Lactancia Materna,



Alimentación Complementaria y Factores Sociodemográficos. De esta forma, la información obtenida quedó visualizada en forma concreta.

Por último, se construyeron tablas de doble entrada, donde se visualizó la existencia o no de influencias entre las diferentes variables. El estado nutricional fue relacionado con ambas prácticas alimentarias y los factores sociodemográficos; y a su vez, las prácticas alimentarias fueron relacionadas entre ellas y también, con los factores sociodemográficos. Además, se elaboraron gráficos con cantidades porcentuales, para que toda la información pueda ser visualizada de forma concreta y se identifiquen fehacientemente las influencias, lo que permitió discutir la vinculación entre las distintas variables del estudio.

Para la elaboración de las tablas y gráficos, se ingresaron los datos al programa Microsoft Excel 2010.



CAPÍTULO IX: RESULTADOS

Luego de encuestar a las madres de los niños incluidos en esta investigación (n=25), y tras confeccionar tablas y gráficos con la información obtenida, se hallaron los siguientes resultados:

ESTADO NUTRICIONAL Y ETAPAS DE ALIMENTACIÓN

Los niños evaluados se distribuyeron según su estado nutricional y etapa de alimentación al momento de la encuesta, teniendo presente lo expuesto en el marco teórico.

De acuerdo a la teoría, las etapas de alimentación se dividieron según la edad y fueron denominadas de la siguiente manera: 1) Etapa Inicial o E.I (0-6 meses), 2) Etapa de Transición o E.T (6-12 meses) y 3) Etapa de Adquisición de Pautas Familiares o E.A (12-24 meses); teniendo presente la información anterior, se destaca que, si bien se trabajó con pacientes de las tres etapas, se observó que el mayor número de niños se encontraba en etapa de adquisición de pautas familiares (E.A). (*Tabla n°1 – Gráfico n°1*).

Con respecto a la evaluación del estado nutricional, se visualizó que la mayoría de los niños, al momento de la encuesta, se encontraba con un estado normal o eunutrido (E.U) y una minoría se hallaba con una desnutrición leve o de grado 1 (D1). La población estudiada no estuvo formada por niños con sobrepeso ni con desnutrición crónica compensada. (*Tabla n°1-Gráfico n°2*).



Tabla n° 1: Distribución de los niños según Etapa de Alimentación y Estado Nutricional.

Etapas de alimentación	Total (n)	Estado Nutricional	
		EU (n)	D1 (n)
E.I	6	6	0
E.T	8	6	2
E.A	11	8	3
Total	25	20	5

Gráfico n° 1: Distribución de los niños según Etapa de Alimentación.

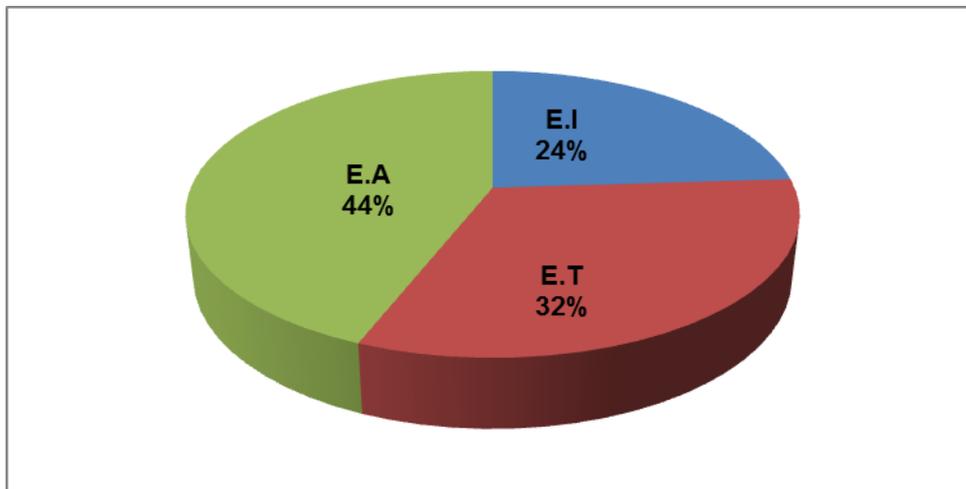
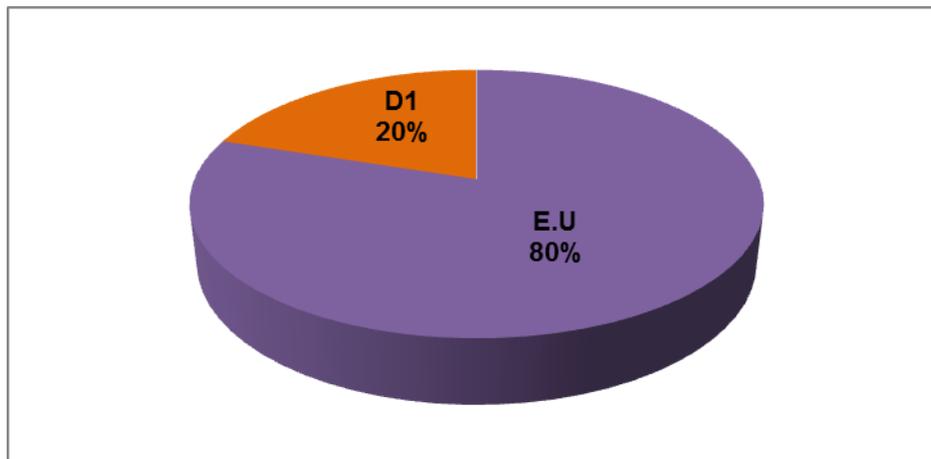


Gráfico n° 2: Distribución de los niños según Estado Nutricional.





En los *gráficos 3 y 4*, quedó demostrado que el total de niños en etapa de alimentación inicial (E.I) se hallaba con un estado eunutrido (EU); mientras que los niños con desnutrición grado 1 (D1) se encontraban cursando la etapa de transición (E.T) o bien, la etapa adquisición de pautas familiares (E.A).

Gráfico n° 3: Distribución de los niños Eunutridos según Etapa de Alimentación.

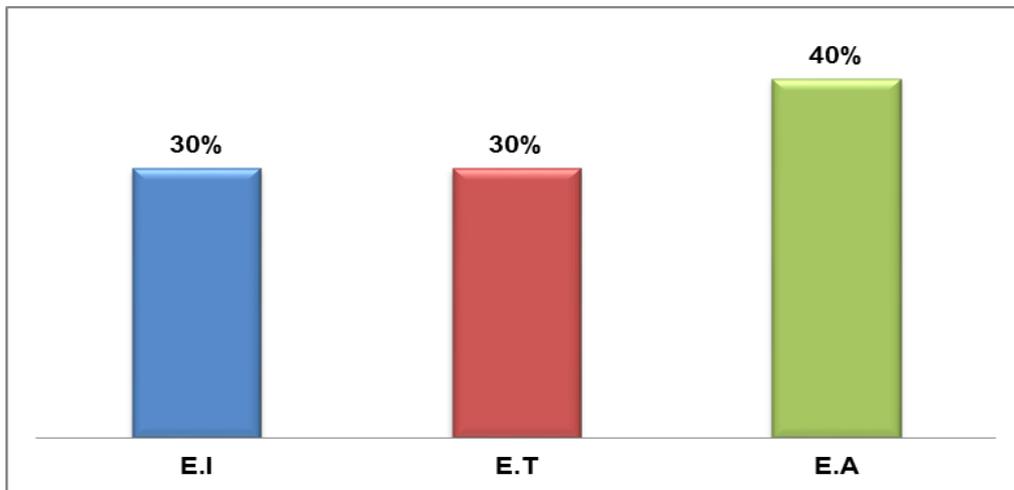
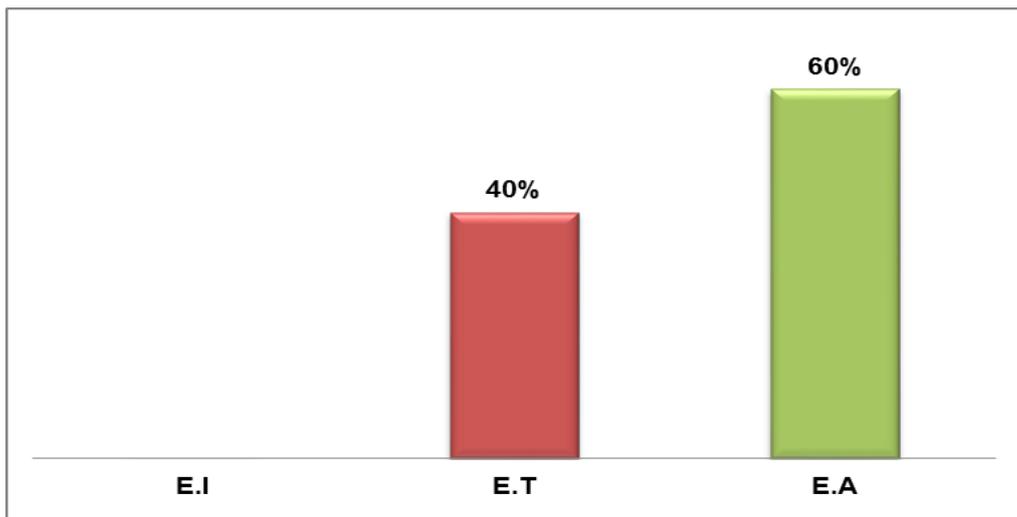


Gráfico n° 4: Distribución de los niños con Desnutrición Grado 1 según Etapa de Alimentación.





LACTANCIA MATERNA

A partir de los datos examinados, se apreció que al momento de la encuesta, el mayor porcentaje de los niños llevaba a cabo práctica de lactancia materna parcial (LMP), casi un tercio estaba destetado y un pequeño porcentaje llevaba una lactancia materna exclusiva (LME). (*Tabla n°2-Gráfico n°5*).

Se observó que todos los niños con lactancia materna exclusiva (LME) se encontraban en etapa inicial (E.I) de alimentación; mientras que los niños destetados, se encontraban en proporciones casi iguales en etapa de transición (ET) y de adquisición de pautas familiares (EA). (*Gráficos n°6,7 y 8*).

Tabla n° 2: Distribución de los niños según práctica de lactancia materna actual de acuerdo a las etapas de alimentación.

Lactancia Materna Actual	Total (n)	Etapa de Alimentación		
		E.I (n)	E.T (n)	E.A (n)
Exclusiva	3	3	0	0
Parcial	15	3	5	7
Destete	7	0	3	4
Total	25	6	8	11

Gráfico n° 5: Distribución de los niños según práctica de lactancia materna actual.

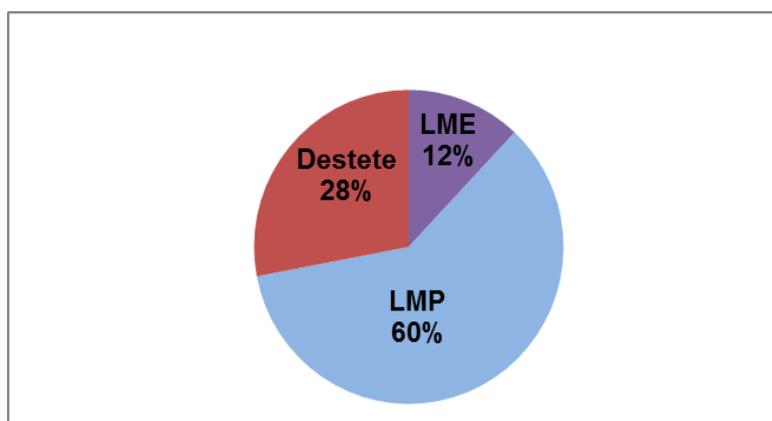




Gráfico n° 6: Distribución de los niños en etapa inicial de alimentación según práctica de lactancia materna actual.

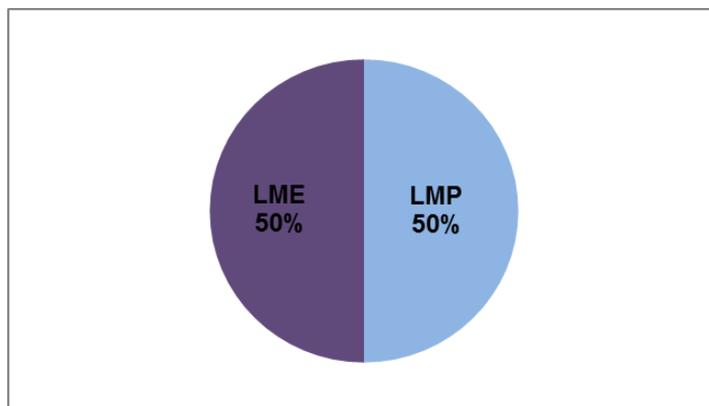


Gráfico n° 7: Distribución de los niños en etapa de transición de alimentación según práctica de lactancia materna actual.

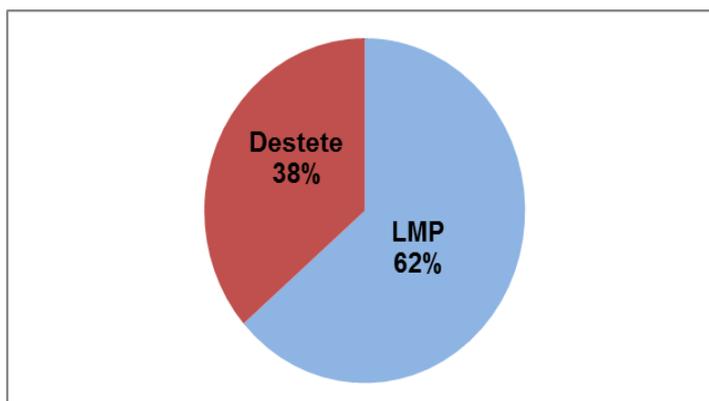
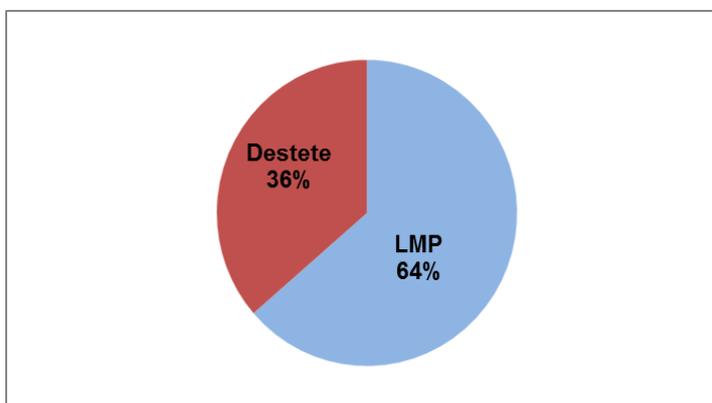


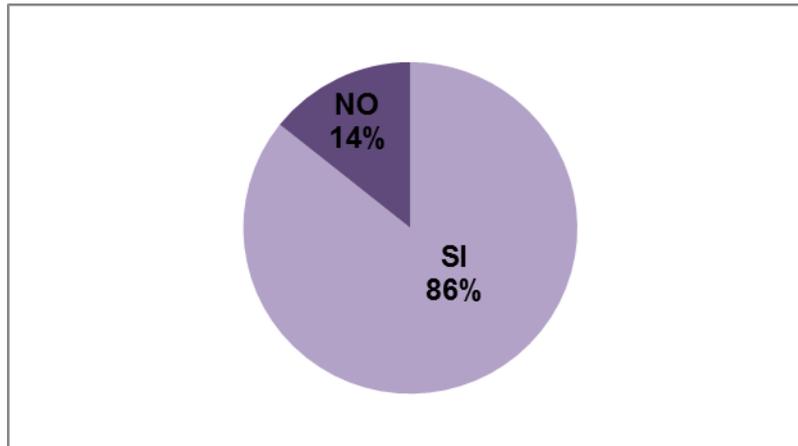
Gráfico n° 8: Distribución de los niños en etapa de adquisición de pautas familiares según práctica de lactancia materna actual.





Cabe subrayar, que uno de los niños (14%), destetado al momento de la investigación, nunca recibió leche del seno materno. (*Gráfico n°9*).

Gráfico n° 9: Distribución de los niños destetados según lactancia materna en el pasado.



Solo a las madres cuyos hijos habían finalizado la lactancia materna exclusiva (LME), se les consultó sobre la edad en que ésta práctica fue complementada.

La mayoría de madres respondió haber incorporado otras leches y/o alimentos a la alimentación de sus hijos entre el cuarto y sexto mes de vida, resaltando que el mayor porcentaje indicó al sexto mes. (*Se demuestra en celeste en la tabla n°3 - Gráfico n°10*).

Un número significativo de madres indicó, si bien no se ha tabulado la información, que por problemas en el pezón o bien por presencia de enfermedad materna, entre el primer y tercer mes de vida, incorporaron mamadera a la alimentación de sus hijos/as. (*Se demuestra en naranja en la tabla n°3 - Gráfico n°10*).



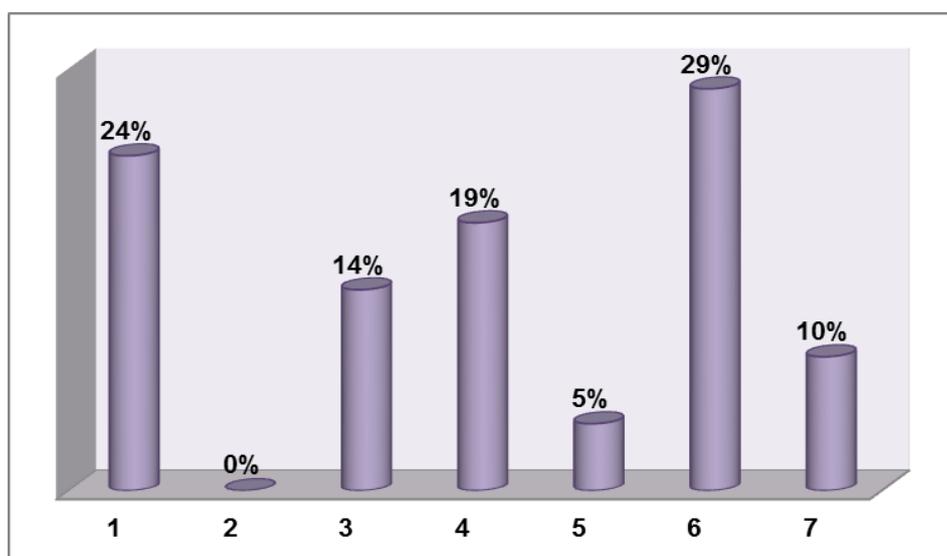
Es relevante destacar, que el porcentaje de madres que proveyó LME hasta el primer mes de vida se acerca al porcentaje de madres que continuó con LME hasta los 6 meses de edad. *(Se demuestra en negrita en la tabla n°3 – Gráfico n°10).*

Por último, un ínfimo, pero no menos importante porcentaje de madres, respondió haber incorporado alimentos a la alimentación de sus niños a los 7 meses. *(Se demuestra en bordó en la tabla n°3 - Gráfico n°10).*

Tabla n° 3: Distribución de los niños según edad de finalización de la práctica de lactancia materna exclusiva (LME).

