



**“Brecha en la nutrición infantil: Pautas vs. práctica en el primer vínculo con la comida”**



**Universidad Nacional de Río Negro**

**Licenciatura en Nutrición**

**Año 2025**

**Autor: Vanina M., Gaspar Vasquez**

**Directora: Natalia Bosch Estrada**

## AGRADECIMIENTO

*Agradezco a Dios, hacedor y consumidor de todo lo que existe, por crear tan noble profesión y permitirme ser parte de ella.*

*A mis padres, quienes apostaron siempre por mí, e hicieron esfuerzos, a veces sobrehumanos, para brindarme educación.*

*A Ivone y Abigail, mis hermanas, quienes siempre me apoyan incondicionalmente en todo.*

*A mi pequeña Celene, a quien quiero demostrarle que los sueños están para cumplirse.*

*A Nestor, mi compañero y ayuda idónea en este camino de la vida.*

*A mis amigas de la vida y las amistades que alguna vez llamé facuamigos, la vida es simplemente más bella y menos dura con ellos.*

## Resumen

La alimentación en la primera infancia es determinante para un crecimiento y desarrollo saludable. A pesar de las recomendaciones oficiales, como las de la OMS y la OPS, en Argentina persisten prácticas alimentarias alejadas de lo recomendado, como la introducción temprana de alimentos y el consumo frecuente de ultraprocesados. Esta investigación analiza la brecha entre las pautas oficiales y las prácticas reales en Coronel Belisle, Río Negro. Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, con enfoque cuantitativo. Participaron 16 cuidadores de niños/as de 0 a 24 meses, que asistieron al programa de "Control del Niño Sano" en el hospital local. La recolección de datos se efectuó mediante un cuestionario adaptado de la ENNyS y preguntas adicionales. Los resultados mostraron variabilidad en la edad de inicio de la alimentación complementaria, desde los 3 hasta los 8 meses. Predominó la introducción de frutas y verduras, aunque también se registró consumo temprano de ultraprocesados, azúcares libres y sal. La carne y las legumbres fueron introducidas tardíamente. Aunque la principal fuente de información fueron los profesionales de la salud, Internet y experiencias familiares también influyeron en las prácticas. Se concluye que existe una importante brecha entre las recomendaciones y las prácticas observadas. Esto resalta la necesidad de fortalecer la educación alimentaria desde el ámbito sanitario y comunitario para promover hábitos nutricionales adecuados desde los primeros meses de vida.

## Índice General

1. Índice de abreviaturas.....	1
2. Introducción.....	2
3. Planteamiento del problema.....	4
4. Antecedentes de investigación.....	6
5. Marco Teórico.....	11
5.1 Introducción de la alimentación complementaria.....	12
- Alimentacion y Nutricion.....	12
- Alimentación del lactante menor.....	15
- Maduración fisiológica del niño mayor a 6 meses.....	18
- Inconvenientes del inicio precoz y tardío de la alimentación complementaria.....	20
5.2. Características nutricionales del niño menor de 2 años.....	23
- Requerimiento promedio del niño argentino.....	23
- Nutrientes Críticos.....	26
- Recomendaciones tradicionales.....	28
- Los alimentos complementarios.....	33
- Alimentos no recomendados.....	36
- Seguridad de los alimentos.....	40
- Alimentación perceptiva y marco afectivo.....	41
5.3 La doble cara de la malnutrición.....	44
6. Objetivos.....	47
5.1 Objetivo general.....	48
5.2 Objetivos específicos.....	48
7. Metodología.....	49
8. Presentación de los resultados: análisis e interpretación de los datos.....	53
8.1 Rol del acompañante, edad y sexo del encuestado.....	54
8.2 Motivo y edad promedio de Introducción de la alimentación complementaria.....	57
8.3 Introducción de los diferentes grupos de alimentos.....	60

8.4 Fuente de información de los adultos respecto al orden de prioridad de introducción de los diferentes alimentos.....	73
8.5 Factores que influyen a la hora de comer.....	75
8.6 Fuente de información de los adultos respecto a los diferentes factores a la hora de comer.....	83
9. Conclusión.....	87
10. Discusión.....	91
11. Referencias.....	93
12. Anexos.....	104

## Índice de Tablas y Gráficos.

Tabla 1	
Tiempos de la nutrición .....	13
Tabla 2	
Macronutrientes, agua y electrolitos - Ingestas Dietéticas de Referencia (IDA).....	23
Tabla 3	
Vitaminas- Ingestas Dietéticas de Referencia (IDA).....	23
Tabla 4	
Minerales- Ingestas Dietéticas de Referencia (IDA).....	24
Tabla 5	
Emisión de señales.....	41
Gráfico 1	
Rol del acompañante.....	53
Gráfico 2	
Edad de los niños encuestados.....	54
Gráfico 3	
Sexo de los encuestados.....	55
Gráfico 4	
Motivo de Introducción de la Alimentación Complementaria.....	56
Gráfico 5	
Edad de introducción de la alimentación complementaria.....	58
Gráfico 6	
Consumo de frutas y verduras.....	61
Gráfico 7	
Consumo de carnes y huevos.....	61
Gráfico 8	
Consumo de cereales, legumbres, pan y pastas.....	61
Gráfico 9	
Consumo de leche y yogur.....	61
Gráfico 10	

Consumo de dulces y grasas.....	62
Gráfico 11	
Consumo de bebidas.....	62
Gráfico 12	
Consumo de otros alimentos.....	62
Gráfico 13	
Promedio de edad de introducción de los diferentes subgrupos para frutas y verduras.....	63
Gráfico 14	
Promedio de introducción para carnes y huevos.....	64
Gráfico 15	
Promedio de introducción para cereales, legumbres, pan y pastas.....	66
Gráfico 16	
Promedio de introducción para leche y yogur.....	68
Gráfico 17	
Promedio de introducción para dulces y grasas.....	69
Gráfico 18	
Promedio de introducción para bebidas.....	70
Gráfico 19	
Promedio de introducción para otros alimentos.....	71
Gráfico 20	
Fuentes de información de los padres respecto al orden de prioridad de introducción de los diferentes alimentos.....	73
Gráfico 21	
Interacción familiar a la hora de comer.....	75
Gráfico 22	
Sensación de placer a la hora de comer.....	76
Gráfico 23	
Utilización de un plato individual y exclusivo para la alimentación del menor.....	77
Gráfico 24	
Participación activa e independiente del menor en su alimentación.....	77
Gráfico 25	

Niños alimentados hasta mostrar saciedad.....	78
Gráfico 26	
Percepción de los padres respecto al volumen de ingesta por comida del menor en relación a lo que necesita.....	79
Gráfico 27	
Uso de pantallas a la hora de comer.....	80
Gráfico 28	
Uso de juegos como recurso para elevar la ingesta del menor.....	81
Gráfico 29	
Ofertas de alimentos al menor vinculados a las emociones.....	82
Gráfico 30	
Fuentes de información de los adultos respecto al ambiente e interacción familiar en la comida del menor.....	83
Gráfico 31	
Fuentes de información de los adultos respecto a la independencia y participación activa del menor en su alimentación.....	84
Gráfico 32	
Fuentes de información de los adultos respecto al volumen de ingesta del menor y su perspectiva sobre ello.....	84
Gráfico 33	
Fuentes de información de los adultos respecto al uso de pantallas u otras distracciones al momento de comer.....	85
Gráfico 34	
Fuentes de información de los adultos respecto a la oferta de alimentos al menor vinculado a las emociones.....	85

## Índice de abreviaturas

OPM Organización Panamericana de la Salud

OMS Organización Mundial de la Salud

GAPI Guías de Alimentación para Población Infantil

ENNyS Encuesta Nacional de Nutrición y Salud

s.f. Sin fecha

AEP Asociación Española de Pediatría

SENAF Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia

AESAN Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición

SUH Síndrome Huremico Hemolítico

ADA Asociación Dietética Americana

AHA Asociación Americana del Corazón

IDA Ingesta Diaria Admisible



## INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El patrón de alimentación del menor de un año comprende dos etapas: la primera refiere al tiempo en que el bebe se alimenta con la leche de su madre o leche de fórmula únicamente y la segunda corresponde a la introducción de los diferentes grupos de alimentos. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2001)

La leche humana es el mejor y el más completo alimento que puede recibir el niño menor de seis meses ya que contiene todos los elementos que este necesita para su crecimiento y desarrollo; el inicio de la alimentación complementaria no debe ser motivo de desplazo o sustitución de la lactancia materna, dado que la misma no deja de ofrecer gran parte del aporte nutricional y otros múltiples beneficios. (Ministerio de Salud, 2009)

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la alimentación complementaria se define como el proceso que comienza cuando la leche materna ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de un lactante y por lo tanto requiere de la introducción de otros alimentos y líquidos (exceptuando suplementos de vitaminas o minerales y medicamentos), que comienza gradualmente entre los 5 y 6 meses de edad y se completa alrededor del primer año de vida (Perdomo y De Miguel, 2015).

La implementación de una alimentación inicial óptima permite el crecimiento del niño en sus valores ponderales principalmente de peso y talla, un buen desarrollo cerebral que evita retrasos en la maduración psicomotora, disminuye las probabilidades de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, provee nutrientes que son insuficientes en la leche materna, tales como: hierro, zinc, selenio y vitamina D; sensorialmente enseña al niño a distinguir sabores, colores, texturas y diferentes temperaturas de manera que fomenta la aceptación de los nuevos alimentos y visto desde un punto psicológico genera un vínculo madre - hijo de mayor seguridad y confianza. (Nagua et al., 2015)

Las prácticas alimentarias individuales forman parte de cada persona, pero no se nacen con ellas, sino que se forman a partir de las experiencias en relación con la alimentación, siendo así que el individuo aprende a seleccionar los alimentos que han de configurar su dieta desde el primer vínculo con la comida, lo que convierte a la alimentación en un proceso voluntario y educable. (Albitto, 2015)

En la población infantil el acto de comer, las preferencias y el rechazo a determinados alimentos se encuentran fuertemente condicionados por el contexto socio-familiar, por lo que el

rol de la familia es fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al niño, que a su vez varía dependiendo de los valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones que ellos tengan sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias. (Alderete y Geogetti, 2017)

Una alimentación apropiada durante la etapa crítica de los 1000 días resulta fundamental para la reducción de la mortalidad y malnutrición infantil, por el contrario, una nutrición inadecuada puede ocasionar una injuria irreversible al crecimiento y desarrollo que, a largo plazo, afectará el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud en general en etapas posteriores (Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén, 2022). Por tal razón la alimentación complementaria tiene características específicas que reclaman un análisis individual y diferenciado; por ello existen recomendaciones puntuales que sirven de orientación para los equipos de salud y las familias, estas están compiladas en las Guías Alimentarias para la Población Infantil (GAPI) y la Guía de Práctica Clínica sobre Alimentación Complementaria para los niños y niñas menores de 2 años (GPCACN). (Ministerio de Salud, 2022)

### **Planteamiento del problema**

Actualmente en Argentina los resultados de la 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2), publicadas en 2019, indican que el exceso de peso es el problema más grave de malnutrición en el país con una prevalencia de 13,6% en menores de 5 años. Esta misma encuesta señala que el consumo de frutas frescas, verduras, carnes, leche, yogur o quesos se encuentra por debajo de lo recomendado y que hay un consumo frecuente de alimentos de baja calidad nutricional con alto contenido de azúcar, grasas y sal tales como bebidas azucaradas, productos de copetín, golosinas y productos de pastelería.

Por otro lado, la ENNyS2 arrojó resultados alarmantes destacando el inicio de la alimentación complementaria antes de los seis meses y por consecuencia la introducción temprana de los diferentes grupos de alimento. (Ministerio de Desarrollo Social., s.f.) Este modelo desorganizado de patrón alimentario representa una alimentación carente de calidad nutricional y excedente de kilocalorías que refleja las costumbres alimentarias de la mayor parte de la población infantil argentina

El propósito del presente estudio, es por tanto, registrar las falencias nutricionales en la etapa práctica de alimentación complementaria con el fin de determinar si es necesario

implementar nuevas estrategias para mejorar la nutrición en la población infantil de Coronel Belisle



## ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Hasta el momento, los últimos datos disponibles a nivel nacional sobre la ingesta nutricional en este grupo etario, niños de 6 a 23 meses, proceden de la 1ª Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), en él además, se observó que la región del noreste argentino presentó los niveles de ingesta media de nutrientes más bajos en comparación con el resto de las regiones. Sin embargo, no se dispone de información actualizada a nivel nacional ni regional, lo que sería de suma importancia al momento de promover intervenciones nutricionales apropiadas, por tal razón Spipp et al. (2022) dio lugar a su investigación “Evaluación de las ingestas dietéticas y prácticas alimentarias en niños de 6 a 23 meses en una localidad del noreste argentino” en donde evaluaron las ingestas de 138 participantes mediante el recordatorio de 24 horas. Los datos se compararon con las ingestas dietéticas de referencia establecidas por el Institute of Medicine y las prácticas alimentarias se evaluaron según los indicadores establecidos por la OMS. Este trabajo demostró que la ingesta de energía y de diversos nutrientes se encuentra por debajo de las recomendaciones, sin embargo, la ingesta de proteínas mostró una sobreadecuación en los mayores de 6 meses. Además, una considerable proporción de casos no cumple con los indicadores para las prácticas de alimentación complementaria, lo que sugiere que son necesarias intervenciones que mejoren la alimentación de los lactantes y niños pequeños en esta localidad del noroeste argentino.

Por su parte, Maria Elisa Zapata et al. (2015) en su investigación nombrada “Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, según los indicadores básicos propuestos por la OMS, en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario, Argentina”, evaluó y comparó, como su título lo enuncia, el cumplimiento de los 8 indicadores básicos de la OMS en la lactancia materna y la alimentación complementaria en niños menores de 24 meses con diferentes condiciones sociodemográficas de la ciudad de Rosario, Argentina. Este estudio, de corte transversal, descriptivo, basado de la aplicación de un cuestionario general y un recordatorio de 24hs a un total de 381 participantes (niños nacidos a término, menores de 24 meses) se llevó a cabo en dos centros asistenciales (público y privado). En relación a las prácticas relacionadas con la alimentación complementaria, se observó que la introducción inoportuna de alimentos es una práctica que afecta a cerca de la mitad de los niños, indistintamente del centro asistencial y de la recepción de información sobre la forma adecuada de introducir los alimentos. En términos generales en el ámbito oficial se observó un mejor cumplimiento de la lactancia exclusiva y en el ámbito privado una mejor calidad y diversidad de

la alimentación complementaria. La licenciada, junto a su equipo de trabajo, consideran que las diferencias en el cumplimiento de los indicadores pueden estar relacionadas con las características sociodemográficas de la población atendida en ambos centros, como así también con la modalidad de atención, apoyo a las familias e información que brindan ambos centros asistenciales, por lo que sugieren que conocer mejor las prácticas de cuidado temprano ejercidas puede contribuir a acciones de capacitación profesional y de promoción de salud más efectivas.

Macías et al. (2013) en el estudio “Patrón de alimentación e incorporación de alimentos complementarios en lactantes de una población de bajos recursos” que realizaron en el Hospital Distrital de Forres, Santiago del Estero, Argentina, utilizaron una encuesta estructurada para interrogar a madres en etapa de lactancia durante las visitas periódicas de control de sus hijos. Realizaron 240 encuestas, a los 5, 6 y 7 meses post-parto. Obteniendo como resultados que la edad promedio de incorporación de alimentos fue 4,4 meses. Los primeros alimentos incorporados fueron: puré (papa y zapallo, con caldo o sopa), sopa (con sémola) y manzana. El 51% de los niños consumía algún tipo de papilla a los 5 meses. A los 7 meses, el 94% consumían papillas y el 62,5% tomaban mamadera. El 40% comía el guiso familiar (verduras, fideos y carne) y el 30%, mate cocido con pan. Por lo tanto se observó incorporación temprana de alimentos con densidad energética y de nutrientes inadecuadas, ingesta precoz de gluten y elevada proporción de consumo de leche de vaca. Los autores consideraron que esta situación podría afectar el normal desarrollo de los niños de la población estudiada.

Cristina I. Gatica y Mendez de Feu (2009) realizaron el estudio “Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años” , cuyos objetivos fueron determinar la duración de la lactancia materna (LM) y edad de introducción de alimentación complementaria, su tipo, composición y adulto involucrado, en niños sanos menores de 2 años de las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis, Argentina. Realizaron 741 encuestas y dentro de los resultados obtuvieron que el 64,24% recibía puré/papillas desde los 6 meses, enriquecida con aceite, leche o queso; carnes desde los  $7,8 \pm 2,1$  meses (intervalo 3- 19), huevos desde  $8,4 \pm 2,6$  meses (intervalo 3-20); bebidas azucaradas desde  $10,49 \pm 3,52$  meses. Concluyendo que la incorporación de comidas si fue en la mayoría al 6to - 8vo mes, hubo amplio intervalo en la edad de incorporación de huevo y carne e incorporación temprana de bebidas azucaradas, evidenciando las prácticas inadecuadas de alimentación, los cuales constituyen una gran amenaza para el desarrollo social y

económico de un país y uno de los obstáculos más graves que enfrentan los niños menores de 5 años para alcanzar y mantener la salud.