Edad Fin LME (meses)	n
1	5
2	0
3	3
4	4
5	1
6	6
7	2
Total	21

Gráfico n° 10: Distribución de los niños según edad de finalización de la práctica de lactancia materna exclusiva (LME).





Se finalizó el análisis de lactancia materna distribuyendo a los niños estudiados en las categorías propuestas, según marco teórico, para esta variable: Óptima (OPT.), Regular (REG.) y Deficiente (DEF.)

Se obtuvo que el porcentaje de niños con lactancia materna Óptima fue igual al de niños con lactancia materna Regular, y a su vez, al sumar ambos porcentajes (OPT. Y REG.), el resultado fue mayor al de niños con lactancia materna Deficiente. De todos modos, es importante resaltar que casi el 50% de la población estudiada, formó la categoría Lactancia Materna Deficiente. (*Gráfico n°11*).

Dentro de la categoría Óptima, se estableció una subcategoría: Óptima en Curso, donde se incluyó a los niños menores de 6 meses de edad, que hasta el momento del estudio recibían Lactancia Materna Exclusiva (LME), pero se desconoce cuándo dejaron de llevar a cabo ésta práctica; en el *gráfico 12*, se visualiza que un porcentaje inferior a la mitad, formó parte de ésta subcategoría.

Gráfico n° 11: Distribución de los niños según categorización de la práctica de Lactancia Materna.

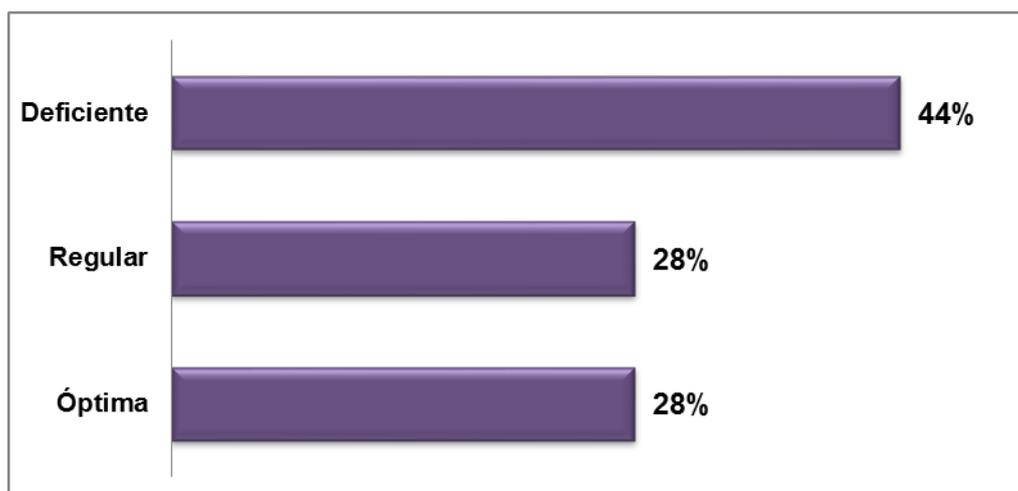
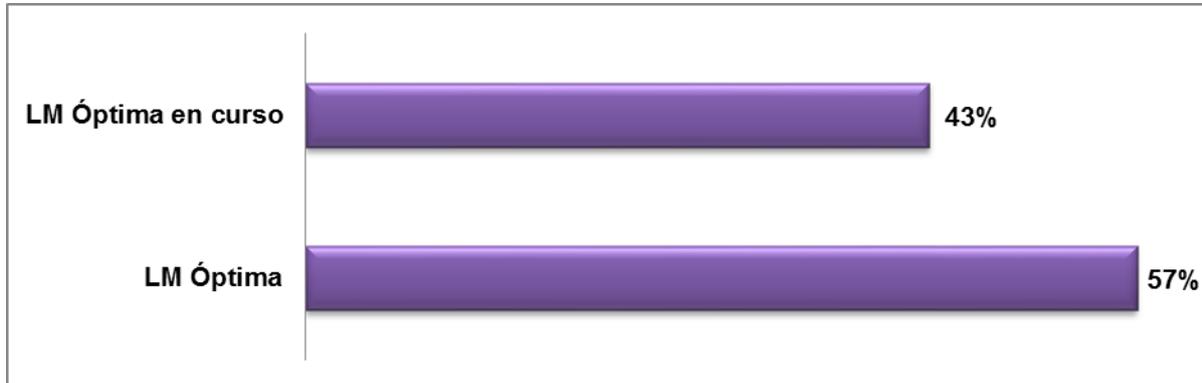




Gráfico n° 12: Distribución de los niños que llevan a cabo una práctica de Lactancia Materna Óptima.



ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Tras el análisis de lactancia materna, se continuó estudiando las características de la práctica de Alimentación Complementaria (AC) en los niños evaluados. En ésta sección, quedaron excluidos los niños con lactancia materna exclusiva (LME) y un niño que, al momento de la investigación, tomaba leche del seno materno y mamadera (n=21).

Se consultó la edad de incorporación de los primeros alimentos sólidos diferentes a la leche, y a raíz de ese dato, se distribuyó a los niños en las diferentes categorías explicitadas para esta práctica alimentaria: AC muy temprana (antes de los 4 meses), AC temprana (entre los 4 y 6 meses), AC oportuna (a los 6 meses) y AC tardía (después de los 6 meses). Resultó que el mayor porcentaje de niños incorporó los primeros alimentos a los 6 meses (AC oportuna), y un porcentaje cercano al anterior lo hizo entre los 4 y 6 meses (AC temprana). (Tabla n°4 - Gráfico n°13).

Por otro lado, al tener en cuenta los motivos de inicio, se observó que el mayor porcentaje de madres refirió haber iniciado AC por indicación médica y un



porcentaje similar por decisión propia. (Tabla n°4 - Gráfico n°14). A su vez, sobresalió que de los niños que iniciaron AC oportunamente, la mayoría lo hizo por indicación médica; mientras que, de los niños que iniciaron AC tempranamente, el mayor porcentaje lo hizo por decisión de la madre. (Tabla n° 4 - Gráficos n°15 y 16).

Tabla n° 4: Distribución de los niños que llevan a cabo práctica de alimentación complementaria según edad y motivo de inicio.

Alimentación Complementaria	Total (n)	Motivo de Inicio		
		Indicación médica (n)	Recomendación de familiares (n)	Decisión Propia (n)
Muy Temprana	3	0	1	2
Temprana	7	1	1	5
Oportuna	9	7	0	2
Tardía	2	1	0	1
Total	21	9	2	10

Gráfico n° 13: Distribución de los niños según categorías de alimentación complementaria.





Gráfico n° 14: Distribución de los niños según motivo inicio de alimentación complementaria.

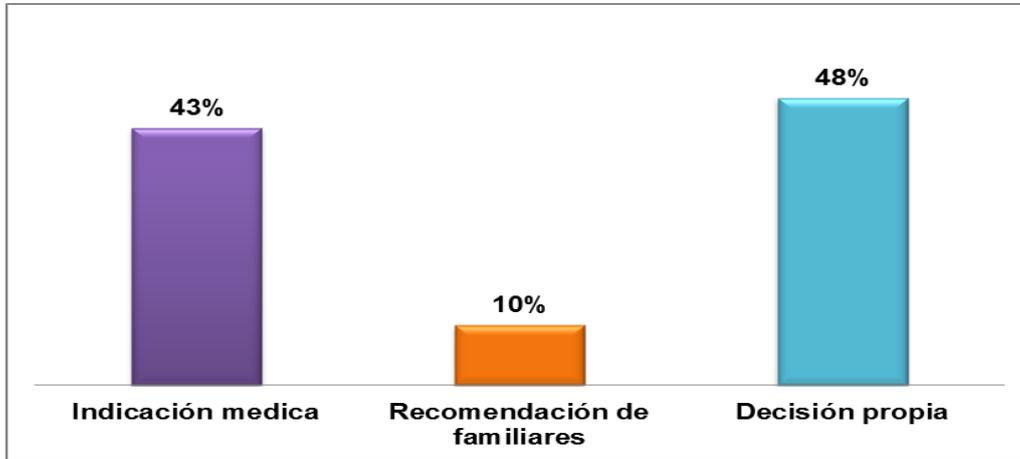


Gráfico n° 15: Distribución de los niños AC temprana según Motivo Inicio.

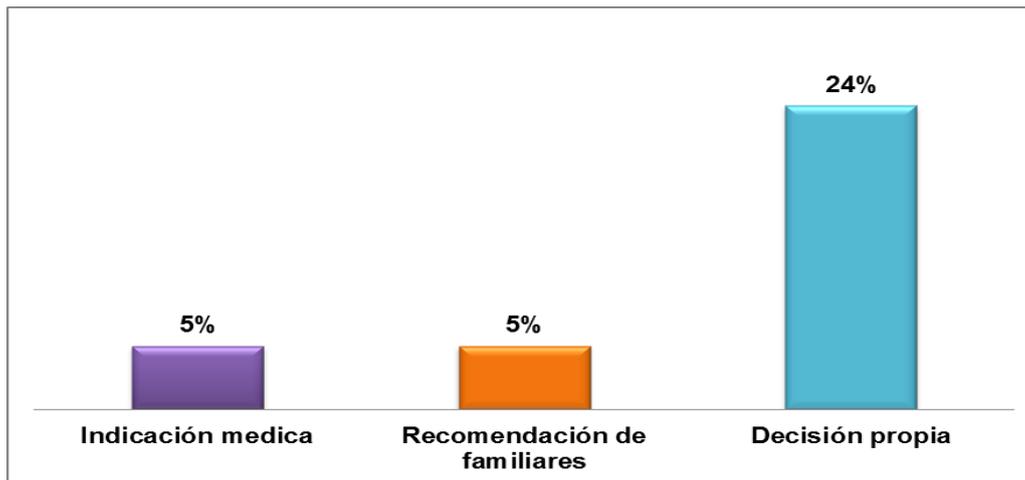


Gráfico n° 16: Distribución de los niños AC oportuna según Motivo Inicio.





Se continuó con el estudio de la práctica de alimentación complementaria preguntando sobre cuáles fueron los primeros alimentos, diferentes a la leche, incorporados a la alimentación. Se observó que el total de niños consumió hortalizas (papa, zanahoria y zapallo) preparadas en papilla como primer comida. Un gran porcentaje de ellos también incorporó frutas, y a su vez, algunos agregaron yogurt. Fue mínimo el porcentaje de niños, que además, sumó cereal infantil. (Tabla n°5- Gráfico n°17).

Dentro de éste punto, también se indagó sobre el agregado de sal y aceite; se obtuvo que el mayor porcentaje de madres agregó ambos condimentos en la preparación de la primera papilla. (Gráfico n°18).

Tabla n° 5: Distribución de los niños según primeros alimentos incorporados.

Primeros Alimentos Incorporados	n
Papilla de papa, zanahoria, zapallo	3
Papilla de papa, zanahoria, zapallo + fruta + cereal infantil	3
Papilla de papa, zanahoria, zapallo + fruta	7
Papilla de papa, zanahoria, zapallo + fruta + yogurt	8
Total	21

Gráfico n° 17: Distribución de los niños según primeros alimentos incorporados.

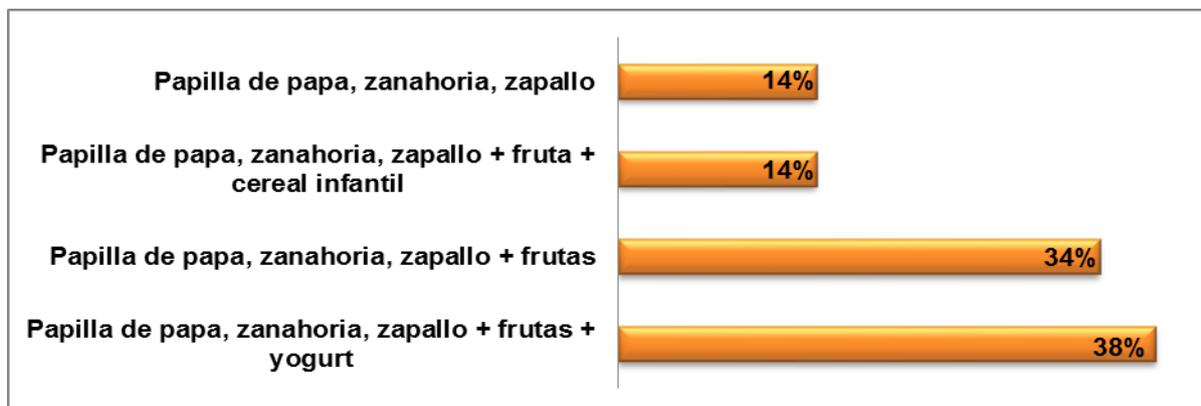
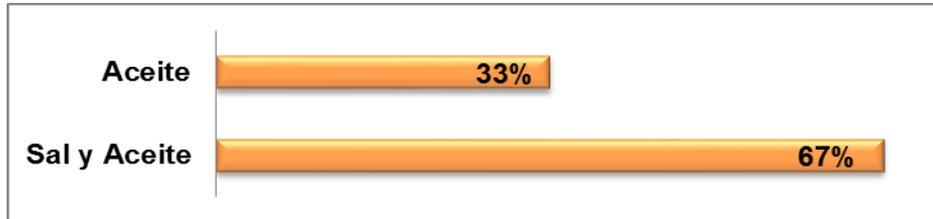




Gráfico n° 18: Distribución de los niños según el agregado de sal y aceite en primera papilla.



Por otro lado, se analizó el consumo actual de alimentos y el momento de incorporación de los mismos en la alimentación de los niños estudiados. También se consultó sobre las bebidas.

Para ordenar la información, se mantuvo a la población dividida de acuerdo a la etapa de alimentación que cursaba el paciente al momento de la encuesta. Al tratarse de niños con alimentación complementaria, sólo se nombran a la etapa de transición (n=8), donde se agrupan los niños de 6 a 12 meses de edad y a la etapa de adquisición de pautas familiares (n=11), agrupados los niños de 12 a 24 meses de edad.

En la *tabla n°6* y *gráfico n°19* se visualizan todos los datos obtenidos con respecto al consumo actual de alimentos; se resaltan los siguientes:

- Todos los niños consumen: carnes (vacuna, pollo, hígado); frutas; hortalizas; lácteos (leche y yogurt); cereales, panificados y galletitas.
- Sólo la mitad de los niños consume legumbres.
- Si bien el total de niños incorpora carnes a la alimentación, no todos agregan huevo y pescado. Dentro de este comentario, se acentúa que la mayoría de niños que no consumen huevo se hallan en etapa de transición. Por otro lado, se destaca que el porcentaje de niños que agrega pescado es muy bajo en ambas etapas.



- Se notó un importante consumo de snack, golosinas, gaseosas y jugos en la totalidad de niños.

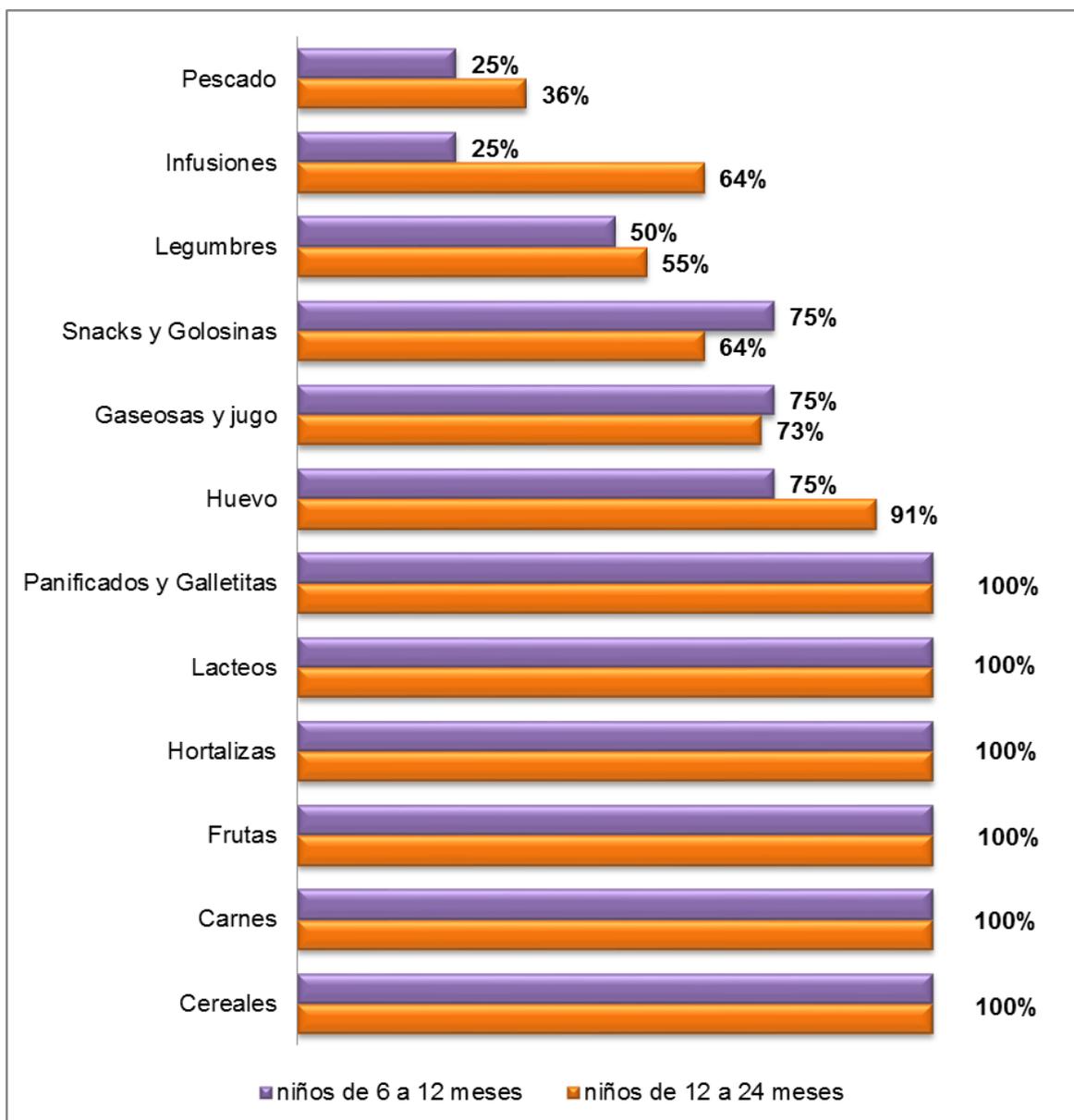
- Muy pocos niños consumen infusiones.

Tabla n° 6: Distribución de los niños en etapa de transición y adquisición de pautas familiares, según el consumo actual de alimentos y bebidas.

Alimentos	Niños en Etapa de Transición (n)	Niños en Etapa de Adquisición de Pautas Familiares (n)
Cereales	8	11
Carnes	8	11
Frutas	8	11
Hortalizas	8	11
Lácteos	8	11
Panificados y Galletitas	8	11
Huevo	6	10
Gaseosas y jugo	6	8
Snack y Golosinas	6	7
Legumbres	4	6
Infusiones	2	7
Pescado	2	4



Gráfico n° 19: Distribución de los niños según el consumo actual de alimentos y bebidas.



Dentro del consumo de hortalizas y frutas, se indagó sobre cuáles son las preferidas por los niños.

Al tomar los niños de ambas etapas, se halló que el mayor número de ellos consume todas las hortalizas incluidas en este estudio; pero si sólo se toman los



niños en etapa de transición se observó que la mayoría consume sólo calabaza, zapallo, zanahoria, papa y tomate. (Tabla n°7).

Tabla n° 7: Distribución de los niños según el consumo de hortalizas.

Hortalizas	Total	E.T	E.A
	n	n	n
A-Calabaza/zapallo/zanahoria/papa	3	1	2
B- A + acelga/espinaca/zapallitos	4	2	2
C- A+ tomate	3	3	0
D- A+B+C	9	2	7

Con respecto a las frutas, se destacó que todos los niños consumen banana y manzana; un número importante de ellos, incorpora a las dos frutas anteriores, mandarina y/o naranja.

Se debe tener presente, que de los niños en etapa de adquisición de pautas familiares, la cantidad que consume sólo banana y manzana es igual a la que consume todas las frutas. (Tabla n°8).

Tabla n° 8: Distribución de los niños según el consumo de frutas.

Frutas	Total	E.T	E.A
	n	n	n
A- Banana/manzana	5	1	4
B- A+ mandarina/naranja	6	3	3
C- A + otras (pera/durazno)	3	3	0
TODAS	5	1	4



Al analizar el momento de incorporación de cada uno de los alimentos nombrados anteriormente, tomando sólo los niños en etapa de transición, se obtuvo que:

- A los 5-6 meses de edad, todos los niños agregaron frutas y hortalizas; el mayor porcentaje de ellos incorporó también lácteos (principalmente yogurt) y cereales a la alimentación. Las carnes, los panificados y las infusiones fueron incorporados en muy poca cantidad.
- A los 7-8 meses de edad, un número importante de niños incorporó legumbres, carnes y huevo. A su vez, se resaltó que una cantidad elevada de ellos agregó a la alimentación snack, golosinas, gaseosas y/o jugos.
- Todos los niños que consumen pescado, lo han incorporado entre los 9 y 12 meses de edad. Se destacó que el mayor porcentaje de niños ha agregado, durante este rango etario, gaseosas y/o jugos. (*Tabla n°9 –Gráfico n°20*).

Al tomar sólo los niños de 12 a 24 meses (etapa de adquisición de pautas familiares), se encontró que:

- A los 5-6 meses, el mayor porcentaje de niños incorporó frutas, hortalizas y lácteos, al igual que los niños en etapa de transición.
- A los 7-8 meses, la totalidad de niños agregó carnes, el mayor porcentaje de ellos incluyó también huevo, cereales, panificados y galletitas.
- A los 9-12 meses, la mayoría indicó haber incorporado, en este rango etario, legumbres, pescados, infusiones, snack, golosinas, gaseosas y/o jugos.
- Luego del año de edad, muy pocas madres hicieron referencia de haber incorporado algún alimento y/o bebida en la alimentación de sus hijos, entre los



que se encuentran: pescados, infusiones, panificados, snack, golosinas, gaseosas y/o jugos. (Tabla n°9 –Gráfico n°21).

Tabla n° 9: Distribución de los niños según la edad de incorporación de alimentos y bebidas.

Alimentos	Niños de 6 a 12 meses (E.T)			Niños de 12 a 24 meses (E.A)			
	Edad Incorporación						
	5-6 meses (n)	7-8 meses (n)	9-12 meses (n)	5-6 meses (n)	7-8 meses (n)	9-12 meses (n)	> 12 meses (n)
Cereales	4	3	1	3	6	2	0
Carnes	2	5	1	0	11	0	0
Frutas	8	0	0	9	2	0	0
Hortalizas	8	0	0	9	2	0	0
Lácteos	6	2	0	6	5	0	0
Panificados y Galletitas	3	4	1	1	5	4	1
Huevo	0	4	2	0	5	5	0
Gaseosas y jugo	0	2	4	0	0	7	1
Snack y Golosinas	0	4	2	0	0	4	3
Legumbres	0	2	2	0	1	3	2
Infusiones	1	1	0	0	1	5	1
Pescado	0	0	2	1	0	2	1



Gráfico n° 20: Distribución de los niños en E.T según la edad de incorporación de alimentos y bebidas.

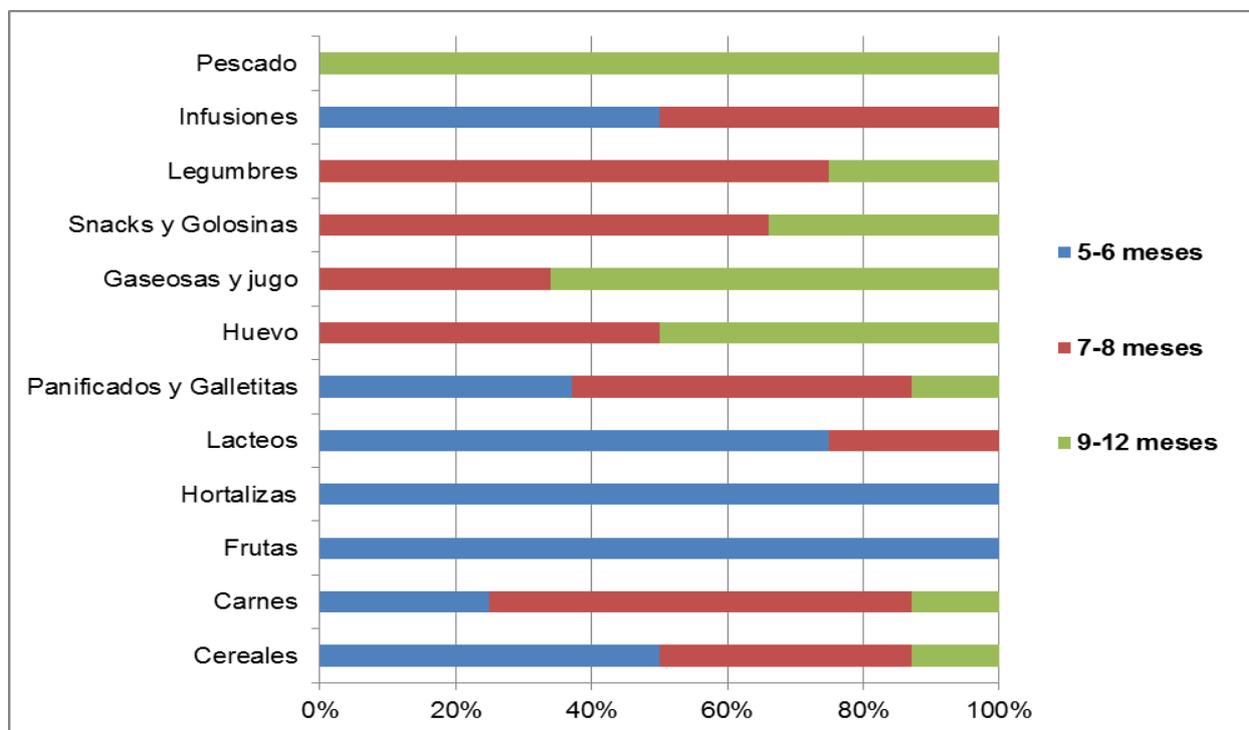
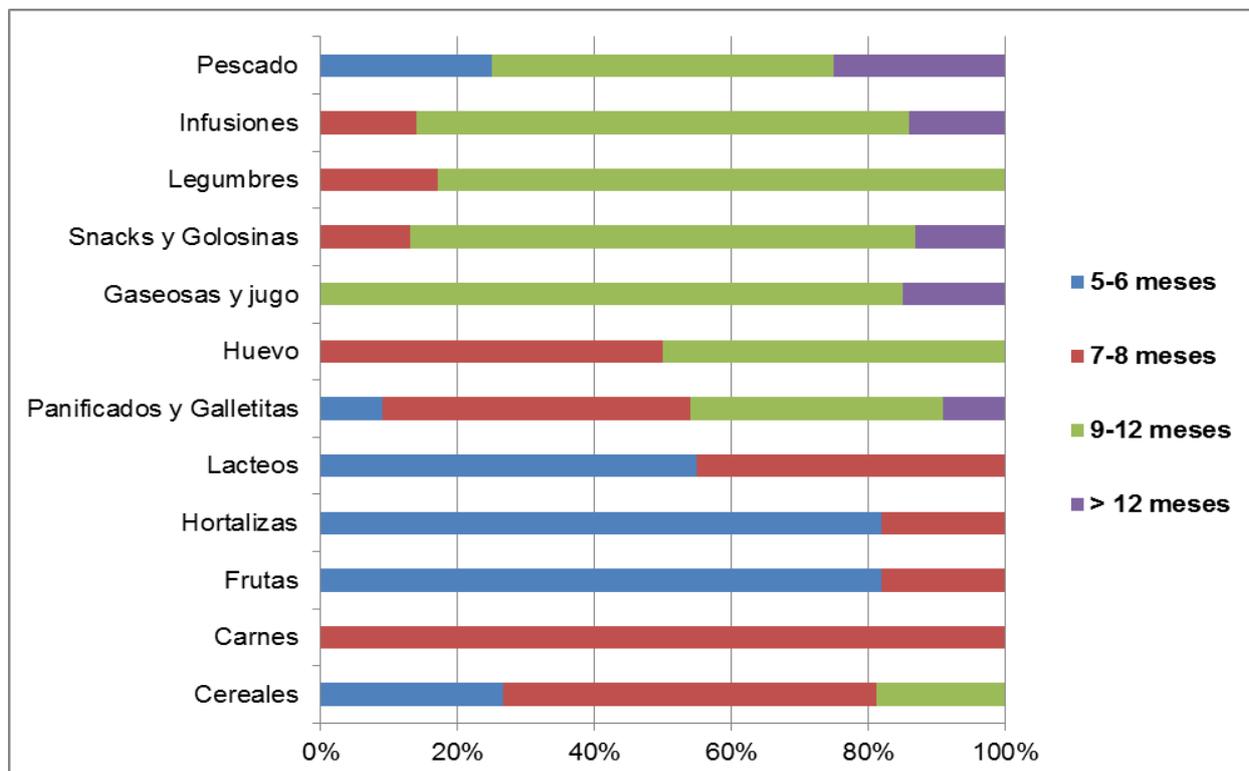


Gráfico n° 21: Distribución de los niños en E.T según la edad de incorporación de alimentos y bebidas.





Se finalizó el análisis de la alimentación complementaria, consultando sobre la cantidad de comidas diarias que llevan a cabo los niños. Se obtuvo que todos los niños en etapa inicial de alimentación, realizan sólo una; el mayor número de niños en etapa de transición, llevan a cabo dos y que la mayoría de los niños en etapa de adquisición de pautas familiares, realizan las cuatro comidas principales. (Tabla n°10).

Tabla n°10: Distribución de los niños según las comidas diarias que llevan a cabo.

Cantidad de comidas diarias	E.I	E.T	E.A
Una (almuerzo)	2	0	0
Dos (almuerzo y cena)	0	6	0
Tres (desayuno, almuerzo y cena)	0	1	1
Cuatro (Desayuno, almuerzo, merienda y cena)	0	1	9
Más de cuatro	0	0	1

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

En la parte final de la encuesta se incluyeron preguntas referidas a ciertos factores sociodemográficos seleccionados para este estudio: edad materna, nivel educativo materno, tipo de familia, tipo de vivienda y sustento económico. Tras llevar a cabo el análisis correspondiente, se hallaron los siguientes resultados:

1. Edad materna: se obtuvo que el mayor porcentaje de madres encuestadas era mayor a 18 años (80%).
2. Nivel educativo Materno: se observó que sólo una madre nunca asistió a la escuela y por lo tanto, no sabe leer ni escribir, es analfabeta.



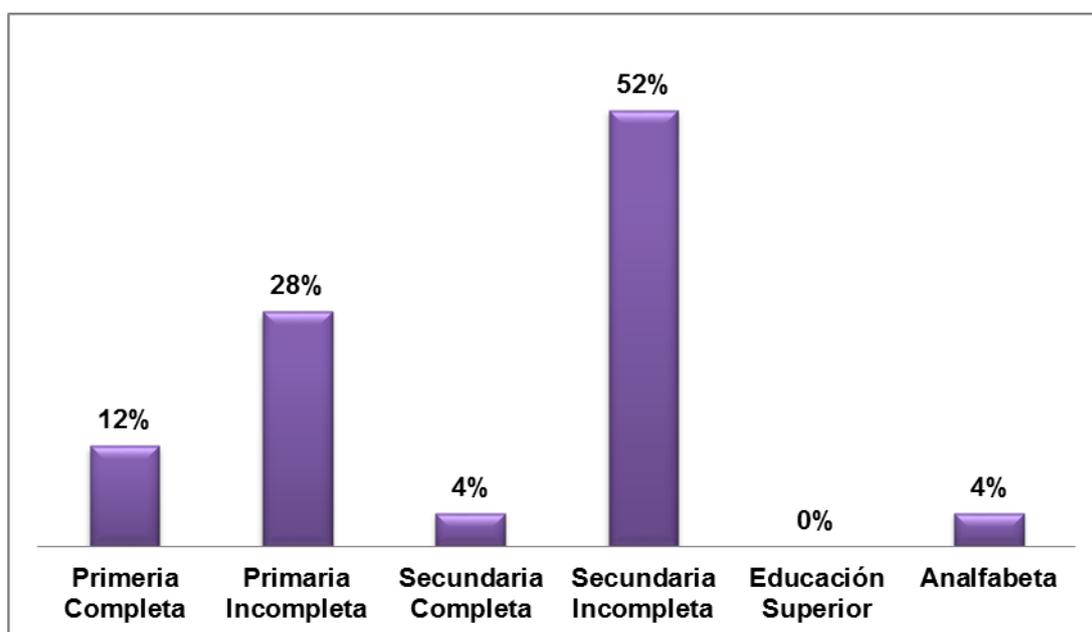
Se destacó que el mayor porcentaje de madres refirió haber asistido a la escuela en algún momento de su vida. La mayoría de las madres ha finalizado la primaria, pero muchas de ellas no han logrado llegar al final de la secundaria.

A su vez, fue significativo el número de madres que no ha finalizado la primaria; también cabe destacar, que sólo una madre ha logrado completar la secundaria. (Tabla n°11 – Gráfico n°22).

Tabla n°11: Distribución de las madres según nivel educativo alcanzado.

Nivel Educativo Materno	n
Primaria Completa	3
Primaria Incompleta	7
Secundaria Completa	1
Secundaria Incompleta	13
Educación Superior	0
Analfabeta	1
Total	25

Gráfico n°22: Distribución de las madres según nivel educativo alcanzado.

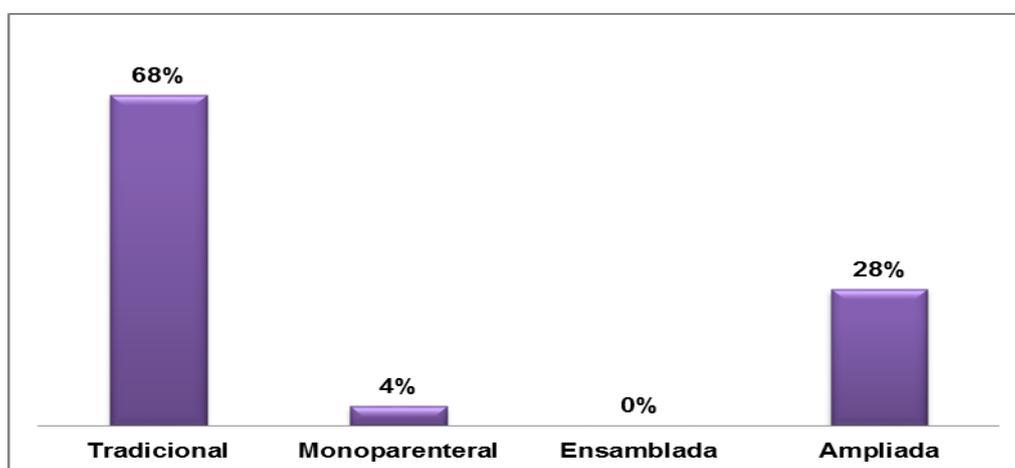




3. Tipo de Familia: en este punto se indagó sobre quienes formaban parte de la familia al momento del estudio.

Se obtuvo que el mayor porcentaje de las familias evaluadas correspondía a la categoría tradicional, un porcentaje bastante menor a familias ampliadas y sólo una casa estaba formada por la madre e hijo/os (monoparental). Ninguna madre, refirió vivir en una familia ensamblada. (Gráfico n°23).

Gráfico n°23: Distribución de los niños según tipo de familia.



4. Tipo de Vivienda: para esta variable se evaluaron diferentes ítems.

En primer lugar, se consultó sobre la tenencia de la vivienda, y si bien, la mayoría de las familias refirieron ser propietarios, se resaltó que 1/3 de hogares se ubican en terrenos fiscales; por lo tanto, la población estudiada, en su mayor porcentaje, vive en asentamientos contruidos sobre terrenos del estado. (Gráfico n°24).

Luego, se indagó sobre los materiales con los que están fabricados sus hogares. Se observó, que la mayoría de las familias utilizaron ladrillos para armar sus viviendas, mientras que un porcentaje mucho menor utilizó chapa y/o maderas; por otro lado, el mayor porcentaje de madres indicó tener chapa en el techo de sus



hogares; y finalmente, se obtuvo que el mayor porcentaje de familias cuenta con cemento en el piso. (*Tabla n°12 – Gráficos n°25,26 y 27*).