Un estudio realizado por la Licenciada en Nutrición Rosario Cardenas en Río Gallegos, provincia de Chubut, en 2020 declaró que el 21,5% de los adultos argentinos que tienen a cargo niños y niñas de entre 2 y 12 años compró, por lo menos dos veces a la semana, algún alimento y/o bebida porque el niño lo vio en la publicidad. La desinformación por parte de los adultos también ha sido y es un problema teniendo en cuenta que la alimentación de la población adulta va en detrimento. Los malos hábitos alimentarios se transmiten de generación en generación, si un adulto come mal y está formando a un niño, éste copia y aprende lo que su padre/madre/adulto responsable hace, por lo que si el padre se mal alimenta es probable que el niño también lo haga considerando que ellos no tienen la madurez cognitiva suficiente para detectar cuál alimento es sano y nutritivo y cuál no, es decir, si el entorno del infante no le ha enseñado a alimentarse de forma saludable y consciente el niño nunca lo sabrá. Sería muy difícil cambiar la situación actual si los adultos no se informan sobre qué es lo mejor tanto para sus hijos como para ellos. Cardenas, (2020)

Según los resultados del trabajo realizado por Andrea Solans en septiembre del 2008 en la Ciudad de Buenos Aires en el marco de un Programa de Capacitación a Pediatras, los profesionales entrevistados reconocieron que los problemas relacionados con la alimentación comienzan en niños y niñas mayores de un año, coincidiendo con la liberación de la dieta y con el consumo inadecuado y/o excesivo de alimentos industriales, destacando como dificultad las porciones y cantidades de comida, específicamente de ‘comida chatarra’. Una observación entre los entrevistados fue que el sobrepeso se vió planteado como uno de los mayores problemas de salud, sin embargo es poco frecuente como motivo de consulta. Como resultado los pediatras determinaron que el consumo de alimentos industriales poco saludables son cuestiones ‘sociológicas’ tales como: crisis de acceso a los alimentos, pérdida del saber culinario, ritmos de trabajo, cuestiones de estatus social, comida como premio, quiosco en las escuelas, etc. También se vincula la problemática de sobrepeso con la cantidad de horas que los niños/as permanecen frente a la pantalla del televisor o la computadora. Solans, (2012)

Por otro lado la ENNyS 2, realizada en 2019, explica que tanto el sobrepeso como la obesidad han sido las formas más frecuentes de malnutrición y confirman que ha aumentado en relación a otras encuestas, como la 3ra Encuesta Mundial de Salud Escolar 2018. El resultado

final fue que los niños, niñas y adolescentes consumen un 40% más de bebidas azucaradas, el doble de productos de pastelería y galletitas dulces, el doble de productos de copetín (snaks) y el triple de golosinas respecto de los adultos.

Esta misma encuesta recopiló datos acerca de la ingesta de alimentos y momento de introducción mediante el cuestionario de menores de dos años que contenía un listado de interés elaborado a partir de los grupos de alimentos de las GAPI. Los grupos de alimentos investigados y los alimentos que los compusieron fueron: frutas, verduras, carnes, huevos, cereales, legumbres, papa, pan, pastas, leche, yogur, dulces, grasas, bebidas, sal y aceite. A nivel país, el 78,9% de los niños encuestados había probado alguna vez frutas y/o verduras al momento de la encuesta. La edad promedio de introducción de este grupo de alimentos fue de 5,5 meses siendo el alimento introducido más tempranamente el puré de verduras cocidas a los 5,6 meses.

Con respecto a las carnes y huevos la edad promedio de introducción fue a los 6,8 meses de edad. En cuanto al grupo de cereales, legumbres, papa, pan y pastas la edad promedio de introducción de alimentos de este grupo fue de 6,2 meses siendo las legumbres las más tardíamente introducidas. La edad promedio de introducción de pan y/o galletitas saladas fue a los 7,2 meses y para las galletitas dulces 7,6 meses.

En tanto, para la leche y yogur el 85,5% de los niños encuestados había probado alguna vez algún alimento de este grupo al momento de la encuesta, la edad promedio de introducción fue de 4,5 meses con diferencias estadísticamente significativas para la Patagonia (5,0 meses). Con relación al grupo de dulces y grasas la edad promedio de introducción de alimentos de este grupo fue de 7,7 meses con diferencias estadísticamente significativas para la región de Cuyo (8,3 meses) y para la región de Patagonia (8,5 meses).

Al indagar sobre la introducción de algunos alimentos en particular, se observó que la edad promedio para el helado fue de 9,9 meses; para postres lácteos envasados 7,9 meses; para la miel 8,7 meses y para las golosinas 10,8 meses. En lo que refiere a bebidas, por su diferente valor nutritivo y por ende su impacto en la salud de los niños/as, se realiza un análisis pormenorizado de las bebidas, en tal sentido se observó que el promedio de edad de introducción del agua fue de 4,8 meses mientras que para las gaseosas (tanto light como comunes) el promedio de edad de introducción fue de 10,5 meses. Respecto a la sal y aceite la edad promedio de introducción fue de 6,3 meses para el aceite y 7,0 meses para la sal (Ministerio de Salud, 2022).



MARCO TEÓRICO

## INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

### **Alimentación y nutrición**

La alimentación es una función vital del organismo humano, pero también es un fenómeno social y cultural, la misma puede contemplarse desde diferentes perspectivas como por ejemplo como *necesidad biológica*, ya que es necesaria para el funcionamiento adecuado del organismo, para su mantenimiento en condiciones óptimas, y en la infancia para el desarrollo físico; como *conducta*, debido a que a partir de estímulos endógenos (hambre) o exógeno (presencia de un alimento) se producen una serie de acciones destinadas a responder adecuadamente a ellos; como *acto social*, puesto que el hecho de comer puede ser motivo de placer y refuerzo de lazos afectivos; como *expresión cultural*, porque el arte de preparar y presentar los alimentos para ser ingeridos constituye una de las expresiones más idiosincrásicas de las diferentes culturas y en él influyen aspectos tales como las creencias religiosas, costumbres, el medio socio-ambiental, etc. (Antún et al., 2023).

Desde el conocimiento y sentido común comer tiene como propósito incorporar alimentos para el aporte de energía y nutrientes al cuerpo, sin embargo, existen diferencias cuantitativas y cualitativas entre lo que los seres humanos deben comer por su biología y lo que realmente comen, dicha divergencia está determinada por la relatividad de la cultura alimentaria: las infinitas formas en que los distintos pueblos a través del tiempo han respondido al imperativo biológico de ingerir nutrientes necesarios para vivir y reproducirse. Siendo así, la alimentación es un acto complejo determinado por factores tales como: la ecología, la biología, la geografía, la tecnología, la economía, la sociedad y la simbolización. (Aguirre, 2017)

En cuanto a Nutrición, según la definición del Dr. Pedro Escudero (1938), quien fue pionero de esta especialidad a nivel nacional, “la nutrición es el resultado o la resultante de un conjunto de funciones armónicas y solidarias entre sí, que tienen como finalidad mantener la composición e integridad de la materia y conservar la vida”. Para la OMS, la nutrición es “un conjunto de procesos mediante el cual los seres vivos incorporan, modifican y eliminan sustancias procedentes del exterior” (Macías et. al 2009). Otra definición es la del Consejo de Alimentación y Nutrición de la Asociación Médica Americana, quien definió a la nutrición como una ciencia que estudia a los alimentos, los nutrientes, la interacción en relación con la salud y la

enfermedad, los procesos de digestión, absorción, utilización y excreción de las sustancias alimenticias (Brusco, 1980).

Aunque alimentación y nutrición se utilizan frecuentemente como sinónimos, son términos diferentes: la alimentación comprende un conjunto de actos voluntarios, conscientes y educables que van dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos que a su vez está condicionada por el medio ambiente que la rodea y determina en gran parte, los hábitos dietéticos y el estilo de vida de una población. En cambio, la nutrición es el proceso biológico en el que el organismo asimila los alimentos necesarios para el correcto funcionamiento y crecimiento corporal y el mantenimiento de las funciones vitales; la misma hace referencia a los nutrientes que los componen y engloba una sucesión de acontecimientos involuntarios que se dan tras su ingestión: digestión, absorción y utilización, es decir, el paso de nutrientes a la sangre desde el tubo digestivo y su aprovechamiento en las células del organismo (Rodríguez, 2017). Esto quiere decir que la alimentación hace a la nutrición, o lo que es igual, que la nutrición depende de la alimentación.

Escudero identificó tres tiempos en la Nutrición: alimentación, metabolismo y excreción.

**Tabla 1***Tiempos de la nutrición.*

Alimentación: 2 etapas	Metabolismo	Excreción
<p>1° <u>Etapa extrínseca</u>: comprende la realización del plan de alimentación según la prescripción basado en el desarrollo tanto de la fórmula sintética (donde se expresa el valor calórico total que la persona debe consumir y el porcentaje de la cantidad de carbohidratos, proteínas y grasas) como en la fórmula desarrollada.</p> <p>2° <u>Etapa intrínseca</u>: comprende la digestión, proceso en el que los nutrientes son hidrolizados a sus unidades estructurales, y la absorción, que es el suceso por el cual los nutrientes son captados por la mucosa intestinal del aparato digestivo.</p>	<p>Este tiempo tiene por finalidad la correcta utilización de la materia y energía proveniente de la alimentación, extendiéndose desde la absorción hasta la excreción.</p> <p>El metabolismo tiene lugar en todas las células del organismo, y las sustancias obtenidas a partir de él pueden ser utilizadas de inmediato o almacenarse como reserva.</p>	<p>Su propósito es mantener la constancia del medio interno. En este tiempo intervienen una serie de órganos que constituyen el sistema de eliminación: riñón, intestino, piel y pulmón. El organismo a través de la excreción, libera desechos de los residuos que se forman como producto del metabolismo.</p>

Fuente: López y Suárez 2018

La nutrición es acorde a la alimentación, una persona puede considerar estar bien alimentada, pero su estado nutricional puede encontrarse alterado debido a un exceso de calorías con escasa ingesta de nutrientes o a una patología que interfiere en el proceso de digestión, absorción y/o utilización de un determinado nutriente (Rojas, 2022).

### **Alimentación del lactante menor**

Las buenas prácticas de alimentación del lactante son indispensables para el completo desarrollo del potencial humano, contribuyen a mejorar la salud en la infancia y a prevenir enfermedades en la edad adulta. Después que un/a niño/ña alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente (Jiménez, 2019). La alimentación de un lactante menor puede ser estudiada en dos fases: fase de lactancia materna exclusiva (o de leche de fórmula en su reemplazo) y la transición de la alimentación complementaria (Sociedad Argentina de Pediatría, 2001).

Lactancia materna exclusiva:

La leche humana es el alimento de primera elección para cubrir las necesidades nutricionales tanto del recién nacido como del lactante. Esta sustancia es un fluido vivo que está adaptada a las necesidades y posibilidades del bebe, por ello se digiere más fácil que cualquier otra leche. Mientras el niño tome pecho no necesita de agua, ni tectitos, ni jugos ni cualquier otro líquido en el primer semestre de vida, pues la leche materna es absoluta. Su contenido graso es relativamente alto, lo que la convierte en una fuente clave de energía y ácidos grasos esenciales (Ministerio de Salud, 2022). Antes de que la leche se determine y defina como tal, las glándulas mamarias los primeros días después del parto secretan el calostro, un líquido seroso y amarillo compuesto por inmunoglobulinas, agua, proteínas, grasas y carbohidratos. La ingesta del calostro es esencial, ya que en él está la primera inmunización del bebé y además resuelve las necesidades alimentarias de sus pequeños órganos, aún inmaduros. Algunas diferencias respecto a la leche definitiva son la densidad, que es mucho mayor, es más pegajoso y es de color amarillo, claro u oscuro dependiendo de la mama que lo produce. (Salazar et al., 2009).

Por medio de la lactancia la mamá le transmite al bebé “factores de protección”, también conocidos como anticuerpos, que los protegen contra las enfermedades más comunes hasta que ellos son capaces de formar sus propias defensas. El impacto inmunológico es más evidente durante los periodos de enfermedad, cuando el apetito de los niños por otros alimentos desciende pero la ingesta de leche se mantiene jugando un rol de suma importancia en la prevención de deshidratación y aportando los nutrientes requeridos para la recuperación (Ministerio de Salud, 2010).

La leche materna se vuelve incapaz de seguir cubriendo las necesidades energéticas en aumento del bebe en el segundo semestre de vida, aun así, cumplido el primer año ofrece un aporte nutricional importante, los niños de 12 a 23 meses de edad amamantados que tienen una ingesta “promedio” de leche reciben del 35 a 40% del total de sus requerimientos energéticos, por eso se aconseja amamantar de manera exclusiva hasta los seis meses, complementar con la alimentación hasta el primer año y sostenerla hasta los 24 meses de edad y/o más (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003). Por otro lado, la lactancia favorece y fortalece la relación de afecto de manera significativa entre madre e hijo/a; el contacto piel a piel coopera con el desarrollo de niños capaces, seguros, y emocionalmente estables. Para potenciar este lazo y el crecimiento saludable del niño, la lactancia debe ser a demanda, es decir, a cada vez que el bebe lo pida dado que tiene hambre. La toma directa del pecho hace que la leche sea completamente segura e higiénica, que esté conservada y disponible a toda hora y en cualquier lugar (Ministerio de Salud, 2009).

#### Alimentación complementaria (AC)

La AC consiste en dar al lactante, a partir de los seis meses de edad, alimentos y líquidos diferentes a la leche humana con el fin de que estos aporten de forma variada los nutrientes suficientes correspondientes a las necesidades energéticas en aumento sin desplazar ni sustituir la lactancia materna (Perez, 2011). De hecho, la palabra ablactación actualmente no es reconocida por el diccionario de la Real Academia Española ya que etimológicamente proviene del latín “ablactātio” que significa destete, término que se encuentra en desuso puesto que este proceso no implica una supresión de la leche materna o de las fórmulas lácteas infantiles (Cuadros et al., 2017).

La introducción de alimentos en los niños es progresiva, generalmente abarca alimentos semilíquidos o semisólidos y se espera que al finalizar el primer año de vida se hayan incorporado todos los grupos de alimentos en su forma natural, alcanzando la dieta familiar; es así que la alimentación complementaria fomenta el gusto por los diferentes sabores, colores, aromas y texturas, por lo que es de suma importancia que las personas encargadas del cuidado y salud de los menores reciban la orientación apropiada referente a una alimentación óptima, a la selección correcta de alimentos y a la promoción de hábitos saludables, teniendo en cuenta que posteriormente estos factores repercuten en el desarrollo de la conducta alimentaria del menor (Jiménez, 2019).

La alimentación complementaria cuenta con características específicas: es *oportuna* dado que se inicia al sexto mes de vida cuando las necesidades de energía y de nutrientes excede lo previsto aportado mediante la leche humana; se considera *sana* ya que debe componerse de alimentos frescos, saludables y de buena calidad nutricional; es *completa* brindando suficiente kilocalorías, proteína, vitaminas y minerales; debe ser *segura*, es decir, higiénicamente elaborada, almacenada y con una manipulación administrada de manos y utensilios limpios (Brizuela et al., 2013). Por último se busca que sea preceptiva, en otros términos, que el adulto entienda y atienda a las señales de apetito y saciedad del infante, esto incluye asumir responsabilidad en la organización y frecuencias de las comidas como así también en el método de alimentación, a fin de promover la independencia y estimular el desarrollo psicosensorial del niño sin descuidar la enseñanza desde el amor, manteniendo el contacto físico afectivo y animando a comer sin forzar (Pérez et al., 2017)

Para ofrecer alimentos distintos a la leche el niño debe cumplir ciertos parámetros de desarrollo y maduración. Según la Asociación Española de Pediatría (2018) se considera que un bebé está listo para dar comienzo a la AC cuando adquiere las destrezas psicomotoras que permiten manejar y tragar de forma segura los alimentos y esto es a los seis meses de edad.

Según la Asociación Española de Pediatría los requisitos que debe cumplir el bebe son:

- ❖ Presentar un interés activo por la comida.
- ❖ No presentar el reflejo de extrusión: expulsión de sólidos (comida, objetos o chupete) con la lengua.
- ❖ Tener autonomía con sus manos y una adecuada coordinación ojos-mano-boca.

❖ Mantener la postura de sedestación con apoyo, sin caerse a los costados. La postura erguida es fundamental, en un niño recostado debido a la gravedad el alimento puede ir hacia la garganta sin control y producir un atragantamiento.

En la actualidad se enfatiza la importancia de la alimentación saludable desde la gestación y hasta el segundo año de vida como un tiempo crucial para establecer buenos hábitos dietéticos, promoviendo la lactancia materna durante el primer semestre de vida y una vez iniciada la alimentación enmarcar pautas adecuadas en cuanto a variedad, calidad, cantidad de los alimentos y horario para las comidas (Perdomo y De Miguel, 2015). Una lactancia materna y alimentación complementaria idóneas, ayudan a prevenir tanto la desnutrición, las carencias de vitaminas y minerales, como la obesidad en las primeras etapas de la vida (Jiménez, 2019).

### **Maduración Fisiológica del niño mayor de 6 meses**

El crecimiento y el desarrollo son procesos que, comenzando en el momento de la concepción, continúan progresando paulatinamente. El término crecimiento indica el aumento de tamaño, mientras que desarrollo se refiere a la complejización, es decir, la diferenciación morfológica y funcional (Tortora y Derrickson, 2013). El desarrollo psiconueromaturativo se produce en una forma ordenada y previsible, el niño pasará de reacciones generalizadas a los estímulos a reacciones cada vez más específicas con objeto específico progresando hasta convertirse en un deambulador (Torresani, 2010).

Durante la vida intrauterina, el feto recibe a través de la placenta la cantidad suficiente de nutrientes que le suministra el sustrato energético para la formación de nuevos tejidos. Luego del nacimiento, el recién nacido a término sin patología asociada se convierte en un individuo metabólicamente independiente, debiendo regular los distintos mecanismos fisiológicos para mantener la homeostasis e iniciar su alimentación oral (Ministerio de Salud de Chile, 2010).

El proceso de nutrición implica la participación e interacción entre diferentes sistemas del cuerpo humano: digestivo, neurológico, renal e inmunológico, que desde la vida fetal se encuentran en constante desarrollo evolutivo, es importante conocerlos con el fin de establecer sugerencias para la introducción segura de diferentes alimentos de acuerdo al momento de

maduración biológica del lactante para no incurrir en acciones que sobrepasen su capacidad digestiva y metabólica (Cuadros et al., 2017).

El desarrollo neuromadurativo del niño ejerce una marcada influencia en la decisión de cuál es el momento oportuno para ofrecer los alimentos de acuerdo con sus posibilidades para manejarlo (Escobar, 2014). A los seis meses de vida el bebe adquiere una serie de habilidades motoras que le permiten sentarse y recibir alimentos con cuchara, tiene un buen sostén del tronco, presenta los movimientos laterales y de ascenso y descenso de la mandíbula, lleva los objetos a la boca, y demuestra sensación de hambre y ansiedad. Los lactantes menores de cuatro meses expulsan los alimentos con la lengua, "reflejo de protrusión", cercano a los 6 meses tal reflejo desaparece, lo que le permite al niño recibir y mantener los alimentos en la boca con mayor facilidad, por otro lado aparece la deglución voluntaria, lo que posibilita la idea de dar a probar diferentes texturas (Amiel y Gosselin, 2006).