También, se preguntó sobre el saneamiento, y se obtuvo que el total de viviendas poseen luz; casi todas cuentan con agua potable; y el mayor porcentaje de ellas, elimina sus excretas a través de pozo ciego. (*Tabla n°13*).

Por último, se consultó sobre la existencia en sus hogares de artefactos domésticos como heladera y cocina. Se obtuvo que el mayor porcentaje de familias posee ambos artefactos, aunque se debe resaltar que 1/5 de las viviendas no posee heladera.

Gráfico n°24: Distribución de los niños según tenencia de vivienda.

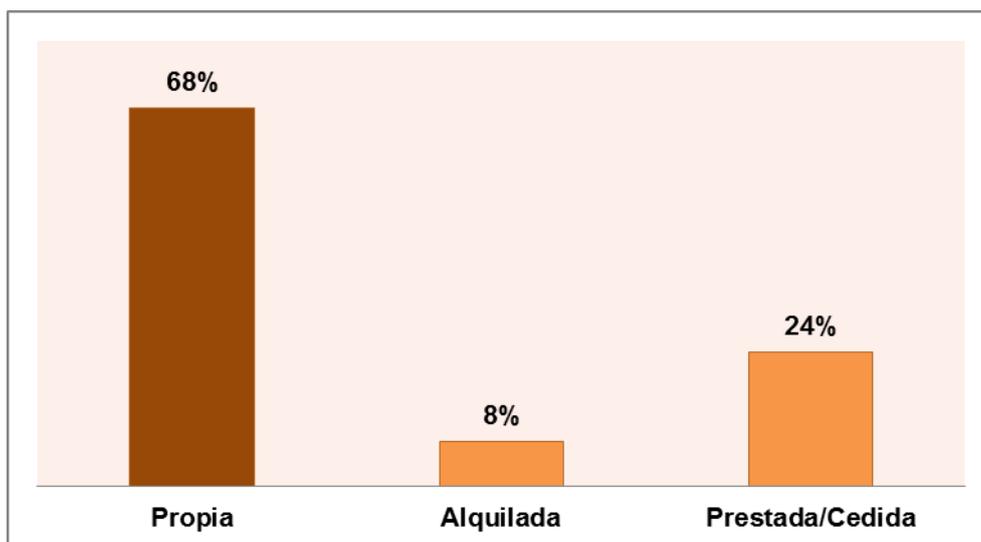




Tabla n°12: Distribución de los niños según Materiales de las viviendas.

Materiales de las Viviendas	
Paredes	n
Ladrillo	18
Adobe	1
Mixto	1
Madera/Chapa	5
Techo	n
Chapa	19
Madera	2
Loza	4
Piso	n
Tierra	4
Cemento	15
Cerámico	6

Gráfico n°25: Distribución de los niños según materiales utilizados en las Paredes de las viviendas.

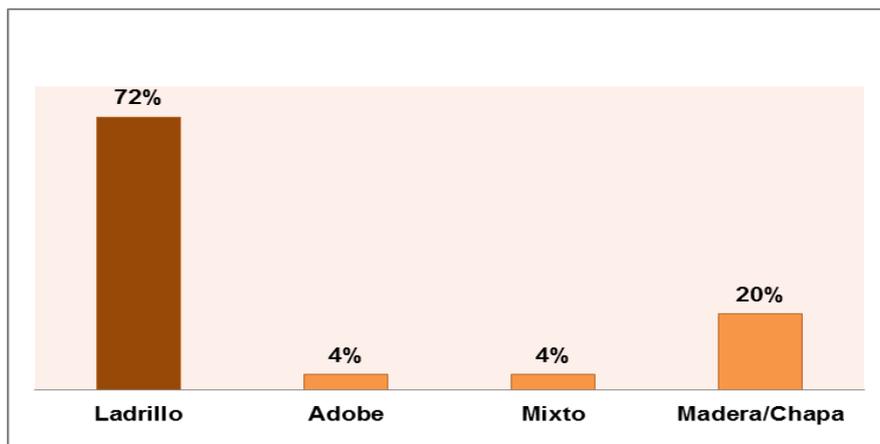


Gráfico n°26: Distribución de los niños según materiales utilizados en los techos de las viviendas.

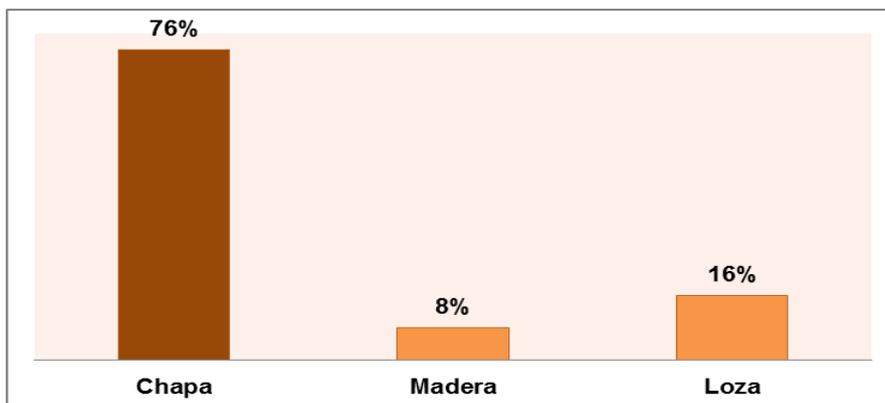




Gráfico n°27: Distribución de los niños según materiales utilizados en los pisos de las viviendas.

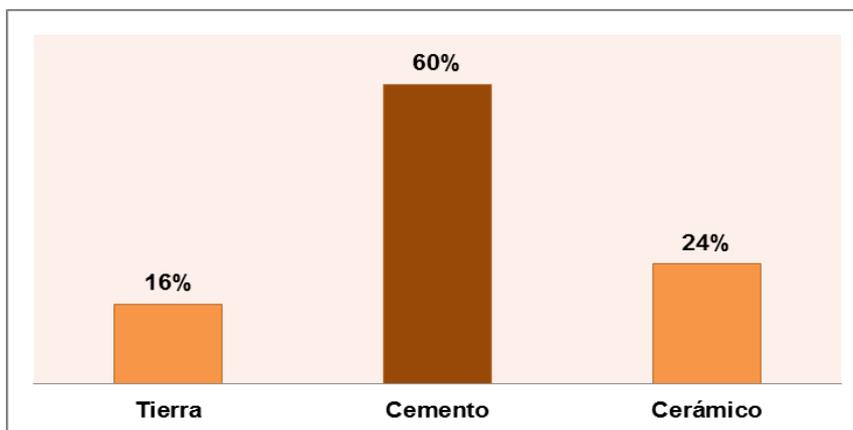


Tabla n°13: Distribución de los niños según saneamiento de las viviendas.

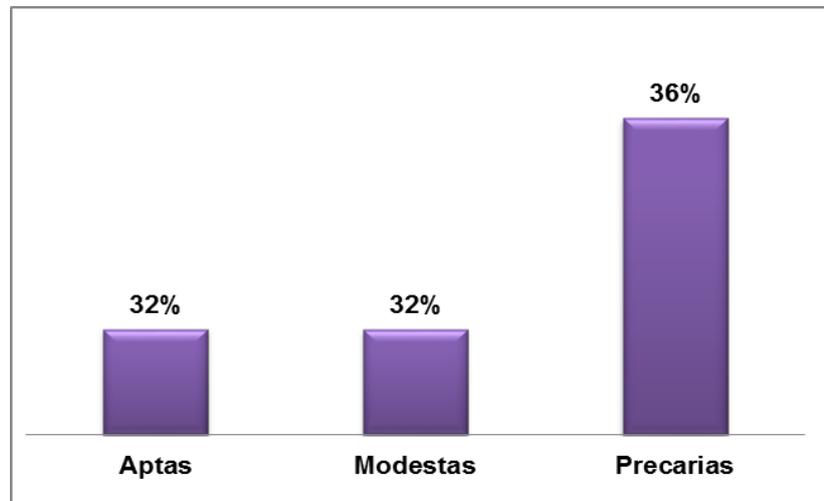
Saneamiento	
Agua	n
Potable	24
Pozo	1
Luz	n
SI	25
NO	0
Eliminación de excretas	n
Cloacas	3
Pozo ciego	22

Tras este análisis sobre las viviendas, se categorizó a las mismas en: Aptas, Modestas y Precarias, según lo expuesto en el marco teórico.

Si bien los porcentajes hallados en las tres categorías fueron similares, vale destacar, que más de la tercera parte de las viviendas corresponden a Precarias, las cuáles según la teoría son las que necesitan reconstrucción o bien, reubicación del hogar. (Gráfico n°28).



Gráfico n°28: Distribución de los niños según tipo de viviendas.



5. Sustento económico:

Se consultó, en primera instancia, sobre si algún integrante de la familia poseía trabajo, y como era de esperarse, se encontró que el mayor porcentaje de trabajadores se hallaba en negro y un porcentaje casi similar realizaba changas para mantener sus hogares. (Tabla n°14- Gráfico n°29).

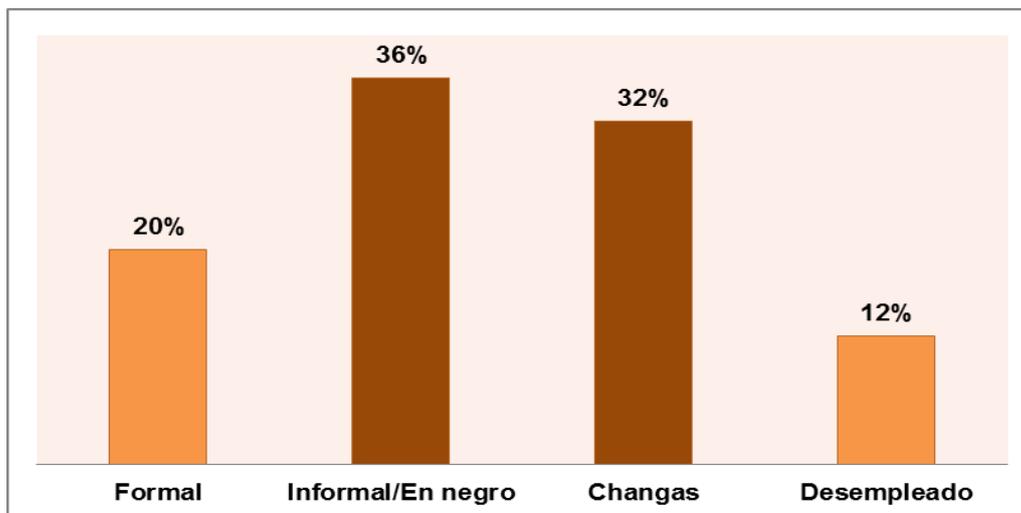
Al preguntar si la familia recibía ayuda mediante la asistencia a comedores y/o beneficio social, se observó que muy pocas de ellas enviaban a algún integrante a comedores, y que el mayor porcentaje recibía ayuda tanto de planes sociales (asignación) como tarjeta única de ciudadanía para la compra de alimentos. (Tabla n°14).



Tabla n°14: **Distribución de los niños según trabajo y beneficios sociales.**

Trabajo	
Formal	5
Informal/En negro	9
Changas	8
Desempleado	3
Beneficio Social	
Asistencia a comedor	
SI	6
NO	19
Asignación por hijo	
SI	15
NO	10
Tarjeta Alimentaria	
SI	15
NO	10

Gráfico n°29: **Distribución de los niños según trabajo.**



Sintetizando este factor sociodemográfico elegido para esta investigación, se realizó una categorización del mismo y se halló que el mayor porcentaje de familias recibía ingresos económicos mediante un trabajo informal/en negro junto a algún beneficio social (asignación por hijo y/o tarjeta única de ciudadanía). Un porcentaje



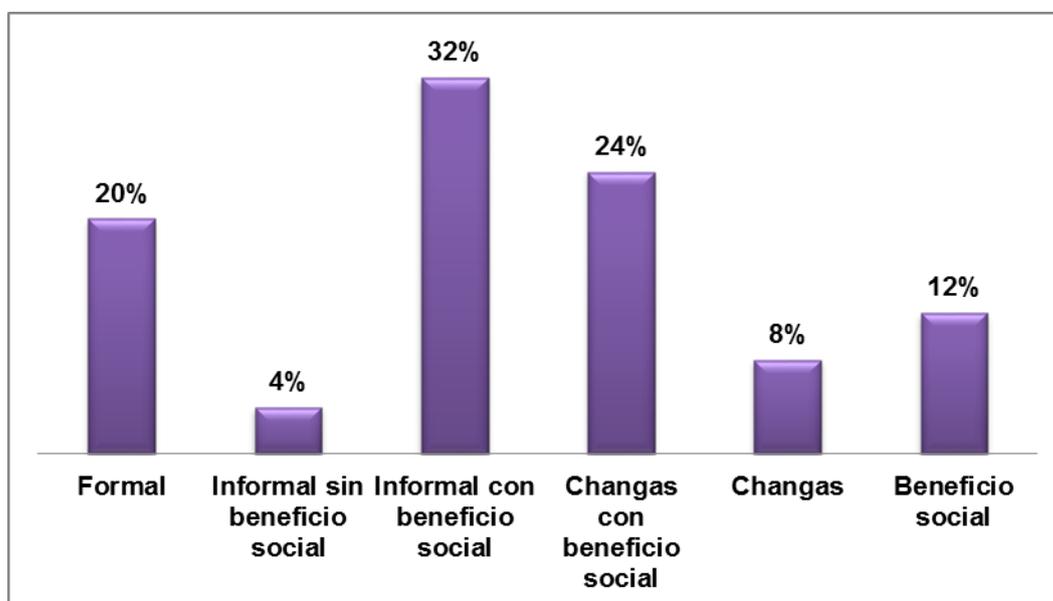
no mucho menor, sustentaba sus hogares mediante changas sumado a algún beneficio social.

Finalmente, se destacó que 1/5 de las familias poseía trabajo formal, por lo tanto, no recibían ningún beneficio social; y se resaltó que un bajo, pero significativo porcentaje de familias, sólo se mantenía económicamente mediante algún beneficio social. (Tabla n°15- Gráfico n°30).

Tabla n°15: Distribución de los niños según sustento económico.

Sustento Económico	n
Formal	5
Informal sin beneficio social	1
Informal con beneficio social	8
Changas con beneficio social	6
Changas	2
Beneficio social	3
Total	25

Gráfico n°30: Distribución de los niños según sustento económico.





RELACIONES DE LAS VARIABLES INVESTIGADAS

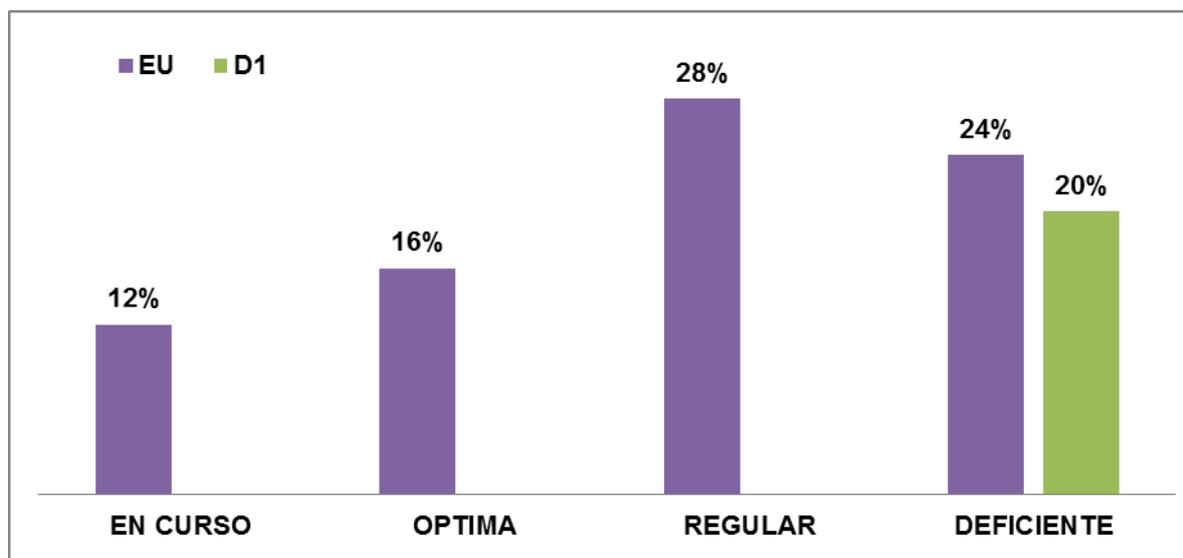
Se relacionaron las variables con el objetivo de visualizar la existencia o no de influencia entre las mismas, dentro de la población estudiada.

INFLUENCIAS SOBRE LA VARIABLE ESTADO NUTRICIONAL

Se tomó la variable **estado nutricional** y tras relacionarla con las otras variables, se obtuvo que la misma se vio influida por el tipo de lactancia materna y alimentación complementaria que llevaban a cabo los niños, la edad de la madre, tipo de familia, tipo de vivienda y sustento económico. Por otro lado, no se halló relación con el nivel de educación alcanzado por la madre ni con el hecho de poseer o no heladera en los hogares.

Al tomar la variable **lactancia materna**, se visualizó que todos los niños con una práctica deficiente, se hallaban desnutridos grado 1. (Gráfico n°31).

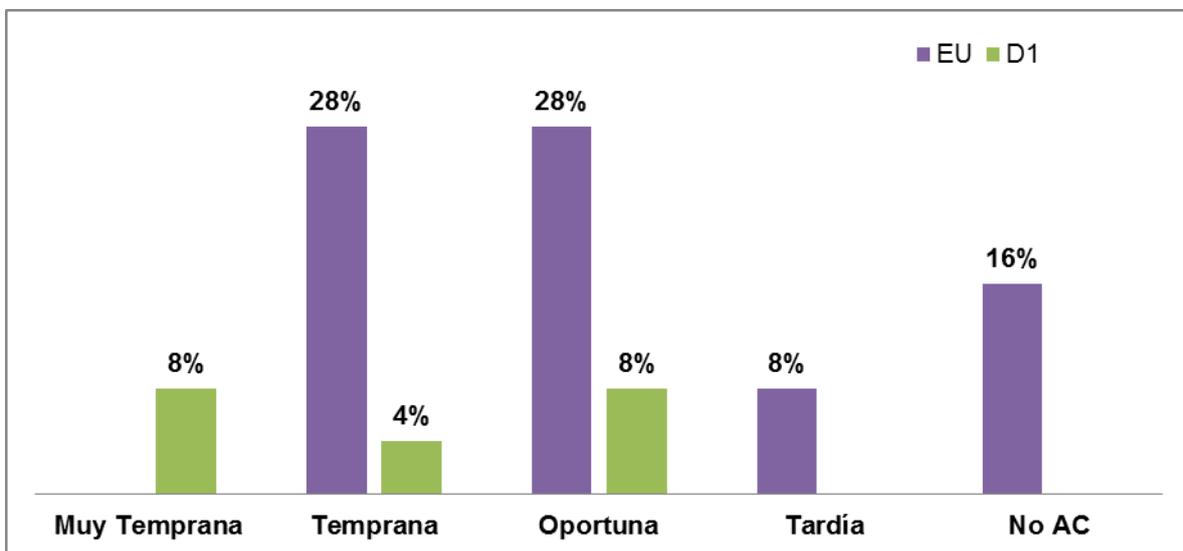
Gráfico n°31: Relación entre variables: Estado nutricional y Lactancia materna (según categoría: óptima, regular o deficiente).





Con respecto a la variable **alimentación complementaria**, se obtuvo que un porcentaje significativo de niños desnutridos grado 1 (D1) iniciaran esta práctica muy tempranamente, mientras que, ningún niño eunutruido (EU) incorporó antes de los 4 meses de edad alimentos diferentes a la leche materna a su alimentación. (Gráfico n°32).

Gráfico n°32: Relación entre variables: Estado nutricional y Alimentación complementaria.



Al relacionar el estado nutricional con los **factores sociodemográficos**, se observó que:

- El mayor porcentaje de niños eunutridos (EU) tenía madres mayores a 18 años, mientras que la mayoría de los niños desnutridos grado 1 (D1), eran hijos de madres adolescentes (Gráfico n°33).
- Mientras el mayor porcentaje de niños eunutridos formaba parte de una familia tradicional, el total de niños desnutridos grado 1 formaba parte de una familia ampliada (Gráfico n°34).



- El mayor porcentaje de niños desnutridos grado 1 habitaban en casas precarias y un porcentaje muy cercano en casas modestas, mientras la mayoría de los niños eunutridos vivían en viviendas aptas (*Gráfico n°35*).
- La mayoría de los hogares de los niños desnutridos grado 1 sustentaban sus hogares mediante changas con o sin beneficio social, mientras que la mayor cantidad de hogares de los niños eunutridos, se sustentaban mediante un trabajo formal o bien informal con algún beneficio social (*Gráfico n°36*).

Gráfico n°33: Relación entre variables: Estado nutricional y Edad de madre/responsable o tutor.

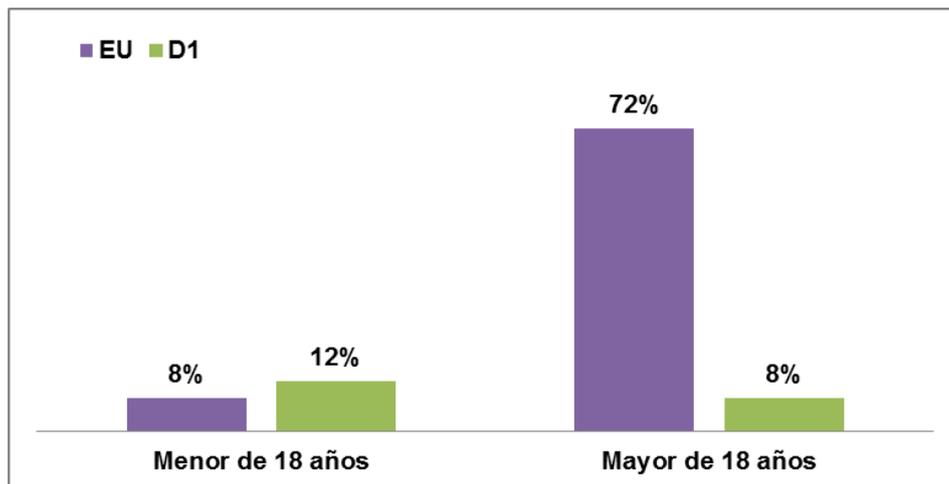


Gráfico n°34: Relación entre variables: Estado nutricional y tipo de Familia.

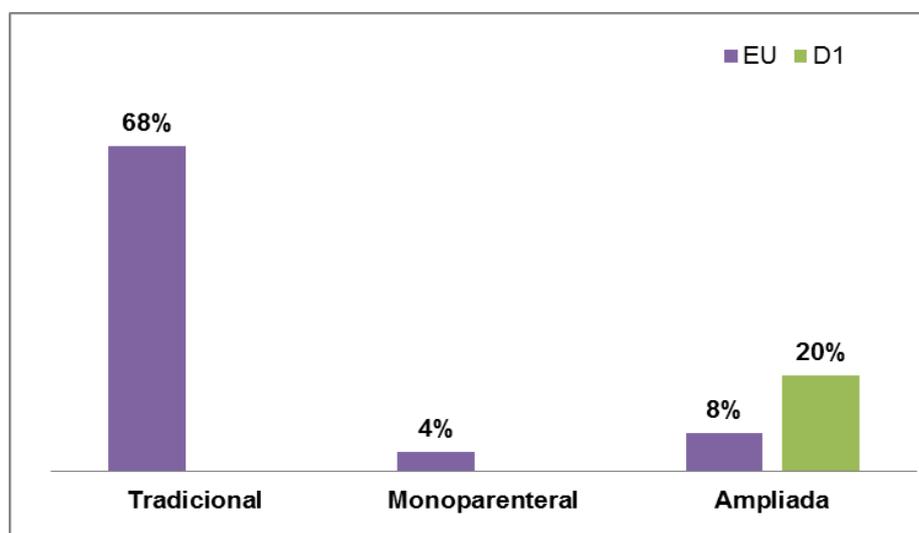




Gráfico n°35: Relación entre variables: Estado nutricional y tipo de Vivienda.

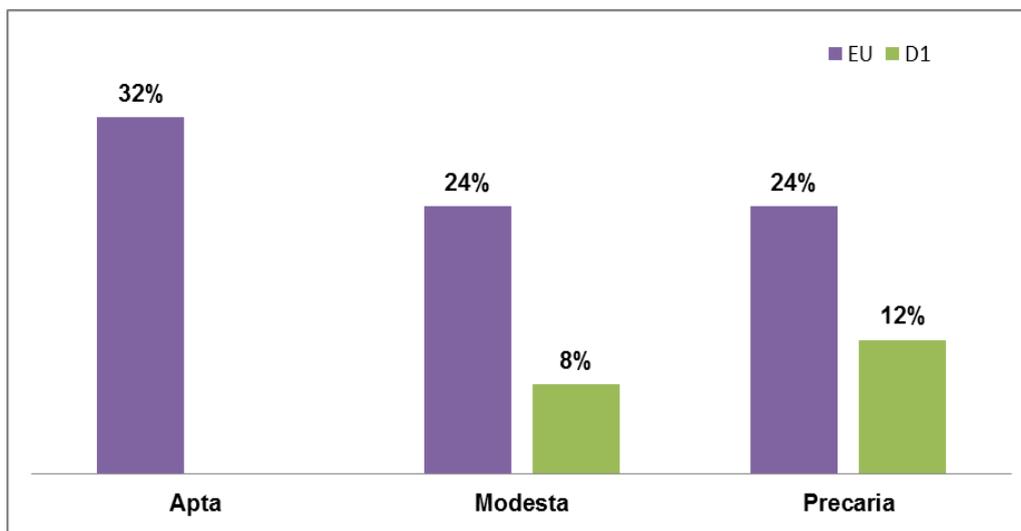
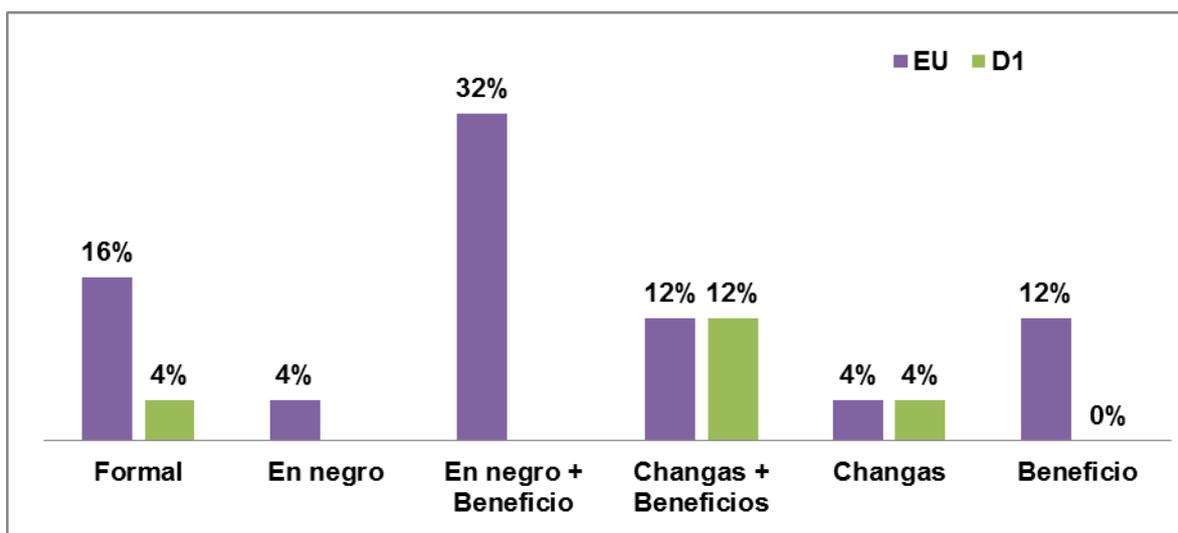


Gráfico n°36: Relación entre variables: Estado nutricional y sustento económico.



Se aclara que ésta variable estudiada no se relaciona con la **educación de la madre/responsable o tutor**, ya que no se encontraron variaciones significativas entre los porcentajes obtenidos y a su vez, el hijo de la madre analfabeta se hallaba en estado eunutruido; y tampoco se relaciona con la **posesión de heladera**, ya que se visualizó que el mayor número de niños desnutridos grado 1 tenía heladera en



sus hogares, mientras que un porcentaje significativo de niños eunutridos no contaba con este artefacto en sus viviendas. (Ver gráficos I y II en anexo III).

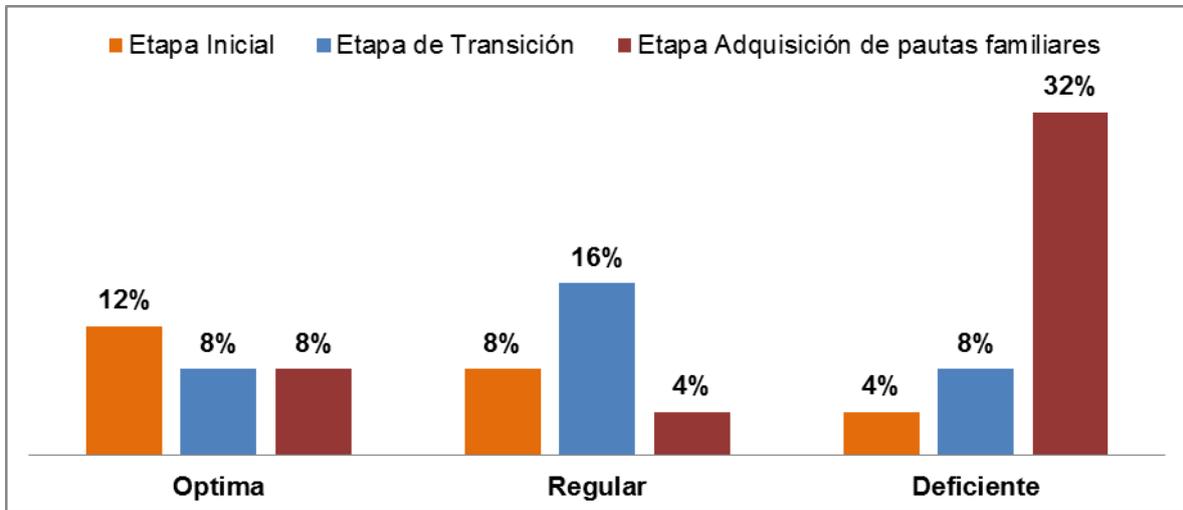
INFLUENCIAS SOBRE LA VARIABLE LACTANCIA MATERNA

Siguiendo con el análisis para detectar influencias, se relacionó la práctica de ***lactancia materna*** con las otras variables en estudio, y se obtuvo que se halla influida por las etapas de alimentación y algunos de los factores sociodemográficos seleccionados como tipo de familia, tipo de vivienda y sustento económico; por otro lado, no se detectó relación con las variables alimentación complementaria, edad materna y educación materna.

Se destacó que la variable ***etapas de alimentación*** se relaciona con la práctica de lactancia materna, ya que: el mayor porcentaje de niños en etapa inicial llevaba a cabo, al momento del estudio, una lactancia materna óptima; el mayor número de niños en etapa de transición llevaba a cabo una lactancia materna regular; y la mayoría de los niños en etapa de adquisición de pautas familiares llevaba a cabo una lactancia materna deficiente. (Gráfico n°37).



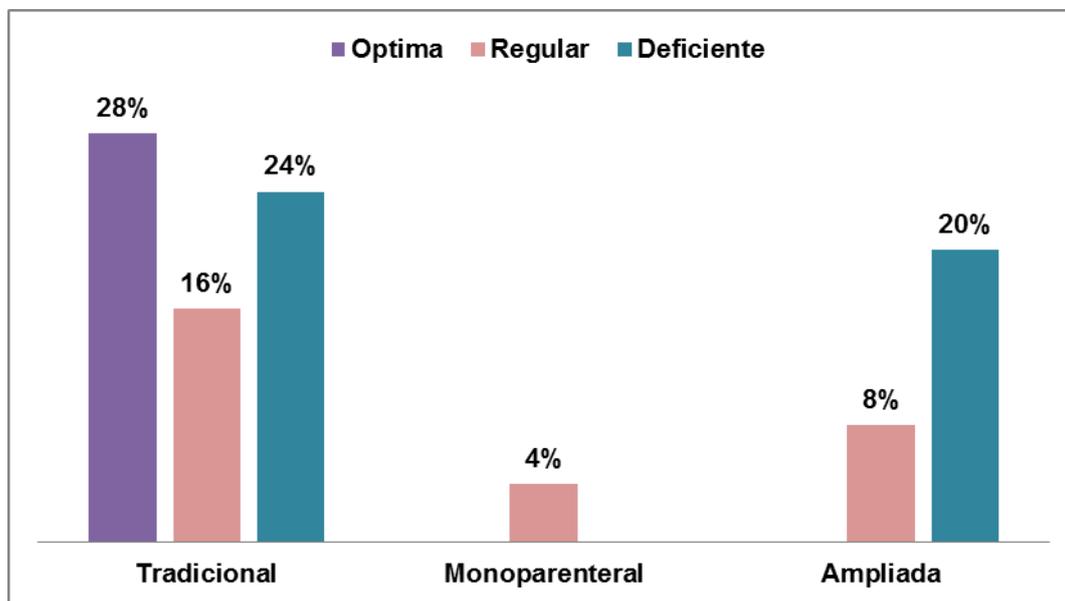
Gráfico n°37: Relación entre variables: Lactancia materna y Etapas de Alimentación.



Al relacionar la **estructura familiar** con la lactancia materna, se halló que el mayor porcentaje de niños con familia tradicional llevaba a cabo una práctica óptima, mientras que el mayor porcentaje de niños con familia ampliada llevaba a cabo una práctica deficiente. A su vez, es importante aclarar que ningún niño con lactancia óptima vivía en una estructura familiar ampliada. De esta manera, se determinó que existe influencia entre ambas variables, pero a su vez, es importante resaltar que un porcentaje significativo de niños con práctica deficiente, que se asemeja a los niños con práctica óptima, tiene una familia tradicional. (Gráfico n°38).

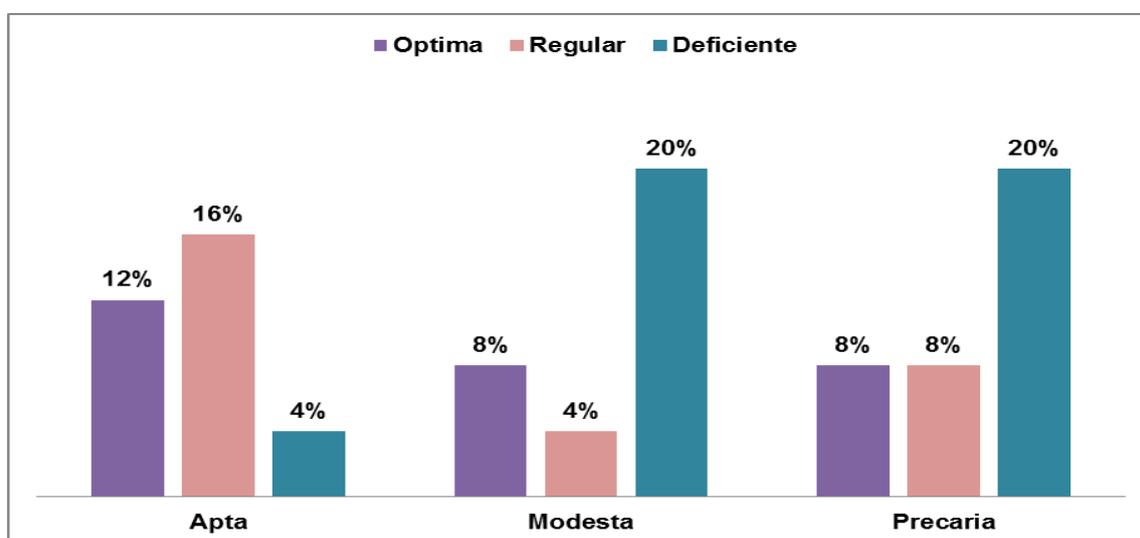


Gráfico n°38: Relación entre variables: Lactancia materna y Estructura familiar.



Como se demuestra en el *gráfico n°39*, se establece relación entre la práctica de lactancia materna y el **tipo de vivienda** donde habita el niño, ya que los niños con práctica deficiente se distribuyeron en mayor porcentaje en viviendas modestas y precarias, mientras que los que llevaban a cabo ésta práctica de manera óptima se hallaban viviendo en hogares aptos.