El protagonista principal de la nutrición es el tracto gastrointestinal, durante el primer semestre de vida el sistema digestivo desarrolla los mecanismos funcionales que le permiten metabolizar alimentos diferentes a la leche materna y/o las fórmulas lácteas infantiles. Por su parte el volumen del estómago del recién nacido a término es de 30 ml; durante los seis meses siguientes su capacidad gástrica aumenta gradualmente, permitiendo ingerir mayor cantidad de alimentos, de igual forma la motilidad gastrointestinal alcanza un grado de maduración adecuado mejorando el tono del esfínter esofágico inferior y la contractilidad antro-duodenal, lo que favorece un mejor vaciamiento gástrico en comparación a los meses previos. Al mismo tiempo aumenta la secreción de ácido clorhídrico, secreción de bilis, la producción de moco y diferentes enzimas, facilitando la digestión y la absorción de almidones, grasas y proteínas diferentes a las de la leche materna (Jiménez et al., 2017).

En el periodo neonatal el intestino tiene un espacio mayor entre las uniones apretadas, como esbozo de su antecedente funcional de la vida intrauterina, conforme pasan los meses se va cerrando y mejoran su capacidad de "barrera mecánica", disminuyendo la entrada de alérgenos alimentarios. A partir de la exposición gradual del niño a diferentes tipos de alimentos, por un lado se promueven cambios a nivel de la microbiota intestinal específicamente en las especies de bifidobacterias y lactobacilos que impiden la colonización de microorganismo patógenos y al mismo tiempo participan en el desarrollo de tolerancia oral y, por otro lado, supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la microbiota con repercusión en el equilibrio inmunológico

intestinal. La introducción de alimentos es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmuno respuesta y los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana y que pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas (Cuadros et al., 2017).

La importancia del estado de maduración renal radica en la capacidad que tendrá el lactante para depurar la cantidad de solutos presentes en los nuevos líquidos y alimentos introducidos en su dieta. La filtración glomerular del recién nacido es alrededor del 25% del valor del adulto y se duplica entre los dos y los tres meses de edad. A los seis meses el riñón alcanza cerca del 80% de la función del adulto, lo que le permite al lactante manejar una carga osmolar más alta, esto significa que puede tolerar un mayor aporte proteico y de solutos en la dieta. Al mismo tiempo los mecanismos de secreción y absorción tubular alcanzan un mayor grado de funcionalidad (Nagua et al., 2015).

En la transición de introducción de los diferentes grupos de alimentos entre los seis y doce meses de vida del niño se observa la erupción de los primeros molares primarios que le permiten una adecuada masticación, para entonces ha apropiado una mordida rítmica y correcta, consiguiendo la fuerza y la eficacia suficiente con la que la mandíbula presiona y tritura los alimentos y ha mejorado la deglución lo que determina el cambio completo de patrón de succión por el de trituración. Esto, sumado a un buen control muscular, le permite al niño una posición erecta correcta, que unida a una buena respiración alcanza una fonación adecuada. En este período el lactante demuestra interés por la comida, es capaz de sostener una cuchara y puede utilizarla adecuadamente en la colaboración de su alimentación. Entre los 12 y 24 meses se incorporan todos los alimentos de la dieta familiar. Al lograrse la estabilidad mandibular completa, la erupción de los cuatro caninos y de los segundos molares primarios, sumado a la utilización de los movimientos masticatorios rotatorios, el niño puede cortar, aplastar y triturar los distintos tipos de alimentos, completando en tiempos diferentes su consumición de acuerdo con la consistencia y calidad de los mismos dado que la fuerza masticatoria se irá incrementando con la edad (Torres, 2009).

### **Inconvenientes del inicio precoz y tardío de la alimentación complementaria**

El inicio de la alimentación complementaria está influenciado por una serie de factores anatómicos y fisiológicos ya mencionados, y otros, no menos importantes, que deben tenerse en cuenta en la práctica diaria como la incorporación de la madre al trabajo, el tiempo disponible de los padres, el nivel adquisitivo familiar, la cultura de los padres, las costumbres propias de cada región y el ámbito rural o urbano (Pérez, 2011).

La edad ideal para el inicio de la alimentación complementaria ha sido tema de interés y de controversia para los diferentes organismos que regulan el manejo nutricional en pediatría y han surgido diferentes opiniones al respecto. Desde 2001 la OMS recomendó mantener la lactancia materna de forma exclusiva durante los 6 primeros meses de edad y, a partir de ese momento, añadir de forma paulatina el resto de los alimentos manteniendo el amamantamiento a demanda todo el tiempo que madre e hijo deseen (OMS, 2010). Las recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica del 2009, señalan que el inicio de la alimentación complementaria no debe ser ni antes de las 17 semanas ni después de las 26 semanas de vida, tanto en los niños amamantados, como en los que reciben fórmulas lácteas infantiles o lactancia mixta (Perdomo y De Miguel, 2015).

Una introducción muy precoz de la alimentación complementaria puede conllevar riesgos a corto y largo plazo. Es importante señalar que aquellos niños que no cuenten con disponibilidad de leche humana antes de los cuatro meses deben consumir únicamente fórmula de inicio (tipo 1) como sustituto (Asociación Española de Pediatría [AEP], 2018).

La OMS no ha encontrado beneficios con la introducción de alimentos en niños amamantados con edad de cuatro a seis meses, en cambio sí se ha visto un aumento de las infecciones, tanto en países en desarrollo como en países desarrollados. El crecimiento infantil ni mejora con la AC antes de los seis meses (aún en condiciones óptimas, es decir, con alimentos inocuos y nutritivos), ni tiene efecto adverso por sostener la lactancia exclusiva el primer semestre de vida (las necesidades nutricionales de los niños normales nacidos a término son cubiertas por la leche de la madre durante este periodo siempre que la madre esté bien alimentada), en cambio si se considera un problema que la introducción temprana de alimentos tienda a desplazar la lactancia materna (OMS, 2010).

La AEP (2018) enumera una serie de peligros tras la introducción precoz y tardía de la alimentación complementaria:

Entre los riesgos a corto plazo que dicha ente considera en una introducción temprana de la alimentos, antes del cuarto mes, se menciona:

- Aumento de la posibilidad de atragantamiento debido a que el lactante aún no ha desarrollado por completo sus habilidades motoras.
- Incapacidad del niño para digerir algunos alimentos.
- Aumento de gastroenteritis agudas por la exposición temprana de alimentos y sus alérgenos a un sistema digestivo inmaduro.
- Exposición precoz a patógenos potencialmente contaminantes de los alimentos.
- Infecciones del tracto respiratorio superior por broncoaspiración.
- Interferencia con la biodisponibilidad de hierro y zinc de la leche materna.
- Riesgo de embarazo en la madre por reducción del período de supresión de la ovulación al disminuir la succión.
- Disminución del aporte de lactancia materna por ingesta de alimentos menos nutritivos.

La AEP también establece que a largo plazo la introducción precoz de la alimentación complementaria puede traer como consecuencias un mayor riesgo de: obesidad, eccema atópico, diabetes mellitus tipo I y una mayor tasa de destete precoz, con las consecuencias añadidas que esto conlleva.

Si bien en Argentina es excepcional que más allá de los 6 meses de edad todavía no se hayan comenzado a ofrecer otros alimentos distintos de la leche, por factores generalmente sociales o culturales, en ocasiones tal caso ocurre en niños que son amamantados y que no han mostrado un interés activo por la comida (Ministerio de salud, 2022). Esta práctica es inadecuada, la AEP (2018) desaconseja demorar el inicio de la AC por encima de las 26 semanas de edad puesto que esto también puede aumentar el riesgo de problemas nutricionales tales como:

- Fallo de crecimiento y desnutrición por insuficiente aporte de energía y nutrientes.
- Carencias nutricionales, sobre todo de hierro y zinc.
- Aumento del riesgo de alergias e intolerancias alimentarias.
- Peor aceptación de nuevas texturas y sabores.

- Mayor posibilidad de alteración de las habilidades motoras orales.

En base a todo lo anterior mencionado y científicamente comprobado queda determinado por la AEP (2018) que la alimentación complementaria debe comenzar al sexto mes de vida ya que los beneficios potenciales para la salud superan a los riesgos probables para la misma.

## CARACTERÍSTICAS NUTRICIONALES DEL NIÑO MENOR A 2 AÑOS

### **Requerimiento energético promedio del niño argentino.**

Las cantidades de nutrientes que las personas deben consumir a diario constituyen el punto de partida para formular tanto un plan alimentario a nivel individual como para elaborar las guías alimentarias basadas en alimentos destinados a la población. Las recomendaciones de ingesta diarias se formulan para cada nutriente teniendo en cuenta el análisis de la evidencia científica disponible y constituyen los valores de referencia necesarios para prevenir enfermedades deficitarias, reducir las enfermedades crónicas y conseguir una salud óptima, aprovechando el potencial máximo de cada nutriente (Ministerio de salud, 2022). Se entiende por requerimiento de un nutriente a la menor cantidad de este que debe ser absorbida o consumida diariamente por un individuo sano a lo largo de un período de tiempo para mantener una adecuada nutrición (López y Suárez, 2018).

El niño durante su etapa de crecimiento y desarrollo adquiere y desenvuelve un sin número de habilidades al mismo tiempo que incrementan sus requerimientos energéticos y nutricionales razón por lo que la alimentación exclusiva con leche humana o artificial no puede ser igual en las diferentes etapas de edad pediátrica y se complementa con la introducción de alimentos (OMS, 2010).

A continuación se detallan las tablas de las Ingestas Dietéticas de Referencia para los distintos nutrientes, agua y electrolitos para la población de 0 a 12 meses.

**Tabla 2**

*Macronutrientes, agua y electrolitos - Ingestas Dietéticas de Referencia (IDA)*

EDAD (años)	Carbohid ratos (g/d)	Fibra total (g/d)	Grasa (g/d)	Ácido linoleico (g/d)	Acido -linolenic o (g/d)	Proteínas (g/d)b)	Agua (L/d)a	Potasio (g/d)	Sodio (g/d)	Cloro (g/d)
0,0-0,5	60	ND	31	4,4	0,5	9,1	0,7	0,4	0,12	0,18
0,5-1,0	95	ND	30	4,6	0,5	13,5	0,8	0,7	0,37	0,57

Nota: las siglas mg/d refieren a la unidad de miligramos por decilitro, ug/d refiere a la unidad de microgramo por decilitro.

Fuente: López y Suárez, 2018.

**Tabla 3**

*Vitaminas- Ingestas Dietéticas de Referencia (IDA)*

Lacta ntes (mese s)	Vitam ina A (ug/d) a	Vitam ina C (mg/d) )	Vitam ina D (ug/d) b,c	Vitam ina E (mg/d) )d	Vitam ina K (ug/d)	Tiami na (mg/d) )	Ribofl avina (mg/d) )	Niacin a (mg/d) )e	Vitam ina B 6 (mg/d)	Folato (ug/d) f	Vitam ina B12 (ug/d)	Acido pantot enico (mg/d)	Biotin a (ug/d)	Colina (mg/d ) g
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------	-------------------------------	------------------------------------	-----------------------	------------------------

									)		h	)		
0 - 6	400	40	10	4	2,0	0,2	0,3	2	0,1	65	0,4	1,7	5	125
7 - 12	500	50	10	5	2,5	0,3	0,4	4	0,3	80	0,5	1,8	6	150

Nota: las siglas mg/d refieren a la unidad de miligramos por decilitro, ug/d refiere a la unidad de microgramo por decilitro.

Fuente: López y Suárez, 2018.

#### Tabla 4

##### *Minerales- Ingestas Dietéticas de Referencia (IDA)*

Lactantes (meses)	Calcio (mg/d)	Cromo (ug/d)	Cobre (ug/d)	Fósforo (mg/d)	Flúor (mg/d)	Hierro (mg//d)	Magnesio (mg/d)	Manganeso (mg/d)	Molibdeno (ug/d)	Selenio (ug/d)	Iodo (ug/d)	Zinc (mg/d)
0-6	200	0,2	200	100	0,01	0,27	30	0,003	2	15	110	2
7-12	260	5,5	220	275	0,5	11	75	0,6	3	20	130	3

Nota: las siglas mg/d refieren a la unidad de miligramos por decilitro, ug/d refiere a la unidad de microgramo por decilitro.

Fuente: López y Suárez, 2018.

Los alimentos proporcionan la energía y los nutrientes necesarios para el subsistir de los humanos (Jiménez, 2019). El Código Alimentario Argentino (2010) denomina alimento a toda sustancia o mezcla de sustancias naturales o elaboradas que ingeridas por el hombre aporten a su organismo los materiales y la energía necesarios para el desarrollo de sus procesos biológicos, así como también a aquellas sustancias o mezcla de estas que se ingieren por hábito, costumbres, o como coadyuvantes, tengan o no valor nutritivo.

Los nutrientes son sustancias integrantes normales del organismo y de los alimentos, cuya ausencia o disminución por debajo de un límite mínimo produce al cabo de cierto tiempo una enfermedad por carencia, aunque también su aporte excesivo puede causar efectos adversos para la salud. Teniendo en cuenta la contribución cuantitativa de los nutrientes en la alimentación diaria, estos se pueden clasificar en macronutrientes y micronutrientes. Los macronutrientes son aquellos cuyas necesidades diarias se encuentran en el orden del gramo e incluyen a los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas. De los micronutrientes se requieren diariamente cantidades en el orden del miligramo o menores, e incluyen a los minerales y las vitaminas. Los minerales, a su vez, pueden dividirse en tres grupos principales teniendo en cuenta las cantidades de ingesta diaria recomendadas: los macrominerales, los oligoelementos y los elementos traza. En el primer grupo se incluyen los elementos cuyas necesidades diarias superan los 100 mg; los oligoelementos o microminerales son aquellos cuyas necesidades diarias son menores a 100 mg, y los elementos traza son los minerales para los que las recomendaciones de ingesta todavía no han sido establecidas, pero se encuentran en el orden de los microgramos o nanogramos (López y Suárez, 2018).

### **Nutrientes Críticos**

A partir del sexto mes de vida el bebé necesita un mayor aporte energético y de algunos nutrientes específicos, tales como: hierro, zinc, selenio, calcio y las vitaminas A y D. Si la alimentación del niño no se ajusta a los requerimientos adicionales su crecimiento y desarrollo puede verse afectado (Cuadros et al., 2017).

En el periodo de lactancia las mujeres presentan requerimientos nutricionales aumentados y específicos en función de la producción láctea y por lo tanto son vulnerables a la depleción de sus reservas de nutrientes, la concentración de algunos de ellos, como el hierro, el calcio y el

folato, pueden ser mantenidas en niveles satisfactorios cuando las ingestas son bajas a expensas de las reservas maternas. El contenido de la leche está en estrecha relación con la alimentación de la madre o el estado nutricional materno (López y Suárez, 2018).

En el caso del hierro, las reservas del niño al nacer juegan un papel importante en determinar el riesgo de anemia durante la infancia, puesto que la concentración de este mineral en la leche humana es baja. Los niños nacidos con peso normal de madres con un buen estado prenatal generalmente tienen reservas adecuadas de esta sustancia y por lo tanto el riesgo de deficiencia es bajo, los niños con bajo peso al nacer tienen un riesgo de deficiencia más elevado, aquellos nacidos de madres con deficiencia prenatal de hierro también están en riesgo, aun si nacen con un peso normal (Torresani, 2010). Actualmente, tanto las fórmulas infantiles como los cereales están suplementados con hierro, por lo que a partir de los 5-6 meses, en general, se logran aportes adecuados de hierro con la dieta, a través de la leche materna o fórmulas lácteas infantiles, los cereales fortificados y, especialmente, por la ingesta de carne y pescado (Ministerio de Salud, 2009).

Otros nutrientes que pueden verse limitados son la vitamina D y el zinc, de manera similar al hierro, las reservas de zinc al nacer son determinantes, la leche humana la contiene en concentraciones relativamente bajas pero su biodisponibilidad es alta. La deficiencia de vitamina D puede ocurrir en niños que no reciben mucha luz solar, condición que se revierte con el suministro de gotas de vitamina D. Generalmente no se observan deficiencias de micronutrientes en menores de seis meses alimentados con lactancia exclusiva, aunque es necesario recordar que si la dieta de la madre es escasa y poco variada el bebe podría tener una ingesta baja de ciertas vitaminas y minerales. En estas circunstancias se recomienda mejorar la alimentación de la madre o administrar suplementos maternos en vez de dar alimentos complementarios (OPS, 2003) En los mayores de seis meses cuya alimentación haya iniciado se recomienda una dieta variada y equilibrada en nutrientes, compuesta de alimentos complementarios ricos en energía, proteínas y micronutrientes críticos (hierro, zinc, selenio, calcio, vitamina A y folatos) (OMS, 2010).

## **Recomendaciones tradicionales de la alimentación complementaria**

Las pautas alimentarias varían mucho entre regiones y culturas, la mayoría coincide en que no se deben dar “instrucciones” rígidas; no hay alimentos mejores que otros para empezar, aunque se recomienda ofrecer de manera prioritaria alimentos ricos en hierro y zinc. Asimismo, se recomienda introducir los alimentos de uno en uno, con intervalos de unos días para observar la tolerancia y la aceptación. Con el fin de que el bebé acostumbre al paladar a los sabores naturales de los diferentes alimentos a estos no hay que añadirles sal, azúcar o edulcorantes (Perdomo y De Miguel, 2015).

### **¿CÓMO INICIAR?**

El alimento principal sigue siendo la leche materna, cuyas tomas seguirán siendo a demanda. La alimentación complementaria es un proceso gradual, inicialmente las porciones han de ser pequeñas y se aumentan conforme crece el niño, en cuanto a la cantidad (peso o volumen) puede ser diferente en función de la densidad energética del alimento ofrecido. Los cuidadores deben ofrecer comida sana, nutritiva y segura, y el lactante es el que decide qué cantidad comer. Los alimentos complementarios deben aportar la suficiente energía, proteína y demás nutrientes de manera que, junto a la lactancia materna o artificial, cubran todas las necesidades del niño en esta etapa. Al igual que en el periodo de lactancia materna exclusiva, durante la alimentación complementaria es igualmente importante respetar las señales de hambre y saciedad del lactante (Ministerio de Salud, 2009).

La OMS (2010) recomienda seguir los principios de la alimentación perceptiva, sin forzar a comer o distraer. El apetito de los lactantes es diferente en cada niño y circunstancia, por lo que la expectativa de una cantidad concreta de ingesta puede frustrar a los padres y hacer que el momento de la comida se convierta en una lucha en vez de en un disfrute, es por ello que más que centrarse en una cantidad exacta es importante la variedad, disponibilidad y el establecimiento de los buenos hábitos a futuros.

*Consistencia, cantidad y frecuencia de las comidas*

En la actualidad es una duda existencial para las madres primerizas saber sobre sí es correcto comenzar la alimentación complementaria con papillas o no, por ello el Gobierno de la Nación publicó un artículo en Noviembre de 2023 denominado “Salud y Alimentación en la primera infancia”. En el trata y despeja todas las inquietudes actuales respecto a la alimentación complementaria, el mismo menciona el método Baby Led Weaning que es la alimentación autorregulada por el bebe, que en correlación con la OMS, está basado en la alimentación perceptiva. Esta manera de alimentar consiste en presentar alimentos de buena calidad nutricional a quienes comienzan a comer, de manera tal que el niño sea capaz de tomarlos con sus manos y llevarlos a la boca, siendo su textura, tamaño y forma adaptada a sus habilidades neuromadurativas y al momento del desarrollo en el cual se encuentra. Un bebé de 6 meses ya es capaz de tomar alimentos, explorarlos por sus propios medios, y coordinar las distintas partes de su cuerpo (mano, ojo, tronco) para llevarlos a la boca y comer, esto permite replantear la alimentación a base de cucharadas suministradas por la persona adulta y comprender que las infancias son sujetos activos en su alimentación (Subsecretaría de Primera Infancia, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia [SENAF], 2023).

La práctica baby led weaning no implica dejar al bebé comiendo solo, ni ofrecerle cualquier alimento que coma la familia y pueda poner en riesgo su salud, tampoco es ofrecerle trozos sólidos de alimentos, sino que significa incorporar a los bebés a la mesa familiar e integrar a las personas adultas en la mesa de los más pequeños. Al permitir que los lactantes exploren a su tiempo los alimentos se evita obligarlos a comer, lo que tantos problemas causa a corto y a largo plazo (Orensanz y Tolosana, 2017).

No hay método mejor que el otro: ni las papillas, ni la alimentación autorregulada por el bebé. Los estudios dicen que no hay mayor riesgo de ahogamiento, de falta de nutrientes ni de déficit de crecimiento practicando BLW desde el inicio de la alimentación complementaria. Es importante no fomentar mitos, ofrecer información adecuada a las familias y respetar sus decisiones (AEP, 2018).

No es necesario empezar con papillas pero para muchas familias es la opción que mejor se ajusta a sus expectativas y miedos, para tal caso se deben tener en cuenta algunas consideraciones dictadas por la SENAF (2023):

- Ofrecer papillas no es “más limpio”: aprender a comer implica en el lactante explorar en la medida que ellos pueden los alimentos, es importante permitir que la reconozcan, no importa si en primera instancia es jugando.
- Los niños alimentados con papillas no comen mayor cantidad que quienes lo hacen con comida en trozos. Cada bebé consume lo que necesita, eso varía día tras día y tiene que ver con múltiples factores.
- Ofrecer papillas no habilita a meter la cuchara en la boca, menos aún cuando el o la bebé muestra señales de rechazo. Estas prácticas pueden generar malos vínculos con el alimento y son una forma de violencia, por eso se hace hincapié en los principios de alimentación perceptiva, respetando las señales de hambre y saciedad de los lactantes asegurando que la densidad energética y la frecuencia de las comidas sean las adecuadas para cubrir las necesidades del niño o niña en la medida que este crece.
- Las papillas deben tener buena calidad nutricional: no es lo mismo una papilla de zapallo hervido a que este enriquecido con aceite vegetal (que si bien su valor nutricional aumenta aun así no tiene gran cantidad de nutrientes) en cambio, un puré de garbanzos contiene proteínas, hierro, fibra y otros nutrientes importantes. No hay que temer al consumo de las legumbres desde que empiezan a comer, son grandes aliados de la alimentación.

La OMS (2010) habla de iniciar la alimentación complementaria con papillas espesas que se puedan mantener en la cuchara y que no se escurran hacia afuera. Si los y las bebés inician a comer con papillas es importante que sean pisadas y no licuadas, que incluyan textura y grumos, y, sobre todo que esas texturas varíen a medida que el o la bebé vaya adquiriendo nuevas habilidades; las papillas muy líquidas, las sopas o caldos no contienen suficientes nutrientes por su alto contenido de agua. Alrededor de los 10 meses, independientemente del método utilizado para iniciar la alimentación complementaria, deberían estar comiendo alimentos semisólidos y sólidos, pues es importante para el desarrollo de la masticación y la deglución.

En cuanto a la cantidad si se ofrecen alimentos saludables, y se evitan distracciones como las pantallas, los niños tienen la capacidad de autorregularse y comer lo que su cuerpo les indica, ni más ni menos. Antiguamente, la pediatría sugería que los niños comieran “un cuarto de plato de postre” a los 6 meses, “medio plato” a los 8 meses, y así sucesivamente, en la actualidad no se

apunta a la cantidad, sino a la calidad del alimento y la importancia fundamental de la exploración. Ante una señal de rechazo por la comida la esta debe finalizar, y con la misma lógica, si un niño finaliza su plato y sigue teniendo ganas de comer, se sugiere ofrecer otra porción u otro alimento (SENAF, 2023).

Por su parte las GAPI publicadas en 2009 tienen recomendaciones y pautas para la alimentación complementaria según la edad:

A los 6 meses: una comida al día, más pecho a demanda:

Desde que comienza a comer el niño o niña debe tener su propio plato y dejar al alcance de él una cuchara, la hora de la comida debe ser un momento de encuentro y diálogo familiar, para establecer una conversación con los niños, los mayores pueden nombrar los alimentos y sus diferentes características (color, temperatura) acompañando sus respuestas con gestos y entonación agradable.

Los alimentos se incorporan de a uno por vez, para probar la tolerancia, la aceptación de sabores, y detectar posibles alergias. Por otro lado, es muy importante no utilizar la comida como premio o castigo, lo ideal es que el niño interprete desde pequeño que el alimentarse es acto con fines nutritivos para crecer sano y fuerte de modo que el entienda el momento de la comida como una rutina necesaria y placentera en la que debe participar activamente.

Entre los 7 y 8 meses: 2-3 comidas al día más pecho a demanda

De a poco las comidas irán tomando su forma (desayuno, almuerzo, merienda y cena) el ritmo de estas, tienen como fin ayudar al niño a comprender los horarios, el tiempo y el espacio de una comida.

Desde los 9 meses hacia el primer año: 3-4 comidas al día más pecho a demanda

Para esta edad las GAPI recomiendan que las 4 comidas diarias estén establecidas (desayuno, almuerzo, merienda, cena).

La alimentación debe ser lo más variada posible para cubrir la mayor cantidad de nutrientes y evitar que el infante se canse o aburra de los mismos sabores y para que aprendan a comer “de todo un poco”.

#### A partir del año: compartir la mesa con la familia

Durante los primeros dos años es necesario que una persona responsable alimente al infante o preste atención a su alimentación, todo niño tiene derecho a estar bien nutrido y es la familia quien lo debe garantizar. Es importante ofrecerle los alimentos con cariño, paciencia y perseverancia, vigilando qué come y cuánto come. El bebé está entrando en un mundo desconocido por lo que hay que guiarlos siempre desde el amor. Al ser personas completamente dependientes ellos precisan “ayuda” para alimentarse, para conocer nuevos sabores y preparaciones, siendo estimulados y no forzados a comer.

La variedad de las comidas y su aspecto atractivo son estímulos que favorecen la actitud positiva del niño hacia la alimentación, lo que se logra a través de combinaciones de alimentos según su color, su sabor, diferentes formas, texturas y temperaturas, de igual manera hay que tener presente que la alimentación complementaria es un proceso de aprendizaje para los niños por lo que a veces escupen los alimentos, los tiran o pierden el interés.

El momento de las comidas, además de cubrir las necesidades alimentarias de los niños, es un excelente momento para enseñarles a convivir con otros, a servirse con moderación, a masticar bien los alimentos, y algunos buenos modales como no hablar con la boca llena y usar correctamente los cubiertos para comer. El ambiente en la mesa debe ser tranquilo, libre de apuros, ansiedad o disgustos.

El niño aprende en la mesa por imitación. Los gestos de aceptación o rechazo de los alimentos por parte de los padres y otras personas influyen en su conducta alimentaria ya que tienden a copiarlos, darles a los chicos sólo los alimentos que ellos prefieren tiene como consecuencia una alimentación monótona y puede originar una nutrición deficiente.

Por último y no menos importante, los niños prefieren tocar los alimentos con sus manos y es bueno que lo hagan porque es parte de su aprendizaje, por tal razón hay que cuidar que las preparaciones estén a temperatura moderada (ni muy frías ni muy calientes), lavar muy bien sus manos antes de comer y mantener sus uñas cortas y limpias.

## Los alimentos complementarios

La dieta complementaria del niño debe basarse en alimentos que consume la familia, que dependen de diversos factores. La misma debe componerse por alimentos básicos que brinden proteínas, lípidos, carbohidratos y micronutrientes para cubrir las brechas de energía que deja la leche materna (Sociedad Argentina de Pediatría, 2001) tales como:

### *Frutas y verduras*

Se aconseja introducir progresivamente toda la variedad de frutas y verduras disponible, en cualquiera de las comidas diarias, e ir variando su forma de presentación (triturada, pisadas, en pequeños trozos, etc). No hay frutas mejores que otras para comenzar, la decisión dependerá de los gustos de la familia. Las frutas aportan agua, hidratos de carbono, fibra, vitaminas y minerales. Deben prepararse peladas, para evitar que el exceso de fibra interfiera con la absorción de micronutrientes como el hierro y el zinc, y ofrecerse maduras o en forma de papillas para una mejor digestibilidad (Cuadros et al., 2017).

Los exprimidos no ofrecen ningún beneficio nutricional respecto a la fruta entera, de hecho su ingesta elevada puede contribuir a la ganancia inadecuada de peso, en algunos casos sobrepeso y en otros, escasa ganancia ponderal al desplazar el consumo de otros alimentos con mayor aporte nutricional, asimismo aumentan el riesgo de caries (debido a su alta disponibilidad de azúcares libres); con el objetivo de evitar la restricción extrema de los jugos de frutas se pueden ofrecer para consumir con cuchara en reemplazo de la mamadera (de manera que disminuya el riesgo de contraer caries) y en cantidades pequeñas para impedir que reemplacen la ingesta de leche o que interfieran con la aceptación de otros alimentos de mayor valor nutritivo (Perdomo y De Miguel, 2015). Aun así, el consumo de exprimido de fruta debe catalogarse como golosina (SENAF, 2023)

El gusto por los diferentes sabores se forja desde temprana edad, acostumbrar al paladar a sabores ácidos como algunas frutas o amargos como algunas verduras disminuye el riesgo de rechazo a probar nuevos alimentos y permite un mayor consumo a lo largo de la vida (AEP, 2018).

El grupo de las verduras, aportan agua, fibra, vitaminas, minerales y cierta cantidad de proteínas vegetales. Se pueden dar frescas o cocidas: al vapor o hervidas en poca cantidad de agua y durante menos de 10 minutos para minimizar las pérdidas de vitaminas y minerales. Es recomendable evitar al principio las verduras que causan flatulencias (coliflor, repollo) y las que contienen sustancias sulfuradas (ajo, cebolla, espárragos) responsables de sabores fuertes, ya que pueden resultar desagradables para el niño (Perdomo y De Miguel, 2015).

La acelga o espinaca tienen alto contenido en nitratos, lo que pueden ocasionar metahemoglobinemia en lactantes pequeños, razón por la que su consumo se prolonga hasta después del primer año de vida y en el caso de introducirlas antes de lo recomendado deben representar menos del 20% del contenido total del plato. En los niños mayores, hasta los 3 años, conviene no dar más allá de una ración diaria de estos vegetales (SENAF, 2023).

### *Cereales sin gluten*

Los cereales sin gluten aportan principalmente carbohidratos, además de vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales, y están suplementados con hierro. A este grupo pertenece el arroz, el maíz, y el mijo (AEP, 2018). Como pseudocereales se suman el amaranto, el trigo serrano y la quinoa (ANMAT, 2010).

### *Cereales con gluten*

Los cereales con gluten son trigo, avena, cebada o centeno. Aportan hidratos de carbono (como gran fuente de energía), proteínas vegetales, minerales y vitaminas (AEP, 2018). Se pueden ofrecer también otros alimentos que aportan cereales como galletas, pan, pasta (rellenas solo si son caseras y con ingredientes aptos), etc. Como se recomienda evitar los azúcares libres en la dieta de los lactantes, se desaconseja el consumo de productos a base de cereales que contengan miel o azúcares añadidos en su composición. Hay miles de harinas además de la harina refinada de trigo, como por ejemplo, harina integral, harina de legumbres, harina de avena, harina de semillas, etc; es recomendable ir variándolas para incorporar más y diferentes nutrientes (SENAF, 2023).

### *Carnes*

De vaca (excepto carne picada), pollo, cerdo o pescado, entre otras carnes.

Son una fuente muy importante de proteínas de alto valor biológico, aminoácidos, hierro hemínico, zinc, vitaminas (principalmente B12) y, en el caso de los pescados, son fuente de ácidos grasos esenciales. En 100 g de carne hay 20 g de proteína de alto valor biológico, lo que significa que este alimento contiene todos los aminoácidos esenciales en proporciones altas y adecuadas para el organismo (Perdomo y De Miguel, 2015).

Debido al riesgo de carencia de hierro en niños con leche materna exclusiva a partir de los 6 meses se recomienda la introducción progresiva de carne desde el inicio de la alimentación complementaria. Cabe aclarar que el valor nutritivo de la carne blanca es similar al de la carne roja (OPS, 2003).

### *Huevo*

El huevo contiene proteínas de alto valor biológico y hierro, los lactantes pueden consumirlo entero desde el inicio de la alimentación complementaria y siempre debe ofrecerse cocido, nunca crudo (SENAF, 2023).

### *Legumbres*

Este grupo está compuesto por lentejas, garbanzos, porotos, habas, soja, maní y arvejas, las legumbres aportan fibra, hidratos de carbono, proteínas, vitaminas y hierro no hemínico (Perdomo y De Miguel, 2015). Se pueden ofrecer pisadas o en preparaciones para evitar su paso a las vías aéreas (SENAF, 2023).

### *Agua*

La alimentación complementaria incluye un aumento de solutos y de carga osmolar importante, por lo que a los lactantes se les debe ofrecer pequeñas cantidades de agua potable (Ministerio de Salud, 2009).

La SENAF (2023) enumera una serie de alimentos que también pueden incorporarse en el inicio de la alimentación complementaria:

Frutos secos como: nueces, almendras, avellanas, castañas y pistachos o semillas como: chía, girasol, lino, piñon, sésamo, amapola y zapallo . Son alimentos que nunca se deben dar enteros por el alto riesgo de asfixia, se deben ofrecer en preparaciones, como harinas o cremas.

Grasas: es aconsejable usar aceite de: girasol, maíz, oliva, canola, chía, sésamo y soja; manteca clarificada (ghee) e incluso manteca (no margarina) para las preparaciones. Los lactantes requieren grasas para el desarrollo del cerebro, así que las versiones “descremadas” de alimentos no deberían estar introducidas hasta al menos los 2 años.

Las bebidas vegetales (leche de avena, coco, almendras) se pueden utilizar en preparaciones. Hay que aclarar que estos alimentos son incomparables con la leche de vaca ya que son alimentos completamente distintos en su composición, lo que no quiere decir que sea mejor o peor, sino, diferentes.

En cuanto a las sopas y caldo es preciso limitar su contenido de agua y estar atentos a su composición, deben ser muy nutritivas para evitar “llenar la panza de agua” y desplazar a otros alimentos nutritivos.

### **Alimentos no recomendados**

A su vez, SENAF (2023) también dicta alimentos cuyo consumo no se recomienda en la alimentación complementaria.

#### *Miel de abejas*

En su composición la miel puede contener esporas de *Clostridium botulinum* (una bacteria que causa botulismo) y puede ser fatal. El botulismo es una enfermedad que se caracteriza por una “parálisis flácida”, es decir, todos los músculos, inclusive los respiratorios, se ponen “flojos”, causando primero dificultad para moverse y luego imposibilidad de respirar, esto se debe a la inmadurez que presenta el lactante en sus intestinos y a la falta de jugos gástricos destructores de bacterias debido a la edad. Cocinar con miel tampoco es seguro dado que no

podemos asegurar que la preparación alcance la temperatura adecuada para eliminar las esporas (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición [AESAN], 2011). Este riesgo existe hasta el primer año, antes de los dos años no se debe ofrecer porque es un tipo de azúcar (SENAF, 2023).

### *Sal y azúcar agregada*

Estas sustancias están vinculadas al desarrollo de enfermedades crónicas en la adultez, por lo que se recomienda postergar su consumo tanto como sea posible. En este sentido, se enfatiza la importancia de no incluirlas en la alimentación complementaria. Las sociedades científicas sugieren evitar la incorporación de azúcar en la dieta infantil hasta los dos años de edad, incluyendo cualquier tipo de azúcar (blanca, rubia, morena, mascabo, miel, entre otras). En cuanto a la sal, se estima que el 75 % de su consumo proviene de productos ultraprocesados, como galletitas, copos de cereal y salchichas. Hasta el primer año de vida, no se recomienda su consumo, y posteriormente, la ingesta total diaria no debería superar los 2 gramos, lo que equivale a una pizca (Vega, 2014).

### *Carne picada*

No debe ser ofrecida a bebés, niños ni niñas hasta mínimo los 5 años por riesgo de contraer el síndrome urémico hemolítico (SUH). En Argentina los índices de (SUH) son muy altos, dicha patología afecta los pequeños vasos sanguíneos del cuerpo como consecuencia de la liberación de la toxina de una bacteria, causando un desorden multisistémico caracterizado por presentar insuficiencia renal aguda entre otros síntomas. El SUH se contrae a través del consumo de carne mal cocida, sobre todo carne picada, leche no pasteurizada, agua no potable y verduras mal lavadas. El ganado vacuno es el principal reservorio de la bacteria *Escherichia coli* 0157:H7 que produce esta toxina. Durante el proceso de faenamiento la materia fecal del animal, contaminada con dicha bacteria, puede tomar contacto con la carne, al cocer una carne, por ejemplo un churrasco, se cocina toda la parte de afuera (la superficie que puede estar contaminada por la bacteria), entonces la bacteria muere, en cambio, en la carne picada esa bacteria queda mezclada entre todos los pedacitos de carne y es muy complejo asegurar que se

haya eliminado de todas las superficies. En una carnicería elegir un trozo de carne y que en el carnicero lo pique implica el mismo riesgo (Rivero, et al, 2004).

Para realizar preparaciones con dicha presentación de carne (por ejemplo, empanadas, hamburguesas, albóndigas o pastel de papas), lo ideal es cocinar el trozo de carne completo y luego procesarlo (SENAF, 2023).