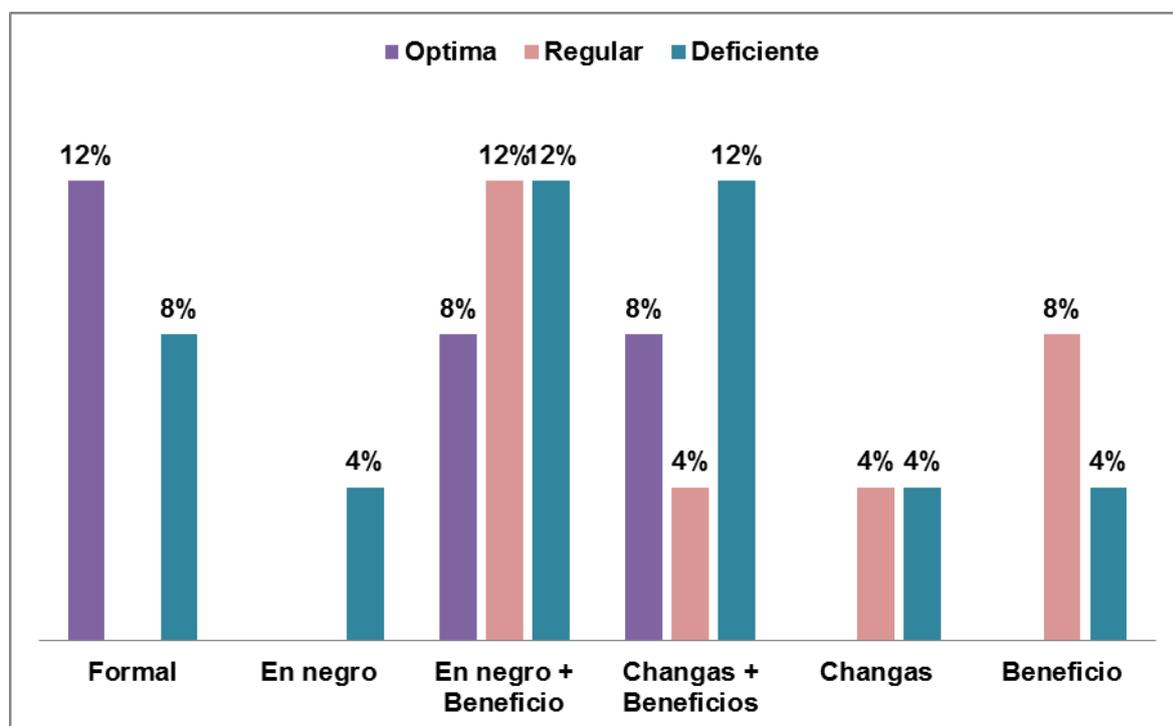
Gráfico n°39: Relación entre variables: Lactancia materna y Vivienda.





Se detectó que existe influencia del **sustento económico** sobre las categorías de lactancia materna, ya que se resalta que el mayor porcentaje de niños con práctica óptima fue aquel cuyas familias obtenía sus ingresos económicos a través de empleo formal; a su vez, el mayor porcentaje de niños con práctica regular o deficiente, formaba parte de familias que adquirirían sus ingresos mediante empleo en negro o changas junto a algún beneficio social. (Gráfico n°40).

Gráfico n°40: Relación entre variables: Lactancia materna y Sustento económico.



Se aclara que ésta variable estudiada no se relaciona con la **práctica de alimentación complementaria** ya que, no se encontraron variaciones significativas entre los porcentajes obtenidos. Esto se debe a que, si bien, al tomar sólo los niños con lactancia materna óptima todos iniciaron oportunamente dicha práctica, al tomar las categorías regular y deficiente de lactancia materna, un porcentaje significativo



de niños también ha iniciado oportunamente la alimentación complementaria. (Ver gráfico III en Anexo III).

Por otro lado, tampoco se halló influencia de la **edad materna** sobre ésta práctica, ya que el mayor porcentaje de madres tanto menores de 18 como mayores de 18 años, eran madres de niños que llevaban a cabo una lactancia materna deficiente; algo similar se encontró con respecto a la **educación materna**, debido a que el mayor porcentaje de madres de niños con lactancia materna óptima finalizó la primaria pero no la secundaria, al igual que las madres de los niños con lactancia materna deficiente. A su vez, se destacó que la mujer analfabeta era madre de un niño con lactancia materna óptima. (Ver gráficos IV y V en anexo III).

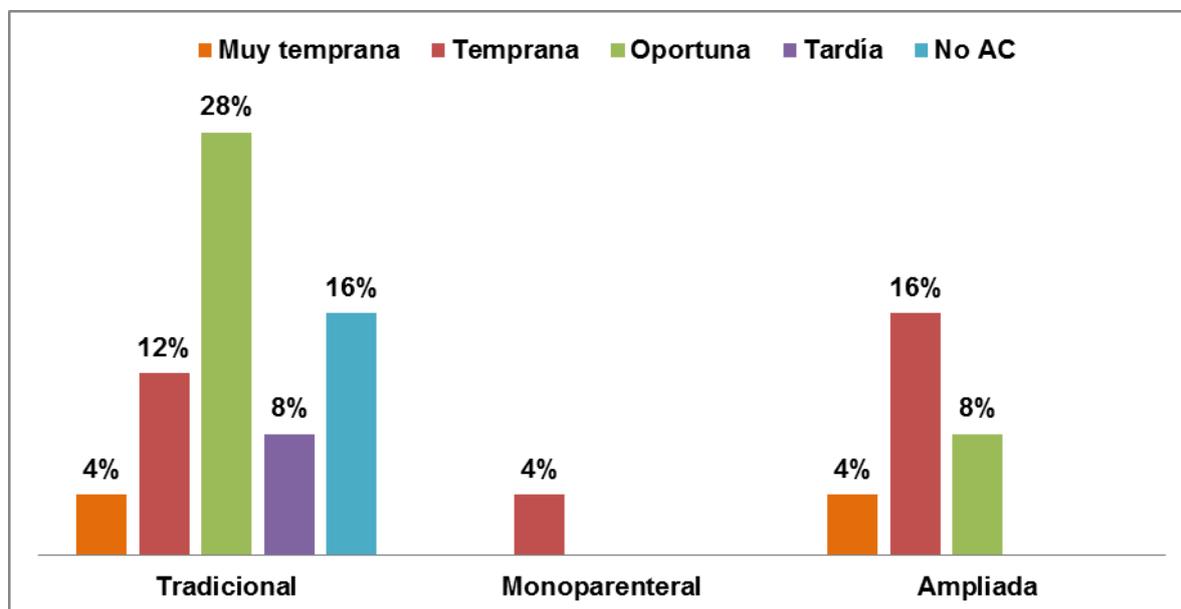
INFLUENCIAS SOBRE LA VARIABLE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Finalmente, se relacionó la práctica de **alimentación complementaria** con las otras variables en estudio, y se obtuvo relación con algunos de los factores sociodemográficos seleccionados como tipo de familia y sustento económico; pero, no se detectó relación con las variables etapas de alimentación, edad materna, educación materna y tipo de vivienda.

Al estudiar la relación de ésta práctica con la **estructura familiar**, se obtuvo que si se ve influida, ya que el mayor porcentaje de niños que inició oportunamente la alimentación complementaria vivía en una familia tradicional, mientras que el mayor porcentaje de niños que inició ésta práctica tempranamente lo hacía en una familia ampliada. (Gráfico n°41).



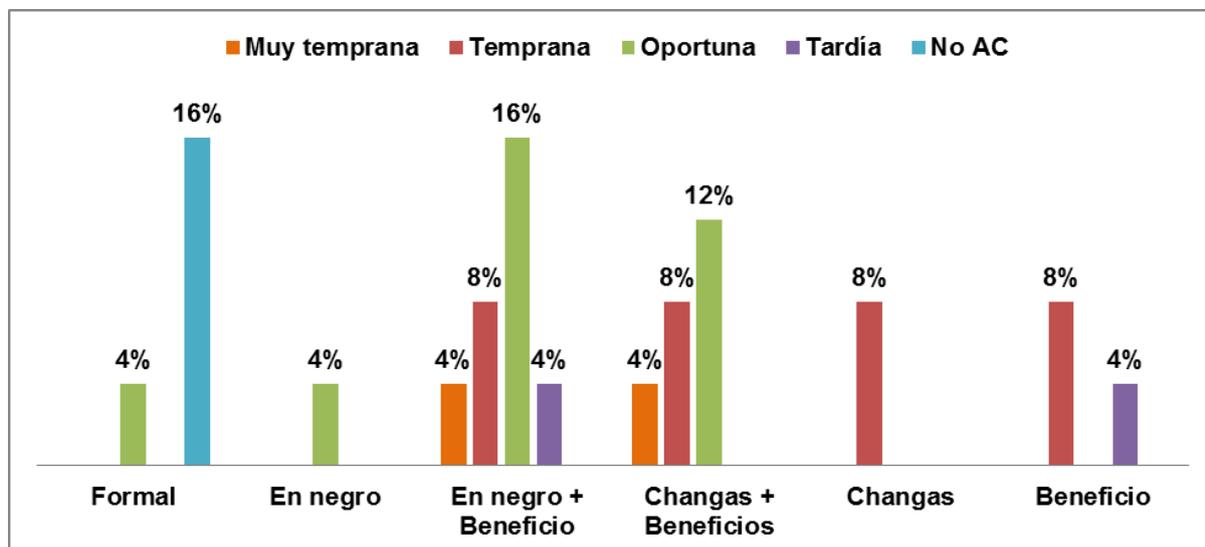
Gráfico n°41: Relación entre variables: Alimentación complementaria y Estructura familiar.



También, se visualizó que existe influencia del **sustento económico** de las familias sobre la práctica de alimentación complementaria, debido a que a mejor ingreso se iniciaba oportunamente ésta práctica; dicha conclusión se basa en que el mayor porcentaje de niños que inició ésta práctica de forma oportuna habitaba en hogares donde el ingreso económico era formal, o bien en negro/changas sumado a algún beneficio social. (Gráfico n°42).



Gráfico n°42: Relación entre variables: Alimentación complementaria y Sustento económico.



Se aclara que la alimentación complementaria no se relaciona con las **etapas de alimentación**, ya que no se visualizaron variaciones porcentuales significativas (Ver gráfico VI en anexo III). Tampoco se relacionó con la **edad de la madre/responsable o tutor**, ya que los mayores porcentajes de responsables, tanto menores como mayores de 18 años, eran madres de niños que habían iniciado oportuna o tempranamente ésta práctica. (Ver gráfico VII en anexo III). A su vez, no se visualizó influencia de la **educación de la madre/responsable o tutor**, pues el mayor porcentaje de niños que había iniciado alimentación complementaria oportuna, que a su vez era igual al mayor porcentaje de niños que iniciaron tempranamente ésta práctica, eran hijos de madres que a pesar de no haber terminado sus estudios iniciaron la secundaria; por tal motivo, podemos decir que se trata de madres instruidas en ambos casos, pero que incorporaron alimentos diferentes a la leche materna en momentos distintos. (Ver gráfico VIII en anexo III). Finalmente, no se detectó que el **tipo de vivienda** influya sobre la práctica de



alimentación complementaria, ya que si bien, por un lado, el mayor porcentaje de niños con alimentación complementaria oportuna habitaba viviendas aptas; por otro lado, el mayor porcentaje de niños, que iniciaron tempranamente ésta práctica, habitaban en hogares precarios. Sumado a esto, igual porcentaje de estos niños habitaba en viviendas aptas. *(Ver gráfico IX en anexo III).*



CAPÍTULO X: DISCUSIÓN

El presente estudio fue diseñado con el objeto de conocer las características de las prácticas alimentarias y la relación de las mismas con el estado nutricional y ciertos factores sociodemográficos en niños de 0 a 24 meses de edad del Centro de Prevención de Desnutrición Infantil Camino-CONIN 1.

Se trabajó con el total de niños de ese rango etario que al momento de la encuesta formaban parte del programa del Centro; por lo cual, la población investigada estuvo compuesta por 25 individuos. Dicha número de pequeños permitió un análisis bien definido de todas las variables, pero vale aclarar que las variables que se encontraban divididas en cuatro o menos categorías permitieron una visualización más clara de la información obtenida.

Los datos alcanzados no pueden extrapolarse a toda la población de 0 a 24 meses de edad de la ciudad de Rosario, ya que los niños considerados de la ONG seleccionada habitan en la zona norte de la ciudad, por ende, no se sabe a ciencia cierta, si en las zonas restantes se darán iguales resultados. Al momento de recolectar los datos, el hecho de haber realizado las prácticas profesionales finales en esa institución y por ende, conocer a las madres que se encuentran bajo programa generó un entorno de confianza y sinceridad.

Luego de la realización de las encuestas, llevadas a cabo durante el transcurso del mes de Julio del año 2013, se obtuvo en primera instancia que sólo un niño nunca recibió leche del seno materno, por ende el 96 % restante de los niños evaluados ha recibido lactancia materna luego del parto; este resultado es similar al que se halló en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (Ministerio de



Salud, 2010) y en el estudio realizado por la facultad de medicina de Bogotá, Colombia (Saéñz, 2005).

Además, se observó que un tercio de los niños, en su mayoría, mayores a un año de edad, se hallaban destetados. Dicho dato concuerda con lo alcanzado en el estudio realizado por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) durante los años 2004 y 2005, donde la lactancia materna continuada a los dos años sólo se observó en el 28% de la población evaluada (Ministerio de Salud, 2010), y también, con la información lograda en el estudio realizado durante el año 2006 por la S.A.P, filial Mendoza, en la cual se visualizó que la práctica de lactancia materna era mayor en los niños más pequeños (Gatica, 2009).

Dentro del análisis de la alimentación complementaria, se obtuvo que el mayor porcentaje (43%) de niños inició dicha práctica a los 6 meses de edad, información similar fue obtenida por la S.A.P Mendoza (Gatica, 2009). No obstante, también fue significativo el porcentaje (33%) de niños que iniciaron tempranamente la alimentación complementaria (entre 4 y 6 meses); información que coincide con estudios análogos como el de la ENNyS (Ministerio de Salud, 2010), un estudio en Colombia (Saéñz, 2005) y una investigación llevada a cabo en San Pablo, Brasil (García, 2004), en los que se concluyó que esta temprana incorporación de alimentos fue de práctica común.

Según los datos obtenidos y en concordancia con lo hallado por la ENNyS (Ministerio de Salud, 2010), los primeros alimentos incorporados diferentes a la leche materna fueron, en mayor porcentaje, las hortalizas y frutas en papillas, y también yogurt. Con respecto al agregado de sal y aceite en las primeras papillas, el 67% de las madres respondió haber incorporado ambos condimentos, mientras que



el porcentaje restante sólo agregó aceite; en el estudio llevado a cabo en Mendoza, se halló que todas las madres han enriquecido la comida inicial (Gatica, 2009).

Otro dato importante a tener presente, es que casi la totalidad de niños evaluados ha incorporado, a temprana edad, bebidas azucaradas, golosinas y snack, siendo estos alimentos carentes de nutrientes y que no deberían formar parte de la alimentación cotidiana de los pequeños. De manera contraria, se halló un bajo consumo de alimentos nutritivos como legumbres, pescado y huevo. Vale aclarar, que éste último alimento (huevo) se consume en bajo porcentaje principalmente en niños que atraviesan la segunda etapa de alimentación, es decir, la de transición. Dicha información se asemeja a datos encontrados en otros estudios como el realizado por la ENNyS (Ministerio de Salud, 2010) y la S.A.P Filial Mendoza (Gatica, 2009).

Se debe resaltar que en el vigente estudio la investigación de ambas prácticas alimentarias (lactancia materna y alimentación complementaria) fue en su mayor parte de carácter cualitativo, por lo tanto, no se obtuvieron datos a cerca de: cantidad de tomas diarias de leche del seno materno, duración de las mamadas y si la porción de alimentos que recibe cada niño concuerda con las recomendaciones vigentes según la edad, entre otros. Estos datos deberían incluirse en futuros estudios, con el objeto de complementar la presente tesina.

Dentro de la variable factores sociodemográficos, es importante destacar que cerca del total de niños evaluados habitan viviendas precarias ubicadas en terrenos fiscales y a su vez, un quinto de las familias no poseen heladera, artefacto doméstico esencial para la correcta conservación de los alimentos perecederos. Ambos datos no fueron tenidos en cuenta en investigaciones preliminares.



Al investigar las relaciones entre las variables, se detectó que las prácticas alimentarias estudiadas (lactancia materna y alimentación complementaria) se vieron influidas por dos de los factores sociodemográficos: tipo de familia y sustento económico. A su vez, solo la práctica de lactancia materna se relacionó con el tipo de vivienda, y también, con las etapas de alimentación.

Por otro lado, el estado nutricional se vio influido por ambas prácticas alimentarias y a su vez, con la edad materna, el tipo de familia, el tipo de vivienda y el sustento económico. Se debe resaltar que en otros estudios se hallaron resultados diferentes, como en el caso de la investigación llevada a cabo en México por Cortés Moreno y Avilés Flores, donde detectaron que no solo la edad materna influye sobre el estado nutricional de los niños, sino también el grado de escolaridad alcanzado por la madre (Cortés, 2011). En contraposición a lo anterior, tomando otro estudio realizado en México (González, 2007), se halló con respecto a la variable sustento económico, que la mejor situación laboral del padre mejoró el estado nutricional en su hijo, al igual que lo alcanzado en el presente estudio.



CAPÍTULO XI: CONCLUSIONES

Al finalizar este trabajo es importante resaltar que los objetivos propuestos han sido alcanzados. A continuación se detallan las conclusiones más relevantes.

La población estudiada estuvo compuesta en su mayoría por niños eunutridos y en menor cantidad por niños con desnutrición leve o de grado 1 de desnutrición. Se observó que todos los niños que cursaban la etapa inicial de alimentación tenían un estado nutricional normal, a diferencia de los niños con desnutrición leve que cursaban la etapa de transición o la etapa de adquisición de pautas familiares; lo que permitió concluir que el estado nutricional se afecta al momento de complementar la alimentación a través de la incorporación de alimentos diferentes a la leche del seno materno.

Por otro lado, en este estudio se pudo constatar que a medida que los pequeños crecen, la práctica de la lactancia materna va siendo dejada de lado. También se obtuvo que el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva, en la mayoría de los casos evaluados, no cumplieron con lo expuesto por los Organismos Nacionales e Internacionales de Nutrición y Salud, como la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre otros. Sumado a esto, teniendo en cuenta la categorización propuesta para dicha variable, se encontró que casi la mitad de la población estudiada llevaba a cabo una lactancia materna deficiente. Este informe resulta alarmante y debe tenerse presente para trabajar en futuros planes de acción.

Al analizar el comienzo de la alimentación complementaria en los niños investigados, se halló que el mayor porcentaje de los mismos inició, dicha práctica, a



edad oportuna y con la incorporación de alimentos adecuados cumpliendo con lo especificado por los Organismos Nacionales e Internacionales de Nutrición y Salud.