### *Lácteos*

Las proteínas de la leche de vaca son muy diferentes a las de la leche humana, pueden lastimar el intestino de los y las bebés y causar pequeñas hemorragias en el mismo. Además, el calcio de la leche de vaca compite con el hierro en su absorción, por lo que al tratarse este último de un nutriente crítico e indispensable es necesario garantizar su absorción en esta etapa. Estas dos cuestiones hacen que el consumo de leche de vaca antes del año de vida sea una causa importante de anemia en bebés (Guillén y Vela, 2010)

La leche de vaca tiene una carga osmolar de 220 mOsm/l, mientras que la humana posee 80 mOsm/l y la de fórmula entre 105 y 158 mOsm/l, lo que es un problema para el riñón del lactante menor debido a la sobrecarga de solutos y su capacidad limitada para excretarlos, por otro lado existe mayor riesgo a desarrollar alergias debido a la exposición precoz del niño a las proteínas de esta leche como por ejemplo la caseína (Torresani, 2010).

La leche, por todo lo anterior mencionado, debe incorporarse al año de vida. En cuanto al yogur y queso, su consumo también se recomienda a esa edad, posteriormente se sugieren yogures naturales y quesos reducidos en sal, dentro de los 500 ml de lácteos totales máximos en el día (SENAF, 2023).

### *Alimentos que se puedan aspirar e ir fácilmente a la vía aérea*

Existen alimentos que en su forma original son muy peligrosos y no deben ser ofrecidos enteros hasta por lo menos los 5 años ya que son una de las principales causas de asfixia en la infancia. No obstante pueden ser ofrecidos molidos sobre las comidas, dado que aportan muy buenos nutrientes, algunos ejemplos de estos alimentos son: garbanzos, arvejas, lentejas, maní, semillas, frutos secos, uvas, etc (SENAF, 2023). +

### *Productos ultraprocesados*

La SENAF (2023) aconseja que bebés, niñas y niños pequeños no consuman:

- Galletitas industriales y otros productos de baja calidad nutricional con grandes cantidades de azúcares como el jarabe de maíz de alta fructosa (JMAF).
- Postrecitos y yogures industrializados: además de contener leche de vaca en sus etiquetas describen una alta cantidad de azúcares y otros aditivos.
- Embutidos (salchichas, jamón, entre otros), por su alto contenido de colorantes, conservantes, sal y otros aditivos.
- Gaseosas, jugos industriales, jugos de sobre y otros: no se recomiendan a ninguna edad debido al alto contenido de azúcares, edulcorantes y colorantes.
- Caldos de sobre o concentrados “de cubito”, sopas o purés instantáneos: son ultraprocesados con alto contenido de sal y aditivos.
- Té de hierbas: anís estrellado, paico, boldo, manzanilla, entre otros: no se recomienda en la primera infancia por alto riesgo de toxicidad. Se han observado hemorragias digestivas, broncoespasmos, convulsiones y otras manifestaciones graves por el consumo de estos preparados (Marinoff et al, 2009).
- Las infusiones (té, café, mate) y el cacao: tienen xantinas, compuestos que estimulan al sistema nervioso central, tienen cierto efecto diurético e interfieren en la absorción del hierro (Sanz, 2024). Lo aconsejable es no fomentar el consumo de infusiones porque ocupan lugar en el estómago y tienen baja calidad nutricional, desplazando a otros alimentos, si no hay otra opción se puede ofrecer en pequeñas cantidades y en conjunto con alimentos saludables.

### *Productos dietéticos y edulcorantes:*

El uso de edulcorantes y la aparición de productos dietéticos han sido promovidos como alternativas para combatir la obesidad infantil, la diabetes y la prevención de caries, enfocándose en la reducción de la ingesta calórica y la promoción de opciones alimentarias más saludables. No obstante, la sustitución del azúcar por edulcorantes no garantiza una menor ingesta calórica

total, puesto que los niños que consumen edulcorantes tienden a tener una ingesta energética mayor en comparación con aquellos que no los consumen. Esta situación se atribuye a la capacidad del cerebro de asociar el sabor dulce con la ingesta de glucosa, lo que prepara al organismo para recibir energía. Sin embargo, al no obtener la energía esperada tras la ingesta de edulcorantes, se produce una compensación mediante un aumento del apetito. Además, la exposición temprana a alimentos endulzados puede generar una mayor preferencia por el sabor dulce, lo que podría influir en los hábitos alimentarios a largo plazo. Si bien la Asociación Dietética Americana (ADA) y la Asociación Americana del Corazón (AHA) consideran que el uso de esta sustancia es segura dentro de los niveles de ingesta diaria admisible (IDA), con la excepción del aspartamo en casos de fenilcetonuria, por todo lo anterior mencionado, su consumo está desaconsejado en los lactantes (Gil et al., 2015).

### **Seguridad de los alimentos**

El cuidado con las prácticas de higiene durante la preparación, elaboración, almacenamiento y consumo de los alimentos es crítico para la prevención de enfermedades gastrointestinales (OPS, 2003)

Para asegurar una salud integral óptima en la infancia, las GAPI (2009) detallan diversas medidas preventivas destinadas a evitar la contaminación en los alimentos:

- Lavar las manos con frecuencia y mucho cuidado con agua limpia y jabón, antes de preparar y de servir los alimentos y después de ingresar al baño o de cambiar pañales.
- Usar ropa y delantal limpios.
- Evitar tocarse el pelo, la boca y la nariz mientras se cocina y en caso de hacerlo lavarse las manos de inmediato.
- Tapar la boca con el dorso de la mano o del antebrazo para estornudar o toser y posteriormente lavarse las manos.
- Utilizar siempre agua limpia y potable para preparar los alimentos. En caso de sospechar que el agua puede estar contaminada se debe hervir durante 5 minutos o agregar dos gotitas de lavandina por litro y dejarla reposar media hora en un recipiente tapado antes de usarla.

- Cuidar la higiene de los utensilios y vajillas que se usan para preparar y ofrecer los alimentos.
- Todos los alimentos que se ofrezcan al niño deben ser frescos y en lo posible preparados en ese momento.
- Conservar los alimentos en lugares limpios, frescos y secos.
- Evitar recalentar los alimentos.
- Evitar el contacto de los alimentos con moscas u otro tipo de insectos y con los animales domésticos.
- No pulverizar venenos o insecticidas cerca de los alimentos para evitar su contaminación.
- Asimismo, es importante evitar el contacto de las carnes crudas con otros alimentos e impedir la contaminación cruzada.

### **Alimentación perceptiva y marco afectivo**

La alimentación perceptiva, también conocida como alimentación responsiva, es un estilo de alimentar al niño en el que la mamá, el papá o el cuidador están sintonizados con las señales que emite el infante, esto les permite responder a ellas de modo oportuno y apropiado dándoles el apoyo guiado que necesitan al momento de comer promocionando una relación positiva, saludable y placentera en el consumo de alimentos, minimizando el rechazo a los mismos. La teoría de la alimentación perceptiva se basa en que en el periodo de lactancia exclusiva los bebés lograron crecer y ganar peso de forma correcta gracias a la calidad natural e instintiva de regulación y esa cualidad no se puede perder de la noche a la mañana por cumplir los seis meses de edad. Entonces no parece tener mucho sentido que los padres quieran determinar la cantidad que debe comer el niño y obligarlo a ello, en cambio, se debe conseguir que el pequeño disfrute del momento a la hora de comer con la familia, eludiendo la tortura de intentar que tome “una cucharadita más”, respetando su propio instinto (Orensanz y Tolosana, 2017).

Este estilo de alimentación, según Pérez et al (2017), contempla tres momentos específicos:

- El niño o niña muestra señales de hambre o saciedad por medio de acciones motoras, expresiones faciales o vocalización.
- El cuidador reconoce las señales y responde rápidamente a estas de manera cálida, contingente y apropiada de acuerdo con la etapa de desarrollo.
- La niña o niño experimenta una respuesta predecible ante la señal emitida, lo que le permite autorregularse continuamente.

**Tabla 5***Emisión de señales*

Edad	Señales de hambre	Señales de saciedad
de 0 a 4 meses	Despierta y se sacude, se lleva la mano a la boca, abre la boca, mueve la cabeza buscando el pecho, se estira, llora, abre la boca cuando se alimenta para indicar que quiere más.	Aprieta los labios, voltea la cabeza, disminuye o detiene la succión, escupe el pezón o el chupete, se queda dormido cuando está lleno.
de 4 a 6 meses	Llora o hace berrinche, sonrío cuando mira al cuidador, abre la boca, hace sonidos guturales mientras se alimenta indicando que quiere más, acerca la cabeza a la cuchara o intenta llevar la comida a la boca.	Disminuye la velocidad de succión o deja de succionar, escupe el pezón o el chupete, voltea la cabeza, se distrae o presta más atención a su entorno.
De 5 a 7 meses	Quiere alcanzar la comida, señala la comida.	Come más lento, empuja la comida hacia afuera, la aparta con la mano.

de 8 a 10 meses	Quiere alcanzar la comida, señala la comida, se emociona cuando ve la comida.	Cierra la boca, escupe la comida, la aparta con la mano. Comienza a verbalizar diciendo que no.
de 10 a 12 meses	Expresa deseo por comida específica con palabras, sonidos o gestos.	Dice “no más” con la cabeza, palabras o gestos.
1 año en adelante	Combina frases con gestos como “quiero eso” y señala, dirige al adulto hacia el refrigerador y señala la comida o bebida que quiere, dice “tengo hambre”.	Utiliza frases o palabras como “listo” y “me quiero bajar”, juega con la comida o la lanza.

FUENTE: Pérez et al 2017

La emisión de señales de hambre y saciedad en los niños es una respuesta innata que los adultos deben aprender a reconocer e interpretar. Además, el entorno físico y afectivo desempeña un papel fundamental en el desarrollo de habilidades relacionadas con la alimentación, promoviendo la autorregulación y un vínculo saludable con la comida. Respetar el ritmo de desarrollo del lactante y brindarle cierta autonomía según sus capacidades es esencial, lo que implica aceptar cierto grado de desorden propio de la edad, como evitar limpiarlo constantemente después de cada bocado (Nutripediatría, 2022).

Las comidas deben realizarse en un ambiente tranquilo, sin distracciones y con horarios establecidos, lo que permite al niño anticiparse a estos momentos y fortalecer su capacidad de autorregulación. En este sentido, el uso de pantallas, como la televisión, el teléfono o la tablet durante la alimentación resulta perjudicial ya que desvían la atención del niño impidiendo que establezca una conexión consciente con los alimentos. Como consecuencia, la ingesta se produce sin un registro adecuado de las características organolépticas de los alimentos, debilitando

progresivamente su capacidad de autorregulación y afectando su relación con la comida (SENAF, 2023).

Por otro lado, estrategias como obligar, presionar o premiar a los niños para que coman están desaconsejadas, ya que interfieren con la percepción de su propia saciedad y pueden aumentar el riesgo de sobrepeso, generar problemas en la relación con la comida o reducir la variedad de alimentos que aceptan. Asimismo, no se recomienda utilizar la alimentación como un medio de consuelo, ya que esto puede llevar al niño a asociar la comida con la satisfacción de necesidades emocionales, favoreciendo su uso como un recurso para captar la atención de los adultos o regular su estado afectivo (AEP, 2018).

El momento de la comida es una instancia de comunicación entre los miembros de la familia, en la que los lactantes deben ser incluidos. Los adultos deben ser pacientes con el proceso de adquisición de nuevas habilidades alimentarias, evitando una actitud excesivamente controladora o exigente, ya que esto puede impedir que el niño aprenda a autorregularse. Comer bajo presión puede generar respuestas negativas ante la comida, como rebeldía o rechazo. Resulta relevante mencionar que el rechazo inicial a un alimento, especialmente si es nuevo, no debe considerarse definitivo, la exposición repetida y gradual a distintos alimentos favorece su tolerancia y aceptación tanto a corto como a largo plazo (Ministerio de Salud, 2009).

La alimentación complementaria debe basarse en una dieta variada y saludable, con un enfoque perceptivo respetando las señales de hambre y saciedad. En este proceso, los padres tienen la responsabilidad de decidir **qué, cuándo y dónde** se ofrece la comida, mientras que el niño tiene la autonomía de decidir **cuánto** comer (Pérez, 2011).

### **La doble cara de la malnutrición**

De acuerdo con la OMS (2024), se entiende por malnutrición a las carencias, los excesos o los desequilibrios en la ingesta de energía y/o nutrientes de una persona, abarcando el sobrepeso, la obesidad y las diferentes formas de desnutrición: retraso del crecimiento o desnutrición crónica (baja talla para la edad), emaciación o desnutrición aguda (bajo peso para

talla), insuficiencia ponderal o desnutrición global (bajo peso para la edad) y carencias o insuficiencias de micronutrientes (falta de vitaminas y/o minerales). La desnutrición y la obesidad no sólo son reconocidas como patologías que tienen efectos negativos sobre la salud física y psíquica de quienes las padecen sino que además resultan problemas de salud pública que ameritan el reconocimiento y abordaje prioritario por parte del Estado.

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, causada por una interacción genética-ambiental, caracterizada por el cúmulo generalizado y excesivo de grasa corporal que conlleva a un riesgo sobreañadido para la salud, acorta la esperanza de vida y aumenta la posibilidad de desarrollar otras patologías. El aumento en el consumo de energía y la disminución del gasto calórico producen un desbalance energético que al mantenerse en el tiempo inciden el exceso de peso y obesidad, en esta última ocurren una serie de procesos que desarrollan resistencia a la leptina (hormona encargada de señalar al cerebro la sensación de saciedad) produciendo un círculo vicioso de ganancia de peso. Esta condición no solo afecta a población adulta sino que también existe elevada prevalencia de obesidad infantil, dicha enfermedad disminuye los niveles de condición física, aumenta el riesgo de desarrollar síndrome metabólico, hipertensión, dislipemias y diabetes mellitus tipo II, en donde la obesidad central-visceral y la insulino-resistencia se consideran como características principales que determinan un perfil cardiovascular negativo, y diversos tipos de cánceres. La obesidad durante la infancia se asocia con una mayor probabilidad de muerte en edades tempranas y discapacidad en la edad adulta (Bilbao et al., 2013).

Por su lado la desnutrición es una enfermedad que afecta todos los órganos y sistemas del ser humano, es potencialmente reversible y se produce por una disminución drástica, aguda o crónica, de la incorporación de los nutrientes a las células del organismo. Desde el punto de vista fisiopatológico es un estado de adaptación, funcional y de comportamiento, para sobrevivir a agresiones como la carencia de nutrientes y el exceso de pérdidas, se manifiesta por grados de déficit antropométrico, signos y síntomas clínicos y alteraciones bioquímicas, hematológicas e inmunológicas. La enfermedad produce alteraciones de comportamiento a cualquier edad y el cerebro es altamente vulnerable a un déficit estructural durante el período crítico de crecimiento. Los efectos de la desnutrición en la primera infancia (0 a 6 u 8 años) pueden ser devastadores y permanentes (Sánchez, 2013).

La doble carga de malnutrición en la población infantil “desnutrición/obesidad” conlleva a que los niños y adolescentes presenten bajo rendimiento escolar, problemas de aprendizaje y ausentismo escolar, así como riesgos en su salud y bienestar en etapas posteriores de la vida. La malnutrición infantil constituye un importante condicionante del potencial humano, su ocurrencia compromete distintos aspectos del desarrollo cognitivo y psico-emocional, con efecto en las futuras trayectorias educativas, laborales y con ulterior repercusión en la productividad económica y el capital humano de un país, es por ello que el monitoreo del estado nutricional en las etapas tempranas contribuye a mejorar la salud de las poblaciones actuales y futuras, así como también a reducir los costos derivados de la atención de sus morbilidades asociadas (Loghi et al., 2022).



OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

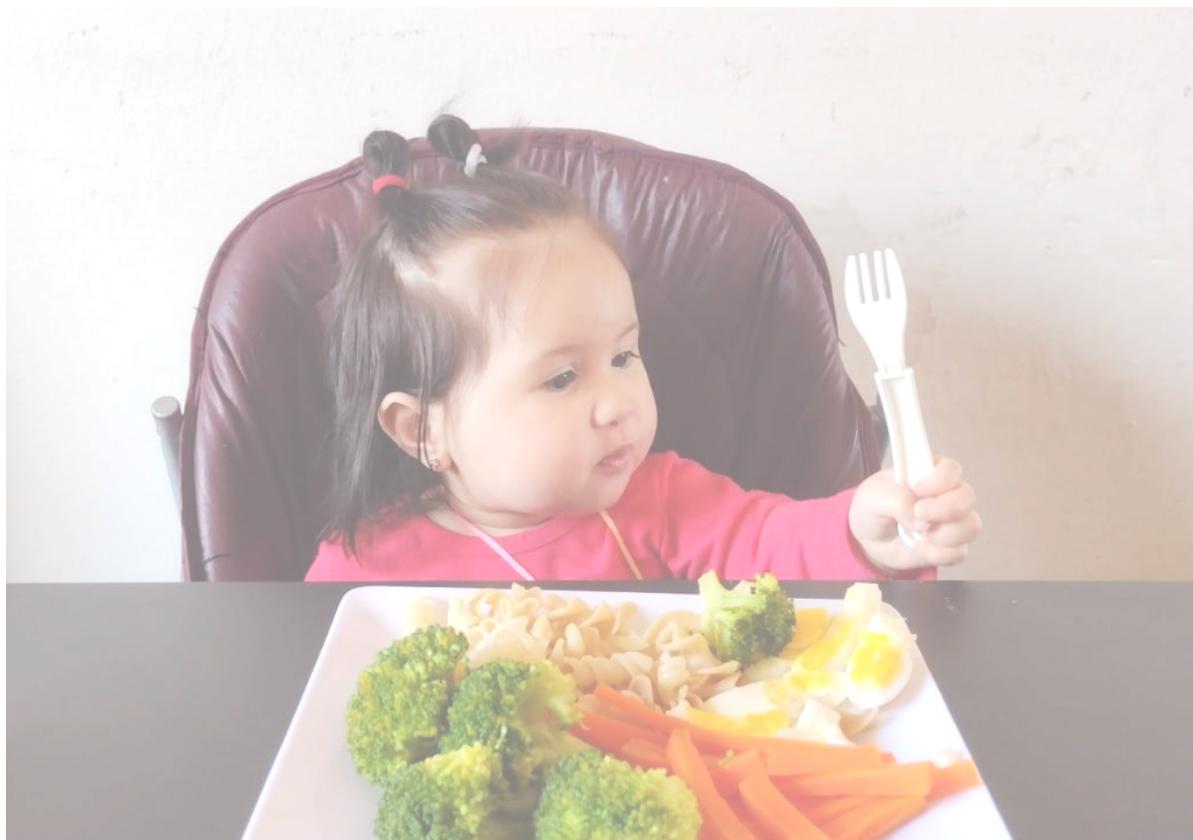
## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- Analizar las practicas alimentarias en niños y niñas de 0 a 24 meses de edad pertenecientes al programa “Control del Niño Sano” del Hospital Área Programa Belisle de Coronel Belisle, Río Negro, durante los meses de Mayo, Junio y Julio del año 2024.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la edad promedio de inicio de la alimentación complementaria e identificar las principales razones para dar comienzo con la misma.
- Determinar la edad promedio de introducción de los diferentes grupos de alimentos.
- Determinar las diferentes fuentes de información de los adultos responsables sobre el orden y prioridad al introducir los diferentes grupos de alimentos.
- Determinar si las familias gozan de un ambiente placentero con interacción familiar a la hora de la comida.
- Determinar la independencia y participación activa del menor en su alimentación.
- Determinar el volumen de ingesta del menor por comida y la perspectiva de los padres respecto a ello.
- Determinar la frecuencia con la que el niño/a se distrae por diversos factores a la hora de comer.
- Determinar si existen ingestas de alimentos en los menores vinculados a las emociones.
- Determinar cuales son las fuentes de información de los adultos responsables respecto a los diferentes factores a la hora de comer.



METODOLOGÍA

## **Enfoque metodológico y tipo de estudio**

En el marco de la investigación se realizó un estudio observacional, de corte transversal con un enfoque cuantitativo. Por lo que a observacional se refiere, el estudio se limita a la examinación de los resultados obtenidos a partir de la información registrada sobre los participantes sin someter a la muestra a ningún tipo de experimento o manipulación del entorno natural en el que existen (Cataldi y Lagé, 2004).

En esta investigación de corte transversal la recolección de datos, para estudiar el comportamiento alimentario de la población diana, se llevó a cabo durante los meses de Mayo, Junio y Julio del 2024 por única vez en el Hospital Área Programa Coronel Belisle en el pueblo de Coronel Belisle en donde la edad, sexo del niño y rol del encuestado (si es padre, madre o tutor) se tomaron como las variables.

## **Población y selección de la muestra**

La localidad de Coronel Belisle es un pueblo de apenas 1764 ciudadanos, conforme a la comunidad, Belisle cuenta con el Hospital Área Programa Coronel Belisle que es un centro de atención primaria con el primer nivel de complejidad y presta servicio médico general, enfermería, odontología, radiología, laboratorio, y psicología. Además cuenta con la concurrencia mensual del área de pediatría, ginecología, nutricionista, psiquiatría y fonoaudiología. Para este estudio la muestra se reduce a los padres/madres/tutores de familias que concurrieron con sus niños al servicio del Programa Control del Niño Sano los días lunes, miércoles y viernes entre las 10:00 y 12:00 am en el hospital Área Programa Coronel Belisle, Rio Negro, en el lapso de Mayo a Julio de 2024, el cual es atendido por el personal de enfermería y cuenta con controles pediátricos mensuales.

## **Criterios de inclusión y exclusión**

Criterios de inclusión:

- Niños/as de 0 a 24 meses sanos con inicio de alimentación complementaria pertenecientes al Programa Control del Niño Sano, Coronel Belisle.

- Disposición del padre/madre/tutor a participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Niños/as de 0 a 24 meses que no pertenecen al Programa Control del Niño Sano, Coronel Belisle.
- Niños/as pertenecientes al Programa Control del Niño Sano sin inicio de alimentación complementaria .
- Niños/as de 0 a 24 meses de edad que posean problemas de salud u otro que impida una lactancia (materna o artificial) y/o una alimentación complementaria adecuada.
- Niños/as pertenecientes al Programa Control del Niño Sano cuyos padres no están dispuestos a participar del estudio.

## **Procedimiento**

Para realizar el versus entre las directrices establecidas por entidades de relevancia en contraste con las practicas de alimentacion complementarias en los hogares se llevó a cabo primeramente una revisión bibliográfica exhaustiva, en la que se incluyen fuentes institucionales tales como la OMS, GAPI y otras recomendaciones de entidades especializadas en nutrición pediátrica. A continuación se procedió a la recopilación de datos. El instrumento de recopilación fue un apartado adaptado del "Cuestionario 0 a 23 meses" de la ENNyS. La encuesta estuvo compuesta por el BLOQUE 6, "Hábitos alimentarios y comensalidad" y el BLOQUE 7, "Historia alimentaria" (Anexo I). Cabe mencionar que dicho cuestionario ha sido modificado tras la adición de un listado de preguntas (Anexo II) con el fin de optimizar los resultados de la investigación. La encuesta propiamente armada se efectuó por medio de la entrevista.

Por último, los resultados obtenidos de las respuestas de los padres o tutores que participaron de la investigación fueron analizados y comparados con las pautas y recomendaciones previas, con el fin de identificar posibles discrepancias o alineaciones entre las prácticas alimentarias implementadas.

## **Instrumento de recolección de datos y su aplicación en Coronel Belisle**

La ENNyS es una encuesta nacional que proporciona información sobre aspectos relacionados con la nutrición a través de la evaluación de numerosas dimensiones, entre ellas la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, los hábitos alimentarios de la población argentina, la ingesta de alimentos y nutrientes a través de un recordatorio de 24 hs (R24H), y la lactancia materna. También indaga sobre alimentación en los entornos escolares, políticas alimentarias, etiquetado nutricional, publicidad de alimentos, y sobre otros temas relevantes de salud como actividad física, enfermedad celíaca y vacunas. Asimismo la encuesta aporta información sobre índices antropométricos (peso y talla) y otras variables objetivas y bioquímicas para evaluar el estado nutricional de la población, la ingesta de sodio y la función renal. La misma se realiza sobre una muestra de individuos que viven en hogares particulares en localidades urbanas de más de 5.000 habitantes, la cual es representativa de la población urbana. (Ministerio de Salud, 2019).

En Argentina fue realizada entre los años 2018 y 2019, pero debido al mínimo de ciudadanos que la encuesta exige, la localidad de Coronel Belisle no participó de la misma. En virtud de lo expuesto, el presente trabajo de investigación se constituye como un recurso invaluable y de gran relevancia para la dirección del hospital, así como para el bienestar de la comunidad a la que sirve.

### **Consideraciones éticas**

Para la recopilación de datos se solicitó permiso mediante una nota (Anexo III) a la directora del Hospital Area Coronel Belisle con la finalidad de que autorice el ingreso a la institución para efectuar el estudio.

La participación de los encuestados fue voluntaria y anónima tras explicar el propósito de la encuesta y la finalidad de la investigación. A fin de proteger y respetar la integridad de los mismos los participantes debieron dar su consentimiento informado (de manera verbal) que toman los resguardos éticos pertinentes basados en la normativa legal vigente, Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326 y la normativa internacional World Medical Assembly de Helsinki (1964).



PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

El total de niños que asistieron al programa durante el periodo de estudio fue de 21 infantes, de ellos solo 16 cumplían con los criterios de inclusión establecidos. En cuanto a la parte de la muestra que fue excluida 4 niños no habían iniciado la alimentación complementaria al momento de la encuesta y 1 no aceptó participar como voluntario, lo que dejó una muestra final de 16 encuestas válidas.

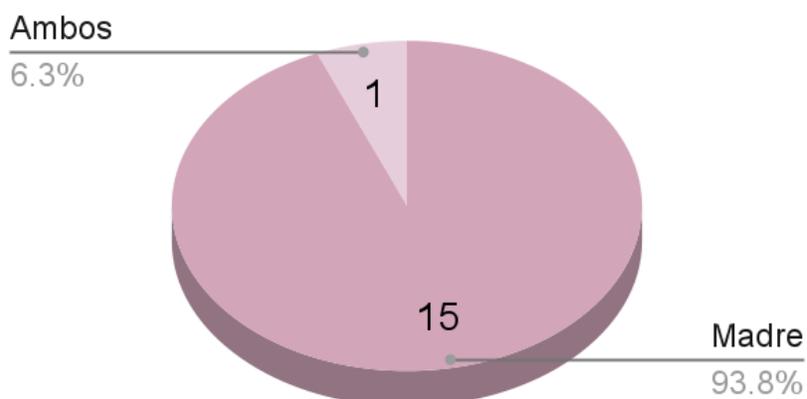
### Rol del acompañante, edad y sexo de los encuestados.

#### ROL DEL ACOMPAÑANTE

Todos los niños participaron en la entrevista acompañados de su madre, a excepción de un encuestado, que estuvo acompañado tanto por su madre como por su padre. Además los resultados indicaron que el 100% de los niños y niñas encuestados se alimentan en compañía de un adulto responsable (gráfico 1), quien además es la persona encargada de recibir las pautas de alimentación del menor.

#### **Gráfica 1:**

*Rol del acompañante*



## Analisis e interpretacion de los datos:

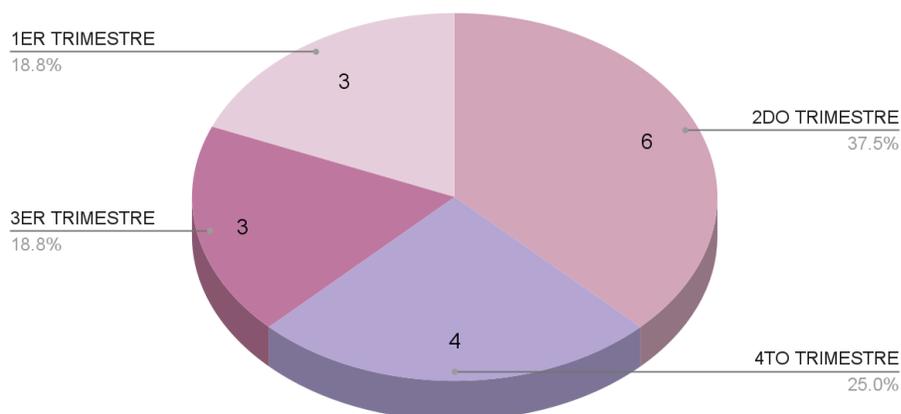
En efecto, se puede apreciar el acompañamiento de los adultos en la alimentación de los/as niños/as subrayando el papel crucial de la familia en el aseguramiento de una nutrición adecuada como derecho del infante (Ministerio de Salud, 2009).

## EDAD DE LOS NIÑOS ENCUESTADOS

El programa Control del Niño Sano atiende a niños y niñas de 0 a 24 meses. Para el análisis de los datos, se dividió a los participantes según su edad en trimestres. De esta forma, el 18.75% corresponde al primer semestre de vida (hasta los 6 meses), el 37.5% al segundo semestre (hasta los 12 meses), el 18.75% al tercer trimestre (hasta los 18 meses) y el 25% al cuarto trimestre (hasta los 24 meses).

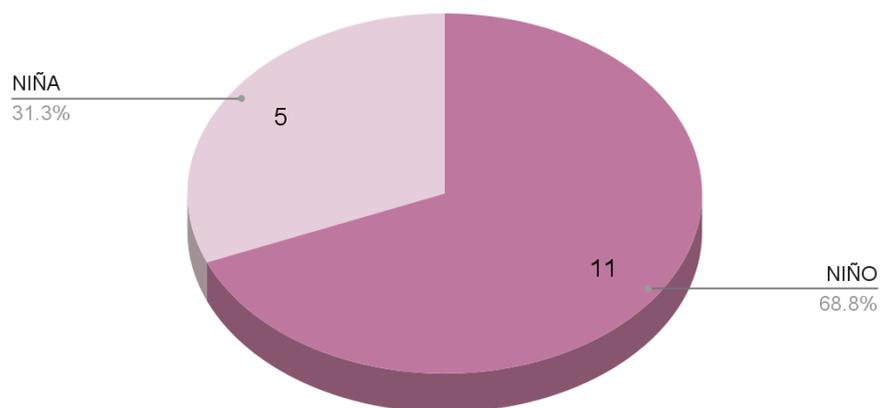
### Gráfico 2

*Edad de los niños encuestados*



## SEXO DE LOS ENCUESTADOS

Diferenciados por sexo de el total de los encuestados el 75% (12/16) eran varones y el 25% (4/16) eran nenas.

**Gráfico 3***Sexo de los encuestados*

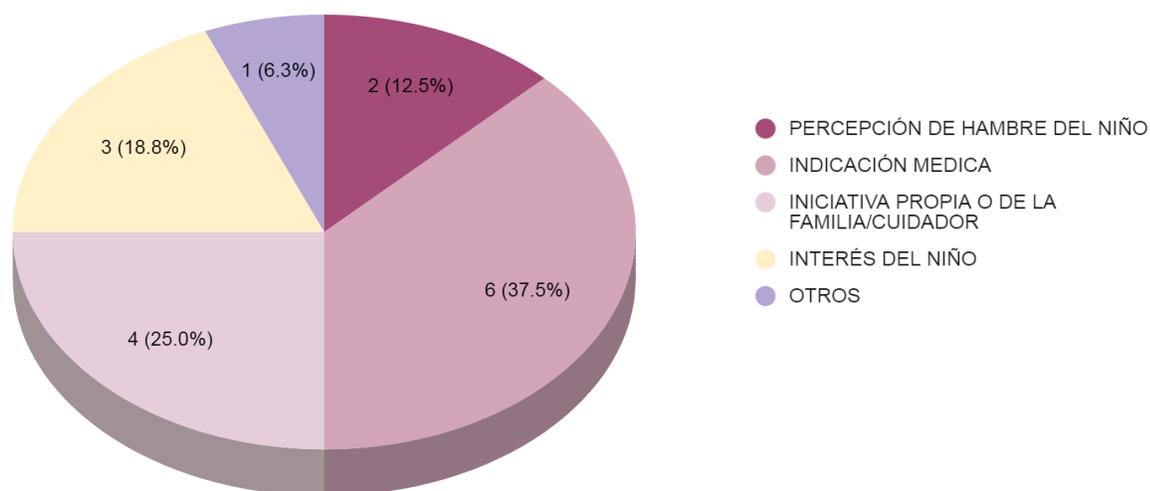
## Motivo y edad promedio de la introducción de la alimentación complementaria

### MOTIVO DE INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Al interrogar a los padres sobre las razones que los llevaron a iniciar la alimentación complementaria se obtuvieron los siguientes resultados (gráfico 4): la indicación médica fue el motivo más mencionado (37,5%) seguida de la propia iniciativa de la familia o cuidadores (25%). Otros motivos que impulsaron el inicio fueron el interés mostrado por el niño en la comida de los mayores (18,8%) y la percepción de los adultos de que el niño parecía tener hambre constantemente (12,5%), finalmente un adulto mencionó que dió comienzo con la alimentación después de haber investigado sobre el tema en internet (6,3%).

#### Gráfica 4

*Motivo de Introducción de la Alimentación Complementaria*

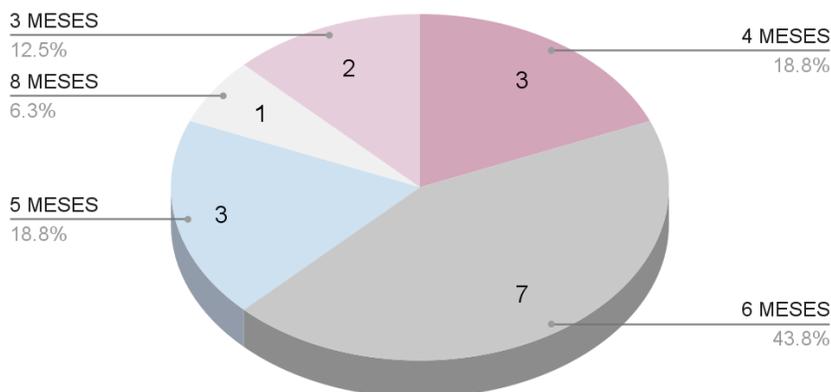


### EDAD DE INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

El promedio de edad de introducción de la alimentación complementaria en la muestra tomada es de 5,1 meses, siendo la edad más temprana a los 3 meses y la más tardía a los 8 meses de edad, en el gráfico 5 se puede observar el detallado en porcentajes.

### Gráfica 5

*Edad de introducción de la alimentación complementaria*



### Análisis e interpretación de resultados:

La OMS (2010) recomienda iniciar la alimentación complementaria alrededor de los 6 meses de vida, momento en el que los bebés desarrollan las habilidades fisiológicas y psicomotoras necesarias para manejar y tragar los alimentos de forma segura. En este estudio se observó que la edad promedio de introducción de alimentos fue de 5,1 meses, con un rango que va desde los 3 meses hasta los 8. Esta variabilidad es preocupante, ya que la introducción temprana o tardía de la misma conlleva riesgos significativos para la salud infantil, afectando tanto el crecimiento inmediato como el desarrollo a largo plazo.

No es fortuito que aquellos que iniciaron la alimentación complementaria de acuerdo con las recomendaciones de la OMS lo hayan hecho bajo indicación médica. Esta obediencia es lo correcto, por el contrario, comenzar a alimentar a un bebe de forma independiente y en desacuerdo con las pautas científicas podría ser perjudicial para la salud del infante. Asimismo, las madres que percibieron signos de hambre en sus hijos y optaron por introducir alimentos

complementarios, debido a la imposibilidad de amamantar, lo hicieron a una edad demasiado temprana. De manera opuesta, el adulto que comenzó a alimentar al menor recién a los 8 meses de edad, lo hizo de modo tardío, ambos extremos del rango de edad de introducción de alimentación complementaria podría tener implicaciones en el desarrollo nutricional, por lo que se recomienda establecer un seguimiento adecuado para prevenir posibles complicaciones tanto a corto como a largo plazo.

### Introducción de los diferentes grupos de alimentos

Para analizar la ingesta de alimentos y su momento de introducción, el cuestionario de menores de dos años de la ENNyS incluyó un listado de interés elaborado a partir de los grupos de alimentos de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (2018) pero adaptado según las características alimentarias de esta población.