Siguiendo dentro de esta variable, se encontró que todos los niños consumen actualmente carnes, frutas, hortalizas, lácteos, cereales, panificados y galletitas; por otro lado, solo la mitad incluye legumbres y muy pocos pescado. Fue significativo el número de pequeños que agregan golosinas, gaseosas, jugos y snack en su alimentación. También, se determinó que, al momento del estudio, el número de raciones diaria realizadas por el niño correspondía a su edad.

Fue de interés conocer algunas características sociodemográficas como la edad y escolaridad de la madre/responsable o tutor, la estructura familiar, la situación económica, la vivienda, servicios y artefactos que poseen. Mediante estos datos se recabó información que permitió valorar la realidad en la cual está inmersa la población estudiada. De esta forma, se obtuvo una visión de lo experimentado por estos niños en su hogar y comunidad, ámbitos en los cuales se desarrollan diariamente y que influyen en sus prácticas alimentarias y estado nutricional.



CAPÍTULO XII: RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones se propone:

- ❖ En el Centro de Prevención de Desnutrición Infantil Camino-CONIN 1 reforzar las temáticas sobre beneficios de la lactancia materna y práctica de alimentación complementaria adecuada en los niños durante la atención de recién nacidos y también, de madres embarazadas.
- ❖ Dar a conocer este estudio para que los resultados obtenidos sirvan como instrumento para los programas de las instituciones, tanto públicas como privadas, que trabajen con la salud y protección de los niños.
- ❖ Sería interesante realizar un estudio similar en el Centro de Prevención de Desnutrición Infantil Camino-CONIN 2, el cual se halla ubicado en Cabin 9. Así, en un futuro podría llevarse a cabo un estudio comparativo de las características que definen a las poblaciones que asisten a ambos centros y a su vez, detectar similitudes y diferencias entre ellas.
- ❖ Brindar talleres sobre alimentación saludable en donde se resalte la importancia del consumo alimentos variados y ricos en nutrientes, indispensables para un normal crecimiento y desarrollo de los niños, en detrimento de los alimentos que afectan la salud.



BIBLIOGRAFIA⁸

Libros:

- Barness, L., Curran, J. (1997). *Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños*. En Behrman, RE., Kliegman, RM., Arvin, AM y col. (Eds). Nelson. Tratado de Pediatría. Décimo quinta edición. Volumen. Cap. 44 (pp 184-189). México: McGraw-Hill interamericana.
- Calvo, E. et. al. (2009). Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. Primera edición. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2009.
- Erick, M. (2009). *Nutrición durante la gestación y la lactancia materna*. En Kathleen M, L. y Escott-Stump, S. (Eds). Krause Dietoterapia. Décima segunda edición. Cap. 5 (p 185). Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Fischler, C. (1995). El (h)omnívoro- El gusto, la cocina y el cuerpo. (pp 33-34). Barcelona: Anagrama.
- Longo, E., Lema, S. y Lopresti, A. (2010). Guías Alimentarias para la Población Argentina: Manual de multiplicadores. Quinta reimpresión de la primera edición. Buenos Aires, Argentina: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas.
- Lorenzo, J. et. al. (2004). *Evaluación del Crecimiento*. Nutrición Pediátrica. Primera edición. Cap. 1 (pp 15-40). Rosario, Argentina: Corpus.

⁸ Siguiendo las pautas elaboradas por las Normas APA para referencias bibliográficas.



- Rojas M, C. y Guerrero L, R. (1999). *Alimentación Complementaria*. Nutrición Clínica y Gastroenterología pediátrica. Primera Edición. Cap. 6 (pp 74-78). Bogotá, Colombia: Editorial médica Panamericana.
- Torresani, M.E. y col. (2006). *Cuidado Nutricional el niño nacido a término*. Cuidado Nutricional Pediátrico. Segunda edición). Apartado 1 (pp 23-145). Buenos Aires: Eudeba.
- Valdés L, V y Pugin P, E (1999). *Lactancia Materna*. En Meneghello R, J. et. Al. (Eds). *Pediatría Meneghello*. Segunda reimpresión de la quinta edición. Tomo 1. Cap. 25 (pp 295-298). Buenos Aires, Argentina: Editorial médica Panamericana.

Artículos en revistas académicas en la web:

- Albarenque, S, Mas L, Ferreyra, M, Marchisio, M, Gomila, A y Armelini, P (2005). Lactancia materna y alimentación complementaria. Arch. argent. pediatr. v.103 n.3 Buenos Aires mayo/jun. 2005. Documento recuperado el 20 de agosto del 2012 en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752005000300011&script=sci_arttext.
- Cortés Moreno, A. & Avilés Flores, A. L. (2011). Factores demográficos, crianza e historia de salud: vinculación con la nutrición y el desarrollo infantil. Universitas Psychologica, 10 (3) ,789-802. Documento recuperado el 3 de diciembre del 2012 en <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/.../1172>.
- Garcia de Lima Parada, C., Barros Leite Carvalhaes, MA. y Temer Jamas, M. (2004). Prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer



año de vida. Rev Latino-am Enfermagem 2007 marzo-abril; 15. Documento recuperado el 5 de septiembre del 2012 de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es_v15n2a14.pdf.

- Gatica, Cristina I, Méndez de feu, María C y colaboradores. (2006). Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. Arch Argent Pediatr 2009;107(6):496-503 / Artículo original. Documento recuperado el 30 de Octubre de 2013 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000600005&script=sci_arttext.
- González-Rico, J, Vásquez-Garibay, E, Sánchez-Talamantes, E, Nápoles-Rodríguez, F. (2007). Dinámica familiar y otros factores asociados al retardo en el crecimiento en niños de 12 a 24 meses que acuden a una unidad de atención primaria. vol 64. Documento recuperado el 5 de diciembre del 2012 en www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2007/hi073c.pdf.
- May, V. (2004). Lactancia materna en situaciones especiales. PRONAP 2011. Módulo 1. Documento recuperado el 5 de diciembre del 2012 en http://www.sap.org.ar/pronap/pronap2011/modulo1/modulo_completo.pdf.
- Sáenz-Lozada, M y Camacho-Lindo, A. (2004-2005). Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. Rev. salud pública vol.9 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2007. Documento recuperado el 3 de agosto del 2012 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642007000400011&script=sci_arttext.
- Sosa RL. , Paz MC, Aversso JS. , López Flamengo ME. , Rodríguez Ronzoni MV. , Gordillo VA y Vázquez M. (2008). Durante la alimentación Complementaria ¿las madres ofrecen a sus hijos los alimentos según las



recomendaciones? .Diaeta (B.Aires) 2009 • Vol. 27 • N° 127. Documento recuperado el 20 de agosto del 2012 de https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:P3jFSbwSNqAJ:www.aadynd.org.ar/downloads/category/18-revista-diaeta.html%3Fdownload%3D104:durante-la-alimentacion-complementaria-las-madres-ofrecen-a-sus-hijos-los-alimentos-segun-las-recomendaciones+Durante+la+alimentaci%C3%B3n+Complementaria+%C2%BF+las+madres+ofrecen+a+sus+hijos+los+alimentos+seg%C3%BAn+las+recomendaciones%3F&hl=es&gl=ar&pid=bl&srcid=ADGEESivXewBmo3UJI64U-l-rfngm_4BbXQmX77hv9tvkzoEQZ-ixtPqikZFWGpcfLwxbCQRTTJ7nqEPLwTqNxEs7k2zc63wU_pCNr6kq48KZ7EiOsi8-rDBU1906V1sBn_GjklUJbFiP&sig=AHIEtbSzfir9vB5yVZ2YbEwl4HnxKy7zgA.

- Tejada Lagonell, M., González de Tineo, Márquez, y Bastardo, L. (2005). Escolaridad materna y desnutrición del hijo ó hija. Centro Clínico Nutricional Menca de Leoni. Caracas. Anales venezolanos de nutrición Volumen 18, No. 2. (pp 162-168). Documento recuperado el 13 de diciembre del 2012 en <http://anales.fundacionbengoa.org/ediciones/2005/2/?i=art3>.
- Ulunque Unzueta, A., Uria Guisbert, E., Vairo Gamarra, J., Vargas Almendras, A y Santander López, A. (2008-2009). Conocimientos sobre Lactancia Materna en Madres de los Centros de Salud Pacata y Jaihuayco. Revista científica Ciencia Médica, Vol 13, No 2 (2010). Documento recuperado el 1 de septiembre del 2012 en <http://www.rev-ccm.umss.edu.bo/index.php/rccm/issue/view/14/showToc>.



- Uribe Merino, JF. (2006). Las prácticas alimentarias relacionadas con la búsqueda del ideal corporal. El caso de la ciudad de Medellín (Colombia). Revista de antropología año/vol. 20, número 037. (pp 227-250). Documento recuperado el 3 de diciembre del 2012 en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=55703712>.
- Vásquez-Garibay, E., Ávila-Alonso, E., Contreras-Ramos, T., Cuellar-Espinosa, L, Romero-Velarde, E. (2007). Factores de riesgo asociados al estado nutricional en lactantes que son atendidos en guarderías. vol 64. Documento recuperado el 5 de diciembre del 2012 en <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2007/hi071e.pdf>.

Documentos en línea:

- Cunietti, P. et.al. (2010). Guía para la Alimentación del Niño Sano. Secretaría de Salud. Comisión de Lactancia Materna. SAP filial Mar del Plata. Documento recuperado en agosto del 2012 en: <http://dardemamar.com/guia%20para%20la%20alimentacion%20del%20nino%20sanoll.pdf>.
- ENNyS. (2010). La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/la_alimentacion_de_los_ninos_menores_de_2_anos.pdf.



- IBFAN (the International Baby Food Action Network). (2006). Postura sobre la Alimentación Complementaria. Disponible en: www.ibfanalc.org/nuestro_trabajo/archivo/.../postura_IBFAN.pdf
- Longo, Elsa N. (2002). Alimentación Infantil. Avances en la República Argentina. Dirección de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente. Documento recuperado en julio del 2012 en: www.ruandi.org.uy/alimentacion_complementaria_arg.pps.
- Longo, E. (2006). Guías alimentarias para la población infantil-Orientaciones para padres y cuidadores, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/pdf_padres_baja.pdf.
- Longo, E. (2006). Guías alimentarias para la población infantil-Consideraciones para los equipos de salud, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Disponible en: http://enfermeria.bvsp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp79/tc/internacional/ialco_m13.pdf.
- O.M.S. (2003). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Organización Mundial de la Salud, Ginebra Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf.
- O.P.S.(2003).Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado. Unidad de Nutrición. Salud de la Familia y Comunidad. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. Pág. 8. Documento recuperado el 10 de septiembre de 2012 en:



http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf.

- S.A.P. (2001). Guía de Alimentación para Niños Sanos de 0 a 2 años. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de Nutrición. Disponible en:
http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf.

Sitios no académicos en la Web sin autor:

- Rosario. Información recuperada el 22 de abril de 2012 en:
<http://www.rosario.gov.ar>.
- Santa Fe. Información recuperada el 17 de abril de 2012 en:
http://www.argentour.com/es/provincia/santa_fe/santa_fe.php.
- Fundación CONIN. Información recuperada el 23 de abril de 2012 en:
<http://www.conin.org.ar/>.
- Fundación Camino. Información recuperada el 23 de abril de 2012 en:
<http://www.fundacioncamino.org/quienessomos/quehacemos.php>.
- Clasificación de trabajo <http://www.slideshare.net/ayeemoyano/clasificacion-del-trabajo#btnPrevious>
- Concepto Asistencia Social
http://www.adaspre.org/html/asistencia_social.html
- <http://www.ccsr.ac.uk/cuba/CEPDE2004/SALUD/resultado1.htm>
- http://www.bioseguridad.org/index.php?option=com_content&view=article&id=92&Itemid=163



ANEXOS

ANEXO I: Consentimiento informado.

Consentimiento informado para participar en el estudio sobre “Prácticas alimentarias y relación con ciertos factores sociodemográficos en niños de 0 a 24 meses”.

Sra. Mamá/responsable o tutor:

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el fin de informarle que se está realizando un estudio sobre las características de las prácticas alimentarias y relación de las mismas con ciertos factores sociodemográficos, en niños de 0 a 24 meses de edad que concurren al Centro de Prevención de la Desnutrición Infantil Camino-CONIN número 1 (CPD 1).

La encuesta se realizará a las madres de los niños; por tal motivo se necesita que acepte participar de dicha investigación.

Cabe aclarar que la información obtenida será de uso exclusivo para la elaboración del trabajo mencionado.

TESISTA RESPONSABLE: Fortunato, Noelia. Estudiante de la carrera Lic. en Nutrición en Universidad de Concepción del Uruguay. Rosario

ACEPTO – NO ACEPTO a participar del estudio.

Firma:

Aclaración:



ANEXO II: Encuesta para las madres/responsables o tutores.

1) Datos personales:

- **Edad:**meses
 - A. De 0 a 6 meses
 - B. De 6 a 12 meses
 - C. De 12 a 24 meses

2) Estado nutricional:

- SP
- EU
- DA
- DCC

3) Etapas de Alimentación:

- Etapa Inicial
- Etapa de Transición
- Etapa de Adquisición de Pautas Familiares

4) Lactancia Materna:

4.1) Su hijo: ¿Está tomando el pecho?

- SI (Ir a la pregunta 4.2)
NO (Ir a la pregunta 4.3)

4.2) Tipo de Lactancia Materna

- Lactancia Materna Exclusiva (Ir a pregunta 4.2.1)
Lactancia Materna Predominante
Lactancia Materna Parcial

**¿Toma/ó sólo el pecho?, ¿Toma pecho y agua u otros líquidos/infusión?,
¿Toma pecho y otras leches u alimentos?**

4.2.1) ¿Hasta qué edad le dio sólo pecho? _____ meses

4.3) ¿Tomó alguna vez?

- SI (Volver a la pregunta 4.2 e ir a la pregunta 4.4)
NO (Ir a la pregunta 4.4)



4.4)

4.4.1) Edad que dejó de tomar el pecho

- Nunca tomó pecho
- 0 a 4 meses
- 4 a 6 meses
- 6 a 12 meses
- 12 a 24 meses

4.4.2) Motivo por el cual abandonó la lactancia materna

- Se quedó sin leche
- Enfermedad de la madre
- Problemas de pezón
- El niño dejó solo
- El niño se enfermó
- Por cuestiones laborales
- Nuevo embarazo
- Lo indicó el médico

4.4.3) ¿Qué le dio en su reemplazo?

- Leche maternizada
- Leche de vaca en polvo
- Leche de vaca fluida diluida
- Otros _____

5) Alimentación Complementaria:

5.1) Edad de comienzo

- Entre los 4 y 6 meses
- Antes de los 4 meses
- A los 6 meses
- Después de los 6 meses

5.2) Motivo de inicio de AC

- Indicación médica
- Recomendación de familiares
- Decisión propia
- Otro _____



5.3)

5.3.1) ¿Cuál fue el primer alimento que incorporó en la alimentación de su hijo distinto a la leche?

Yogurt	<input type="checkbox"/>
Quesos	<input type="checkbox"/>
Papa, zanahoria, zapallo	<input type="checkbox"/>
Otras hortalizas: _____	<input type="checkbox"/>
Fruta _____	<input type="checkbox"/>
Cereal infantil (ejemplo: vitina, cereal Nestlé)	<input type="checkbox"/>
Pollo/ carne/ hígado	<input type="checkbox"/>
Otro alimento: _____	<input type="checkbox"/>

5.3.2) ¿Agregó sal?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

5.3.3) ¿Agregó aceite?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

5.4) Consumo de carnes

Vaca	<input type="checkbox"/>
Pollo	<input type="checkbox"/>
Hígado	<input type="checkbox"/>

5.4.1) ¿Desde qué edad? _____ meses

5.4.2) ¿Consume pescado?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

5.4.2.1) ¿Desde qué edad? _____ meses

5.4.3) ¿Consume huevo?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

5.4.3.1) ¿Desde qué edad? _____ meses



5.5) ¿Qué tipo de frutas y hortalizas consume?

Calabaza/zapallo	<input type="checkbox"/>
Zanahoria	<input type="checkbox"/>
Papa	<input type="checkbox"/>
Acelga/espinaca	<input type="checkbox"/>
Zapallitos	<input type="checkbox"/>
Remolacha	<input type="checkbox"/>
Tomate	<input type="checkbox"/>
Otros _____	<input type="checkbox"/>
Banana	<input type="checkbox"/>
Manzana	<input type="checkbox"/>
Durazno	<input type="checkbox"/>
Pera	<input type="checkbox"/>
Naranja	<input type="checkbox"/>
Otros _____	<input type="checkbox"/>

5.6) ¿Consume arroz, fideos, polenta?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

5.6.1) ¿Desde qué edad? _____meses

5.7) ¿Consume legumbres (lentejas, garbanzos, arvejas)?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

5.7.1) ¿Desde qué edad? _____meses

5.8) ¿Consume galletitas, pan, facturas, biscochos?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

5.8.1) ¿Desde qué edad? _____meses

5.9) ¿Consume gaseosas, jugos?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

5.9.1) ¿Desde qué edad? _____meses



5.10) ¿Consume snack, golosinas?

SI
NO

5.10.1) ¿Desde qué edad? _____ meses

5.11) ¿Consume infusiones como té, mate cocido, entre otros?

SI
NO

5.11.1) ¿Desde qué edad? _____ meses

5.12) Cantidad de comidas que realiza diariamente

Una
Dos
Tres
Cuatro
Más de cuatro

5.13) ¿Quién está a cargo de la alimentación del niño?

Madre/cuidador
Padre
Hermanos
Tíos
Abuelos
Otros _____

5.14) El niño: ¿Comparte la mesa familiar?

SI
NO

6) Factores Sociodemográficos:

6.1) Edad de la madre/responsable o tutor: _____ años.

6.2) Nivel educativo alcanzado

Primaria completa
Primaria incompleta
Secundaria completa
Secundaria incompleta
Educación superior



6.3) ¿Sabe leer y escribir?

SI
NO

6.4) Familia

¿Quiénes cohabitan/comparten la vivienda?. ¿Cuántos son?. ¿Parentesco?

6.5) Vivienda

6.5.1) ¿Son propietarios de la casa y/o terreno? Vivienda prestada? Vivienda Alquilada? _____

6.5.2) Materiales de la vivienda

6.5.2.1) Paredes exteriores

Ladrillo
Adobe
Mixto
Madera/chapa

6.5.2.2) Techo

Chapa
Madera
Loza

6.5.2.3) Piso

Tierra
Cemento
Cerámicos

6.5.3) Saneamiento

6.5.3.1) ¿Posee agua potable o agua de pozo? _____

6.5.3.2) ¿Posee luz? _____

6.5.3.3) ¿Posee cloacas o pozo ciego? _____

6.6) Artefactos domésticos

6.6.1) ¿Posee heladera? _____

6.6.2) ¿Posee cocina? _____

6.7) Sustento económico

6.7.1) Trabajo: ¿el jefe/jefa de familia posee trabajo?

Formal
En negro
Changas



6.7.2) ¿Algún integrante de su familia asiste a comedor?

SI
NO

6.7.3) ¿Recibe beneficio social (planes)?

SI
NO

6.7.4) ¿Recibe ayuda alimentaria (caja, bolsón de alimentos, tarjeta única de ciudadanía)?

SI
NO



Anexo III: gráficos de relaciones entre variables en los que no se detectaron influencias.

Gráfico I: Relación entre variables: Estado nutricional y Educación de madre/responsable o tutor.

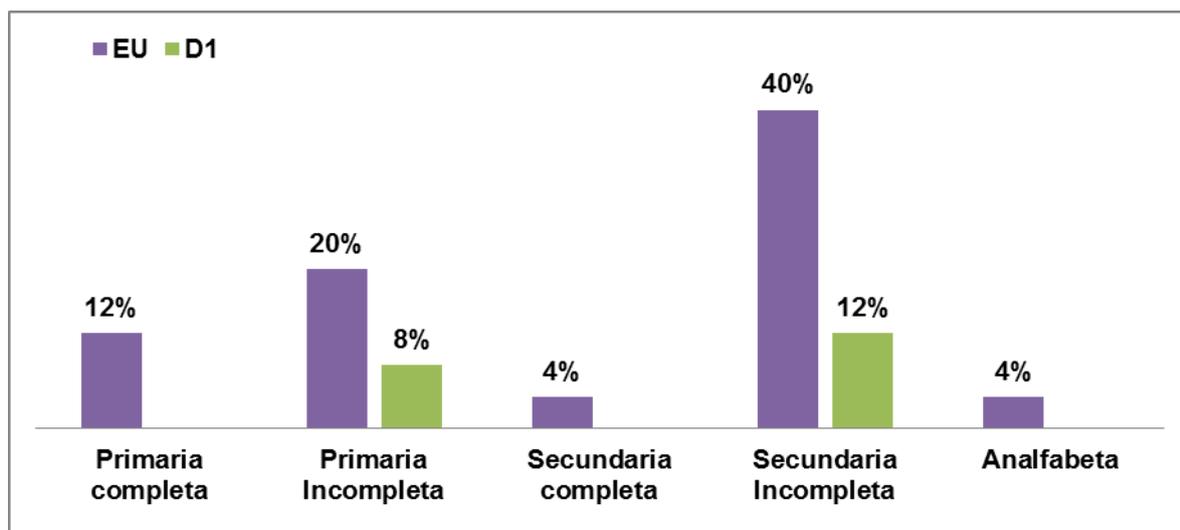


Gráfico II: Relación entre variables: Estado nutricional y tenencia de heladera.

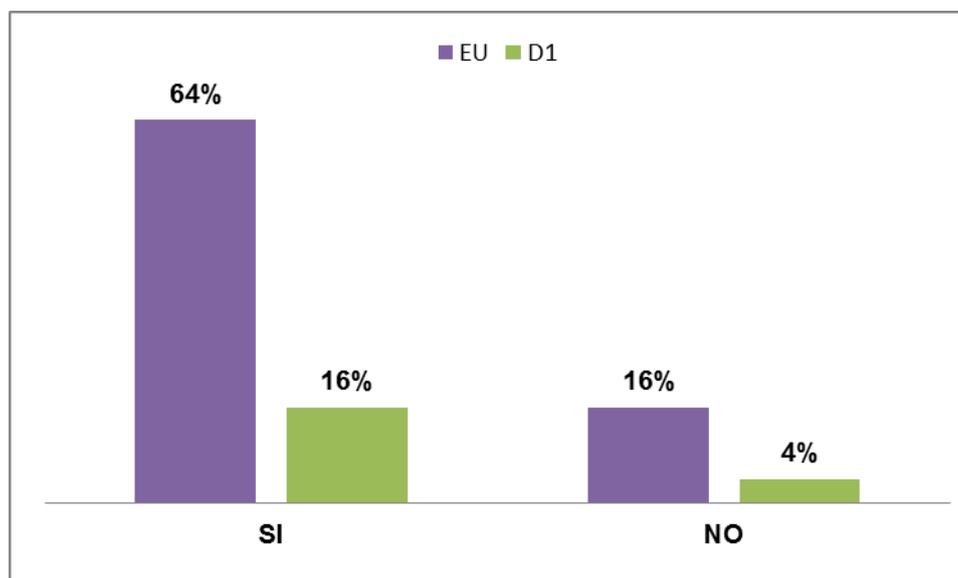




Gráfico III: Relación entre variables: Lactancia materna y Alimentación complementaria.

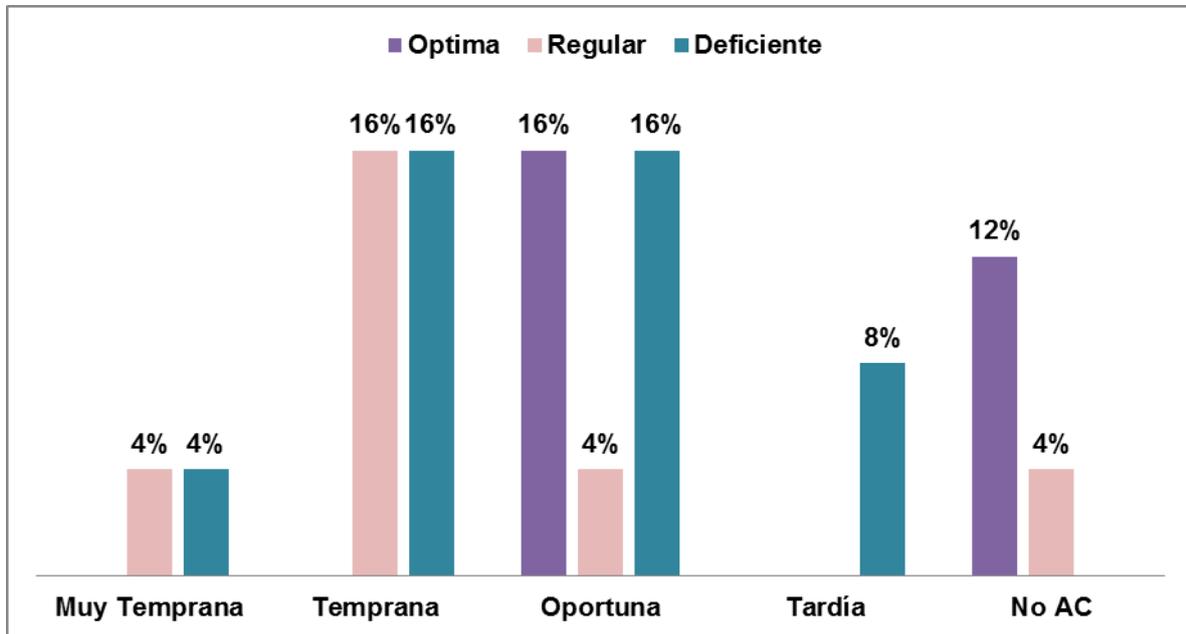


Gráfico IV: Relación entre variables: Lactancia materna y Edad de madre/responsable o tutor.

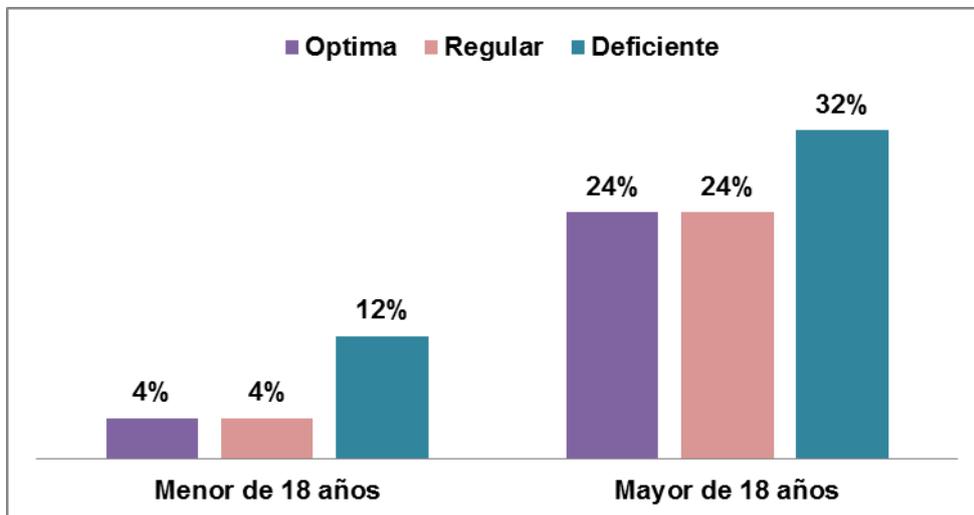




Gráfico V: Relación entre variables: Lactancia materna y Nivel educativo de madre/responsable o tutor.

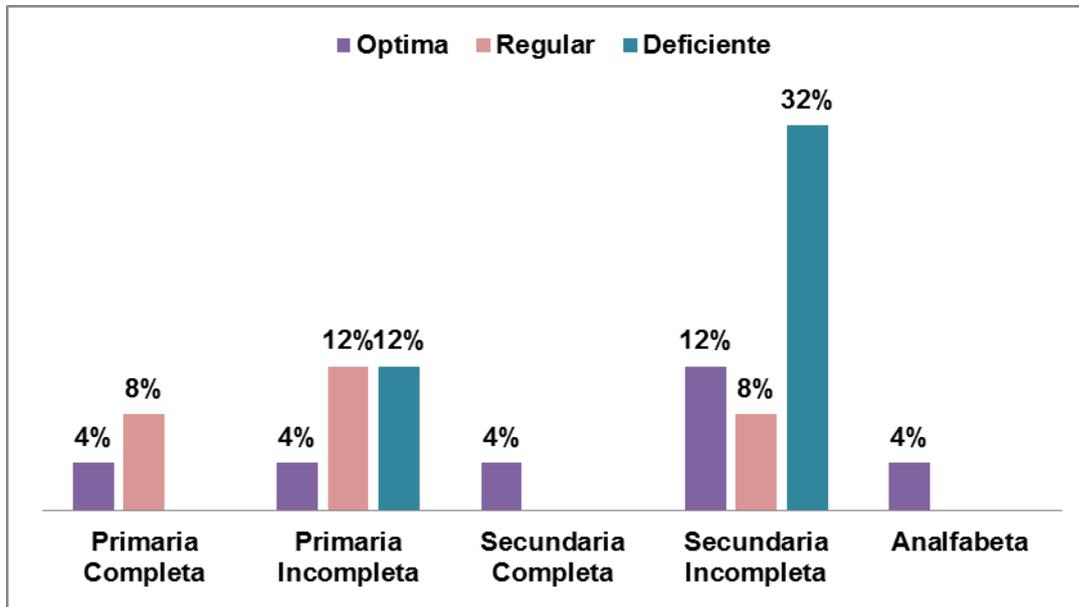


Gráfico VI: Relación entre variables: Alimentación complementaria y Etapas de Alimentación.

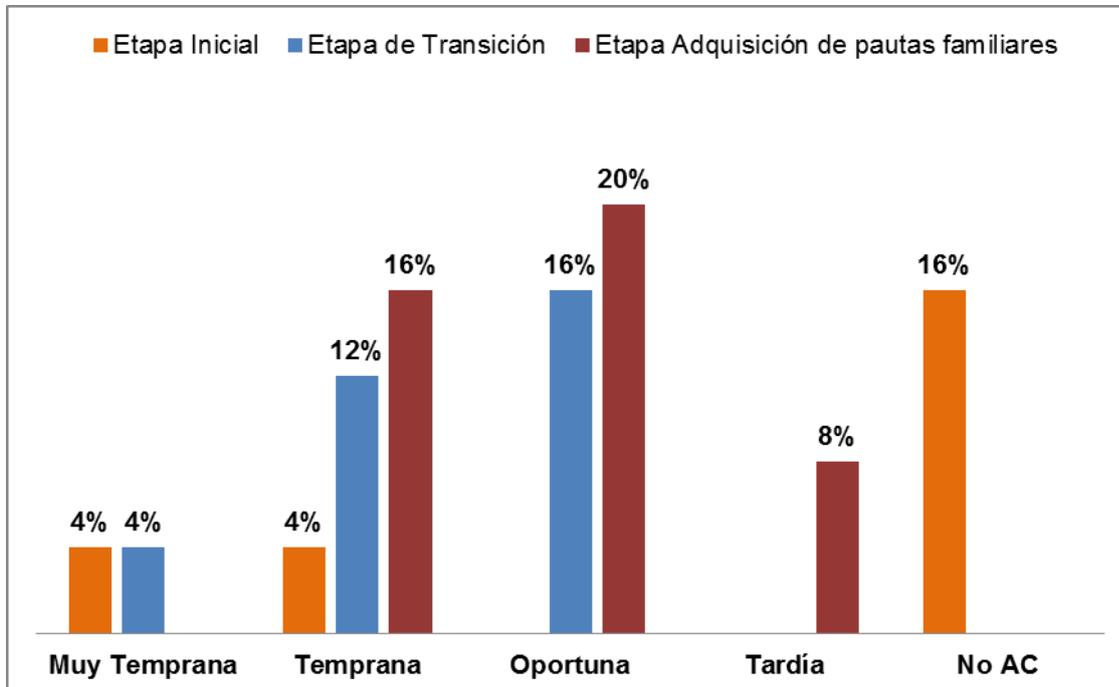




Gráfico VII: Relación entre variables: Alimentación complementaria y Edad de madre/responsable o tutor.

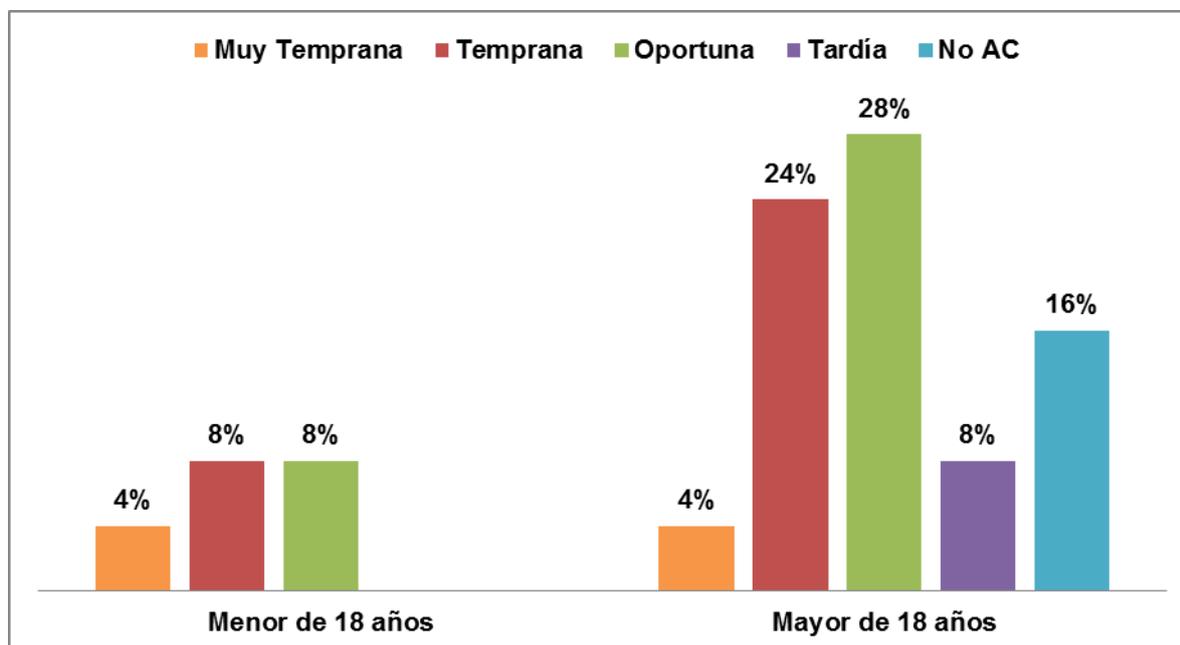


Gráfico VIII: Relación entre variables: Alimentación complementaria y Nivel educativo de la madre/responsable o tutor.

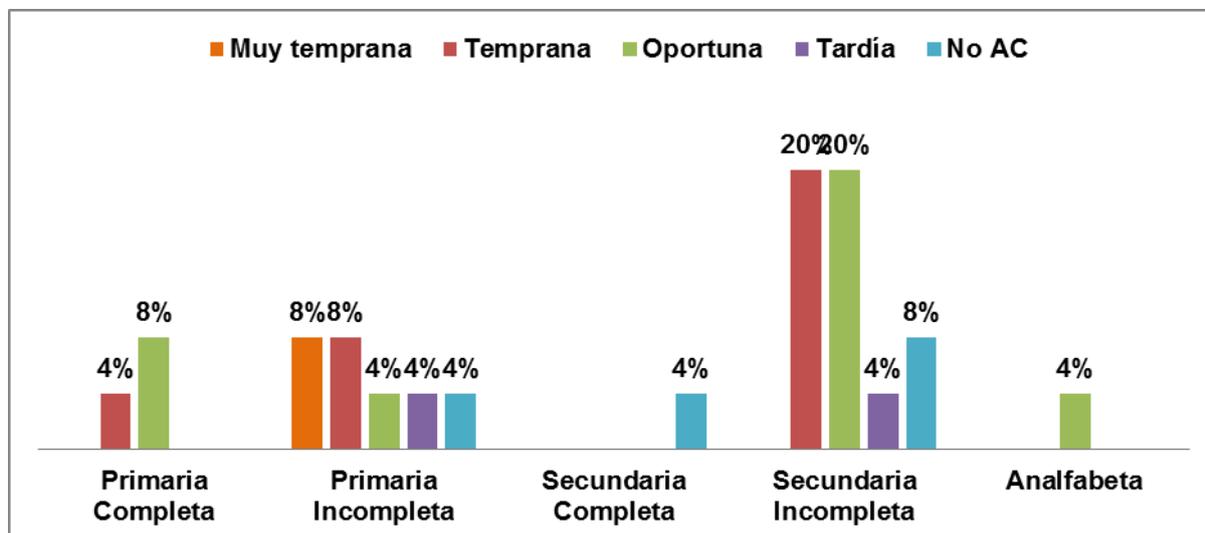




Gráfico IX: Relación entre variables: Alimentación complementaria y Tipo de vivienda.