Los grupos de alimentos investigados y los alimentos que los compusieron fueron:

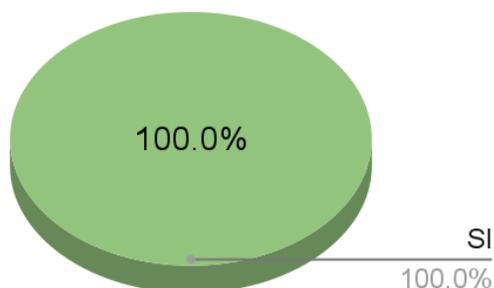
- **Frutas y verduras:** Este grupo se compone de diversos subgrupos, incluyendo *verduras cocidas*, que abarcan aquellas comúnmente utilizadas en la cocina hogareña básica, como zapallo, zapallito, zanahoria y papa. Otro subgrupo incluye *espinaca y acelga*. Además, se considera el *puré de frutas*, que se refiere a la banana pisada o a las frutas preparadas en compota. Por último, se incluyen otras *frutas y verduras crudas o ralladas*, que comprenden todos los alimentos restantes de este grupo.
- **Carnes y huevos:** Este grupo incluye huevos (de gallina, codorniz, entre otros), así como carne vacuna, de pollo y de pescado. También abarca el hígado, la morcilla y otras variedades de carne (para este punto el cuestionario cuenta con un espacio que permite especificar el tipo de carne en cuestión).
- **Cereales, legumbres, pan y pastas:** Este grupo engloba todas las legumbres, los cereales con y sin gluten, las papillas listas para consumir, el pan, las galletas saladas y las galletitas dulces.
- **Leche y yogur:** incluye leche diferente de la materna y yogur.
- **Dulces y grasas:** refiere a helados, postres lácteos envasados, miel y golosinas.
- **Bebidas:** tales como el agua; la gaseosa (común o light); el té; el jugo de frutas frescas casero; el jugo de frutas industrial y el jugo de frutas para diluir, polvo o líquido (común o light).
- **Sal y aceite.**

Al momento de la encuesta, todos los niños/as habían probado al menos un alimento del grupo de frutas y verduras (gráfico 6), así como del grupo de carnes y huevos (gráfico 7). Además, todos habían incorporado al menos un alimento del grupo de cereales, legumbres, papa,

pan y pastas (gráfico 8). En el grupo de leche y yogur, 15 de 16 niños habían consumido al menos uno de los dos alimentos (gráfico 9). En cuanto al grupo de dulces y grasas, 12 de 16 niños habían probado al menos un alimento (gráfico 10). Asimismo, 11 de 16 niños consumían algún líquido, además de agua, del grupo de bebidas (gráfico 11). Por último, 14 de 16 niños habían introducido la sal de mesa en su alimentación y 12 de 16 habían incorporado aceite (gráfico 12). A continuación, se presentan los resultados en gráficas y porcentajes.

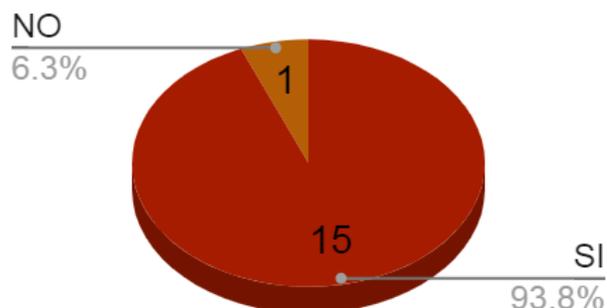
**Gráfico 6**

*Frutas y verduras*



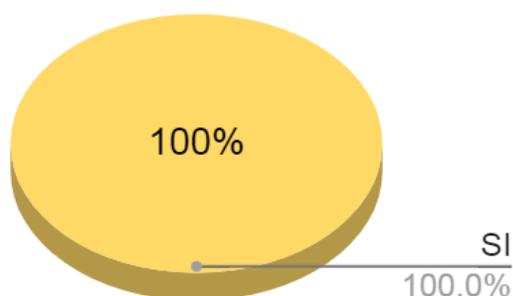
**Gráfico 7**

*Carnes y huevos*



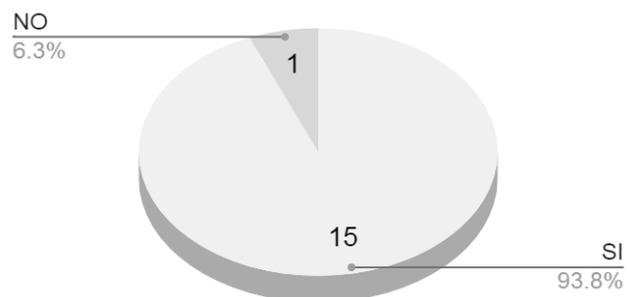
**Gráfico 8**

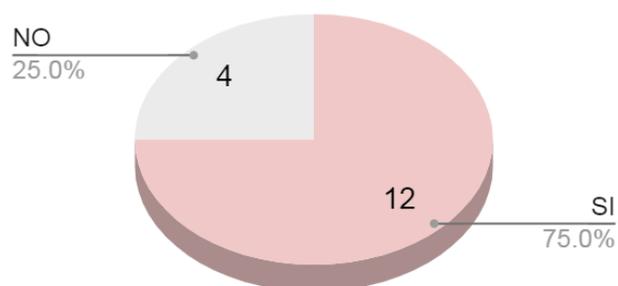
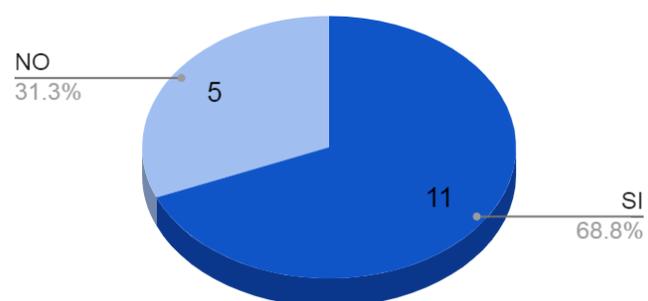
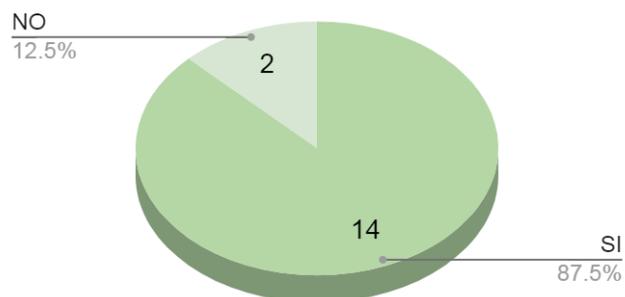
*Cereales, legumbres, pan y pastas*



**Gráfico 9**

*Leche y yogur*



**Gráfico 10***Dulces y grasas***Gráfico 11***Bebidas***Gráfico 12***Otros*

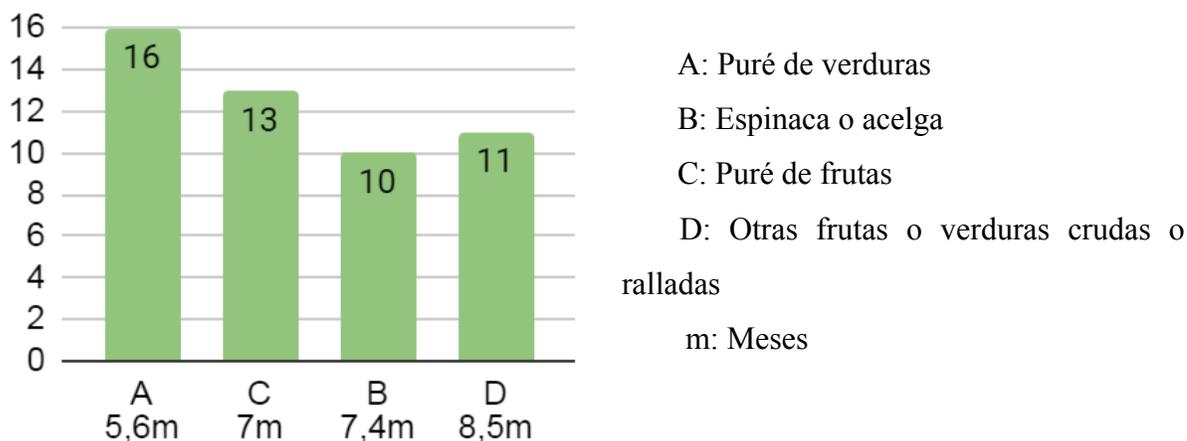
Una vez recolectada toda la información, se procedió a realizar un análisis detallado y específico para cada grupo de alimentos.

## FRUTAS Y VERDURAS

La edad promedio de introducción de este grupo de alimentos fue de 5,6 meses. Se observó que el alimento más tempranamente introducido fue el *puré de verduras cocidas* con una edad promedio de 5,6 meses donde la introducción más precoz ocurrió a los 3 meses y la más tardía a los 8. A continuación se presentó el *puré de frutas* con un promedio de 7 meses, seguido del grupo compuesto por *espinaca o acelga* con un promedio de 7,4 meses. Por último, el grupo de *otras frutas y verduras crudas o ralladas* se introdujeron en promedio a los 8,5 meses (gráfico 13).

### Gráfico 13

*Promedio de edad de introducción de los diferentes subgrupos para frutas y verduras.*



### Análisis e interpretación de resultados:

Si bien es común que estos alimentos de forma general sean seleccionados para preparar las primeras comidas de los infantes, la edad promedio de introducción de acuerdo con la OMS (2010) sigue siendo temprana. El puré de verduras cocidas fue el plato que dió inicio a la alimentación complementaria en la mayoría de los casos. En cuanto al puré de frutas, dentro del marco de evaluación, no parece representar un problema significativo la edad de introducción, sin embargo en relación con alimentos como la acelga o la espinaca (los cuales se recomienda postergar su consumo hasta el año de vida debido al riesgo de causar metahemoglobinemia) la

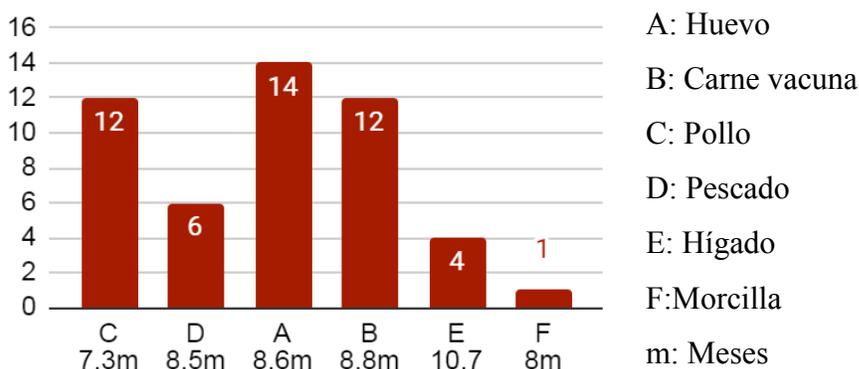
edad de introducción se encuentra por debajo de lo sugerido. Por otro lado, la incorporación tardía de otras frutas y verduras crudas o ralladas se atribuye a la persistencia de mitos y temores por parte de los padres en relación con la inclusión de alimentos crudos en la dieta, promover su incorporación es esencial para diversificar la alimentación del menor, lo que contribuirá significativamente a su aporte nutricional.

## CARNES Y HUEVOS

Para este grupo de alimentos la edad promedio de introducción fue de 8,6 meses, siendo la edad más temprana a los 4 meses y la más tardía al año. Dentro de este grupo se observó que el primer alimento elegido para ser incorporado fue el pollo, con un promedio de 7,3 meses. A continuación, se introdujo el pescado con un promedio de 8,5 meses, seguido por el huevo a los 8,6 meses, la carne vacuna a los 8,8 meses, y finalmente el hígado a los 10,7 meses. En cuanto a la morcilla, ningún encuestado la había probado al momento de la encuesta, y solo un niño había consumido “otro tipo de carne” de manera ocasional en un evento festivo, a la edad de 8 meses (gráfico 14).

### Gráfico 14

*Promedio de edad de introducción para carnes y huevos.*



### Análisis e interpretación de resultados:

Debido al riesgo de deficiencia de hierro en niños que reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, se recomienda la introducción progresiva de carne desde el inicio de la alimentación complementaria (OPS, 2003). Este estudio indica que la edad promedio de incorporación de estos alimentos es tardía.

Por otro lado, aunque el valor nutritivo de la carne blanca es comparable al de la carne roja, se observa una notable preferencia por el pollo sobre la carne vacuna. Los padres explican que esta elección se debe a la percepción de que la carne de pollo es “más liviana” y “menos grasa” que la carne roja, además de la creencia de que esta última es “mala” debido a su recomendación de consumo diario limitado. Sin embargo, no se trata de desinformación; más bien, la información ha llegado distorsionada: un corte magro de pollo y uno de vaca pueden tener cantidades similares de grasa, y, la limitación del consumo de carne roja surge de la recomendación de variar los tipos de carne a lo largo de la semana, y no porque sea inherentemente mala. Esto es relevante en un país como Argentina, donde el consumo per cápita de carne de vaca es el más alto del mundo (Britos et al., 2010).

En cuanto a la incorporación tardía o nula de pescado los adultos expresaron su preocupación por las espinas, una inquietud comprensible que con tiempo y dedicación se puede superar, lo que sería ideal dado al alto valor nutricional de este alimento. Respecto al huevo, su introducción retrasada se debe a que los padres lo desplazan de la dieta porque tienden a preferir otros alimentos, es importante que los padres consideren al huevo en la alimentación de los menores y que lo reconozcan por su alta calidad nutritiva.

#### CEREALES, LEGUMBRES, PAN Y PASTAS

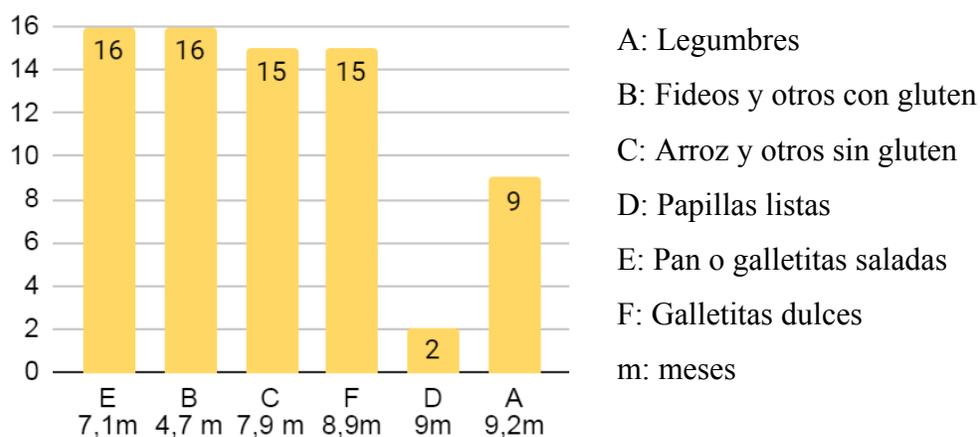
En este conjunto de alimentos existen divergencias que no pueden ser ignoradas al evaluar su introducción en la alimentación complementaria. Para optimizar los resultados se procedió a analizar los datos recogidos por subgrupo de alimentos.

El primer subgrupo de alimentos elegido para ser introducido en la alimentación de los niños fue el compuesto por pan o galletitas saladas, con un promedio de edad de introducción de 7,1 meses y un rango de variabilidad que va desde los 5 a los 12 meses. A continuación se encuentran los fideos y otros alimentos con gluten con una edad promedio de introducción de 7,4 meses; en este caso la introducción más temprana se registró a los 4 meses y la más tardía a los

21 meses. Luego se introdujo el arroz y otros alimentos sin gluten a la edad promedio de 7,9 meses, donde la edad más temprana de introducción fue a los 4 meses y la más tardía a los 12 meses. Posteriormente, se encuentran las galletitas dulces con una edad promedio de introducción de 8,9 meses, cuyo rango varía desde los 6 a los 21 meses. Finalmente, las legumbres se introdujeron a la edad promedio de 9,2 meses, observándose que la edad más temprana de introducción fue a los 6 meses y la más tardía a los 14 meses. En cuanto a las papillas listas, solo 2 de 16 niños las habían probado al momento de la encuesta, lo que resultó en un promedio de 9 meses (gráfico 15).

### Gráfico 15

*Promedio de edad de introducción para cereales, legumbres, pan y pastas*



### Análisis e interpretación de los resultados:

Cuando se consultó a los padres sobre la preferencia por el pan y las galletitas la mayoría especificó que estos alimentos se ofrecieron remojados en té (el análisis de este último alimento será desarrollado en las secciones posteriores). En cuanto a los alimentos con gluten y sin gluten hay mucho por analizar, la variabilidad en las edades de introducción es extensa y según lo expresado por los adultos responsables esto se debe a diversos factores como: las dudas sobre si exponer a los niños al gluten (dado que este se considera un alérgeno potencial); la desinformación acerca de los hidratos de carbono en general y la influencia de preferencias gustativas y/o culturales. Por otro lado, en el contexto de estudio el promedio de edad para la introducción de galletitas dulces resultó ser temprana, la OMS (2010) recomienda que la

incorporación de productos con alto contenido de azúcares y sodio se difiera hasta después de los 2 años de edad. Además es importante señalar que las galletitas son productos ultraprocesados cuyo consumo en exceso puede conllevar efectos adversos para la salud en la infancia. En el caso de las legumbres la edad promedio de introducción podría haber sido más favorable, muchos padres señalaron que su bajo o nulo consumo se debe a factores como las preferencias culinarias, falta de hábito y escaso conocimiento sobre su preparación para ofrecer a los niños. Esta situación resulta lamentable, dado el elevado valor nutritivo que ofrece este alimento.

Al evaluar la edad de introducción de las papillas se pueden considerar dos aspectos fundamentales, primero se debe discutir la pertinencia de su uso (si optar por papillas o no), para esta edad se espera que los niños hayan comenzado a consumir alimentos en su forma natural, lo que favorece la preservación de sus características organolépticas y contribuye al desarrollo adecuado de la masticación y la deglución. En segundo lugar, es relevante señalar que las papillas se consideran alimentos ultraprocesados, cuyo consumo se desaconseja hasta los 2 años de edad.

## LECHE Y YOGUR

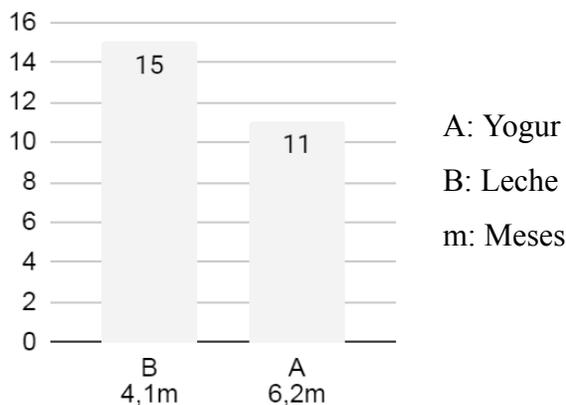
Dada la singularidad de cada alimento se analizaron de manera individual.

La edad promedio de introducción del yogur fue de 6,2 meses, posicionándose como el segundo alimento seleccionado para iniciar la alimentación complementaria después del puré de verduras cocidas. De los 16 niños 15 habían probado el yogur, el único que no lo había incorporado habría sido diagnosticado por su pediatra con intolerancia a la lactosa. La edad más temprana de introducción del yogur se registró a los 3 meses, y la más tardía a los 5 meses.

En relación con la leche diferente a la materna, la edad promedio de introducción fue de 4,1 meses; en algunos casos se incorporó leche de fórmula desde el nacimiento debido a la imposibilidad de la madre para amamantar y en otros, la decisión de incluir leche de origen animal se tomó a los 12 meses en correlación con la indicación del pediatra (gráfico 16).

### Gráfico 16

*Promedio de introducción para la leche y el yogur*



### Analisis e interpretacion de los resultados:

Los padres que consultaron a un profesional sobre la alimentación complementaria de sus hijos mostraron conocimiento respecto a la recomendación de retrasar el consumo de ambos lácteos hasta el año de vida. Sin embargo, un número considerable de ellos ya había introducido el yogur antes de ser informados, por su parte, la leche de origen animal que no había sido incorporada para entonces, se debía a que los niños permanecían en lactancia materna, lo que los llevó esperar hasta el año de vida para incorporarla. Esto indica que quienes ofrecieron lácteos a sus hijos antes del primer año lo hicieron bajo la sensación de que estos alimentos eran inofensivos. La falta de información es evidente, más aún en los casos donde la introducción de yogur fue a edades tan tempranas.

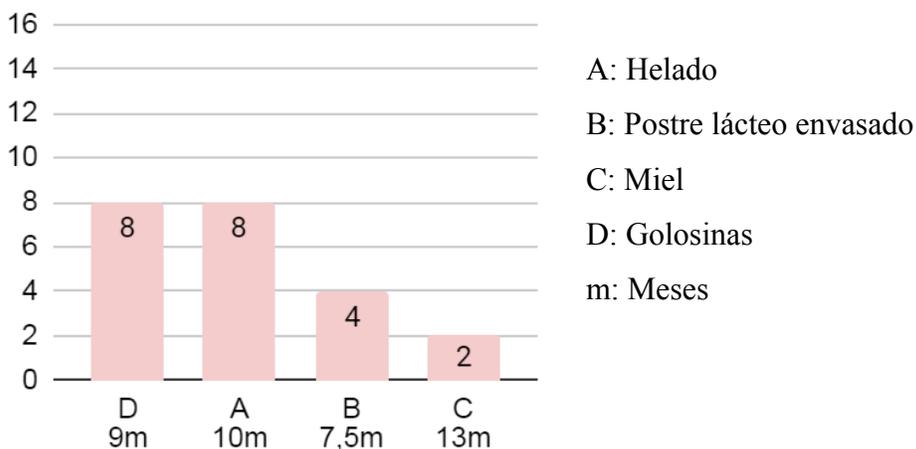
### DULCES Y GRASAS

De los 16 encuestados, el 50% había probado una golosina al momento de la encuesta, lo que resultó en una edad promedio de introducción de 9 meses siendo la edad más temprana de 7 meses y la más tardía de 12 meses. Asimismo, el 50% de los infantes había consumido helado, con una edad promedio de introducción de 10,7 meses. Un 25% de los niños había probado un postre lácteo envasado con una edad promedio de 7,5 meses. Finalmente, solo dos madres

indicaron la introducción de miel en la dieta del menor a las edades de 8 meses y 18 meses, respectivamente (gráfico 17).

### Gráfico 17

*Promedio de introducción de dulces y grasas.*



### Analisis e interpretacion de los resultados:

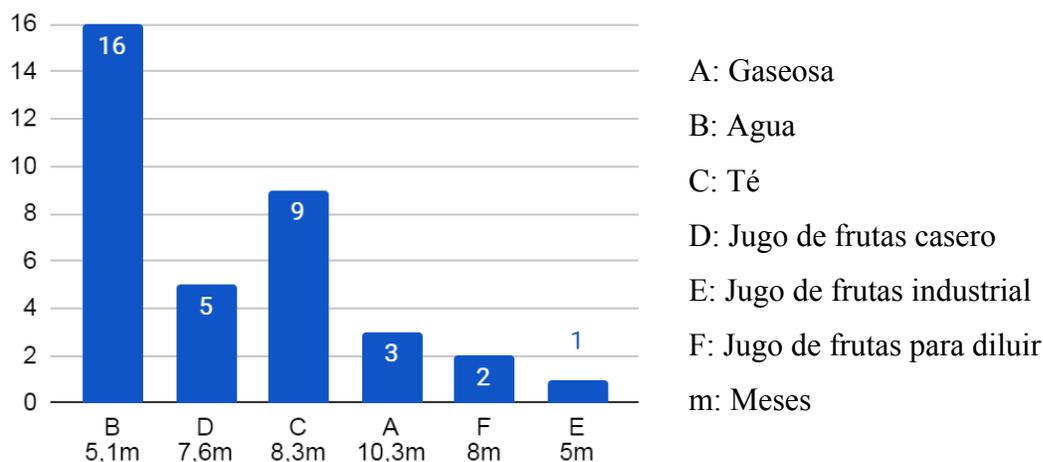
El ingrediente principal de las golosinas es el azúcar y, como se mencionó, se recomienda retrasar su consumo hasta los 2 años o más; por lo que la edad promedio de introducción observada en el estudio es precoz. Aunque el helado fue ligeramente más tardío en introducirse, el tiempo sigue siendo adelantado dado que se trata de un producto ultraprocesado. En cuanto al consumo de postres lácteos envasados también es considerada temprana su introducción debido a la composición de este ultraprocesado a base de leche de vaca, azúcar y diversos aditivos cuyo consumo se sugiere postergar tanto como sea posible. Respecto al consumo de miel, se pueden evaluar dos aspectos según la edad del encuestado: el primero está relacionado con el riesgo de botulismo asociado al consumo de miel antes del año. Pasado este periodo, aunque el riesgo disminuye, la miel sigue siendo un alimento azucarado, y su consumo continúa siendo desaconsejado.

### BEBIDAS

Todos los adultos ofrecieron agua a los menores antes que cualquier otra bebida a una edad promedio de 5,1 meses siendo la edad más temprana al mes y a la más tardía a los 8 meses de edad. A continuación, el jugo de frutas casero fue introducido a la edad promedio de 7,6 meses. En tanto el té se introdujo a un promedio de edad de 8,3 meses. La edad promedio de introducción de la gaseosa fue a los 10,3 meses. Por último, el jugo de frutas diluido tuvo una edad promedio de introducción de 8 meses mientras que el jugo de frutas industrial había sido consumido por un único niño a los 5 meses de edad (gráfico 18).

### Gráfico 18

*Promedio de introducción de bebidas.*



### Analisis e interpretacion de los resultados:

Es preocupante que la introducción más temprana para una bebida, (sin importar que fuera agua potable) ocurriera a 1 mes de vida cuando la evidencia científica dicta que durante el primer semestre el bebé no necesita ningún líquido distinto a la leche materna o, en su defecto, leche de fórmula. En contraste, la introducción más tardía se registró a los 8 meses, es fundamental que el niño consuma agua potable una vez que inicia la alimentación complementaria, dado que esto favorece el metabolismo y previene la deshidratación (Ministerio de Salud, 2009).

En cuanto al jugo de frutas casero, sería valioso ampliar la investigación para indagar sobre la frecuencia de consumo y el método de ingesta: si se bebe directamente de la mamadera

o en un vaso con cuchara. Respecto al té, es preocupante su inclusión en la alimentación complementaria considerando que su consumo se encuentra desaconsejado en la población infantil debido a su escasa calidad nutricional y a la presencia de antinutrientes (Sanz, 2024).

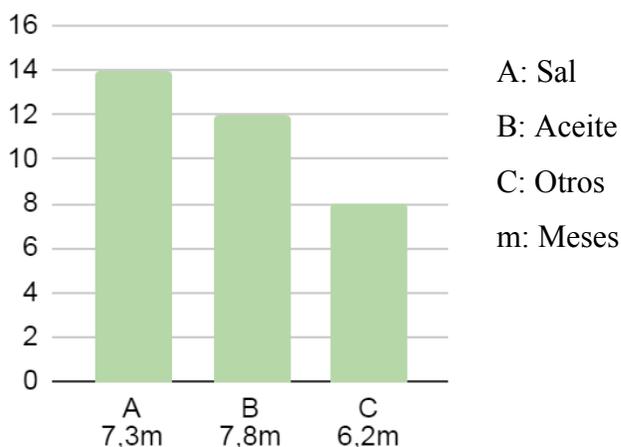
Un aspecto positivo de los resultados es que se registró una baja cantidad de niños consumidores de otras bebidas: 3 para gaseosa, 2 para jugo de frutas diluido y 1 para jugo de frutas industrial. Sin embargo, las edades de introducción para todos estos casos son tempranas. Estos productos ultraprocesados contienen altos niveles de azúcar, cafeína y aditivos, por lo que se recomienda retrasar su consumo el mayor tiempo posible (SENAF, 2023).

#### OTROS ALIMENTOS: SAL Y ACEITE

El último grupo de alimentos de la encuesta mostró que la edad promedio para la introducción de sal de mesa fue de 7,3 meses mientras que para el aceite fue de 7,8 meses respectivamente. En relación con el ítem que pedía nombrar algún alimento que el infante consuma y no esté en el listado, se obtuvieron los siguientes resultados: 7 menores habían incorporado caldo de verduras a una edad promedio de 6,2 meses, el resto de los entrevistados no aportó información sobre esta pregunta (gráfico 19).

#### Gráfico 19

*Promedio de introducción de sal y aceite.*



**Analisis e interpretacion de los resultados:**

La OMS (2010) recomienda aplazar el consumo de sal hasta los 2 años, lo que indica que la edad promedio de introducción es muy precoz. En cuanto al aceite que se sugiere incorporarlo con el inicio de la alimentación complementaria, si bien la edad de introducción es aceptable, podría ser más temprana; por otro lado, al preguntar a los padres sobre el método de cocción indicaron que lo consumen crudo, lo que es muy favorable porque los menores no estarían ingiriendo alimentos fritos.

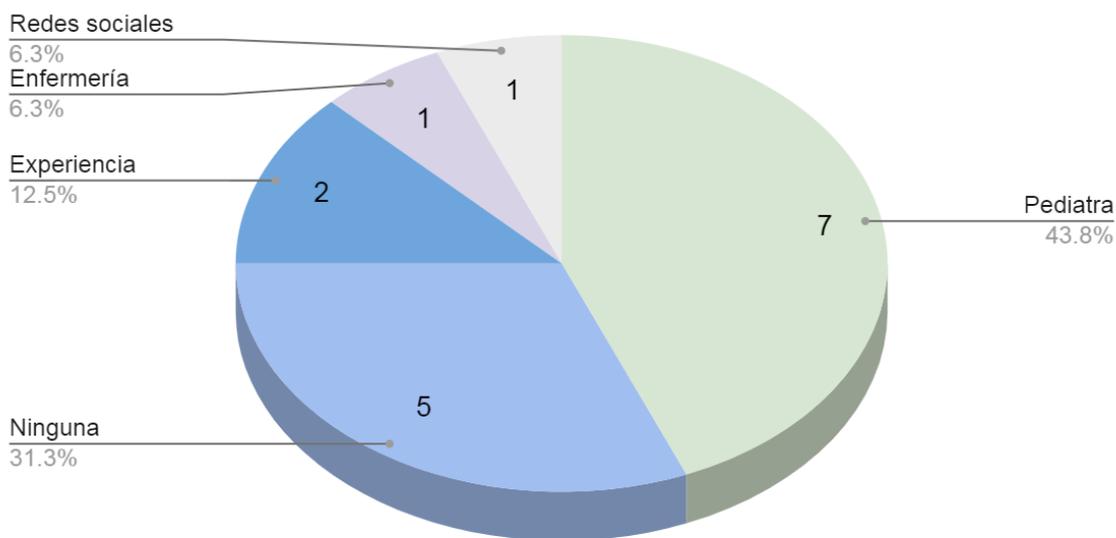
Por último, los adultos señalaron que el uso del caldo en las "sopitas" de los bebés era para dar sabor evitando el aporte de sal, dicho razonamiento es erróneo ya que la sal es el ingrediente principal de estos productos y su consumo está desaconsejado.

## FUENTES DE INFORMACIÓN DE LOS ADULTOS RESPECTO AL ORDEN DE PRIORIDAD DE INTRODUCCIÓN DE LOS DIFERENTES ALIMENTOS.

Con el objetivo de entender la perspectiva de los padres, se investigó sobre las fuentes de información que poseían en relación al orden de prioridad y el tiempo recomendado para introducir cada alimento en la alimentación complementaria. De los 16 adultos responsables, 7 habían sido instruidos por el médico pediatra, 5 no disponían de ninguna fuente de información, 2 se basaron de su propia experiencia, 1 recibió orientación por parte de enfermería y 1 adquirió conocimiento a través de redes sociales. A continuación se pueden apreciar los resultados en el gráfico 20.

### Gráfico 20

*Fuente de información de los padres respecto al orden de prioridad de introducción de los diferentes alimentos*



### Analisis e interpretacion de los resultados

De los encuestados, solo el 50% de los padres recibió pautas o recomendaciones sobre la alimentación complementaria de sus hijos por parte de un profesional de la salud; curiosamente,

en ninguno de los casos fue un nutricionista. Por otro lado, la información proporcionada por las redes sociales puede ser una herramienta de gran utilidad, debido a su accesibilidad y actualización, siempre que sea proporcionada por un profesional calificado en el área. Asimismo es importante señalar que como las recomendaciones nutricionales están en constante evolución, no es lo ideal guiarse únicamente por la experiencia personal ni mucho menos omitir la búsqueda de información.

Los padres infravaloran la relevancia de contar con información adecuada respecto a qué darles de comer a sus hijos, lo que puede impactar negativamente en el estado nutricional de los niños.

### Factores que influyen a la hora de comer

La encuesta realizada a los 16 niños y niñas pertenecientes al programa Control del Niño Sano contaba con una serie de preguntas en relación al momento de la comida del menor, a continuación se presentan los resultados:

#### AMBIENTE E INTERACCIÓN FAMILIAR EN LA COMIDA DEL MENOR

Los resultados determinaron que 12 de los 16 encuestados establecen un diálogo con el resto de la familia a la hora de comer (gráfico 21). De igual forma 15 de ellos gozan de un momento y ambiente placentero al momento de la comida (gráfico 22), el restante manifestó que la falta de disfrute se debía a problemas familiares. En cuanto a los adultos responsables, 11 padres habían recibido pautas sobre la importancia de crear un entorno agradable, pacífico y placentero a la hora de comer, de encuentro y comunicación familiar, libre de estrés y/o preocupaciones, dichas recomendaciones fueron recibidas por parte del médico pediatra, nutricionista, enfermería, redes sociales y la misma familia (gráfico 31).

#### **Gráfico 21**

*Interacción familiar a la hora de comer*



#### **Gráfico 22**

### *Sensación de placer a la hora de comer*



#### **Analisis e interpretacion de los resultados:**

La mayoría de los niños se benefician de un ambiente familiar propicio durante las comidas, lo que es crucial para su bienestar emocional y el desarrollo saludable de sus hábitos alimenticios (Ministerio de Salud, 2009). Para los encuestados restantes, es fundamental que se tome la iniciativa para fomentar estos aspectos e impulsar una experiencia con la comida más positiva y enriquecedora.

#### **INDEPENDENCIA Y PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL MENOR EN SU ALIMENTACIÓN**

La investigación sobre la participación activa de los niños en su alimentación reveló que 12 de los encuestados consumen alimentos directamente de su plato individual mientras que el resto comparte su comida con un adulto (gráfico 24). Por otra parte, 7 niños demuestran una independencia total al alimentarse solos, con sus propias manos o utensilios. En contraste, 3 niños dependen completamente de la asistencia de un mayor para ser alimentados. Para el resto de los participantes la alimentación autónoma ocurre ocasionalmente, ya sea desde su propio plato o del plato de otro (gráfico 25). Solo la mitad de los padres tenía conocimiento sobre la importancia de la utilización de un plato individual y exclusivo para la alimentación del menor y

la repercusión de una alimentación activa e independiente, esta información había sido brindada por el personal de salud, de internet y de la experiencia propia (gráfico 32).

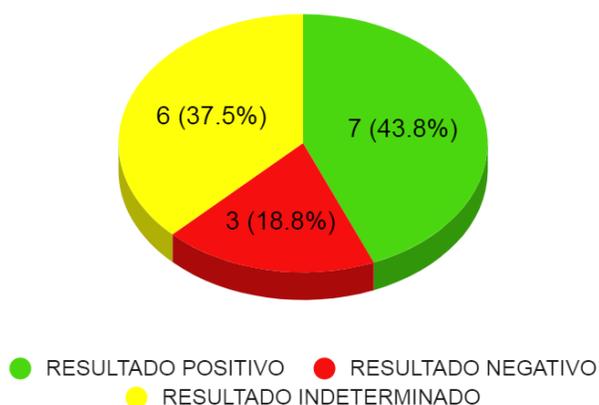
### Gráfico 23

*Utilización de un plato individual y exclusivo para la alimentación del menor*



### Gráfico 24

*Participación activa e independiente del menor en su alimentación*



### Analisis e interpretacion de los resultados:

Las GAPI (2009) y la OMS (2010) recomiendan que desde que se inicia la alimentación complementaria los bebés deben alimentarse de forma independiente, con un plato individual,

haciendo uso de sus propias manos o con cubiertos. Esta práctica no solo favorece un desarrollo motor adecuado, sino que también les proporciona seguridad y confianza. Además, al comer de manera autónoma, los bebés desarrollan la capacidad de autorregulación, lo que promueve una alimentación perceptiva y sus correspondientes beneficios. En contraste, cuando la alimentación del bebé depende exclusivamente de las decisiones del adulto respecto a cómo y qué cantidad comer, se altera su capacidad de autorregulación, lo que puede tener un impacto negativo en su estado nutricional a largo plazo, afectando su desarrollo y bienestar general.

## VOLUMEN DE INGESTA DEL MENOR Y PERSPECTIVA DE LOS PADRES RESPECTO A ELLO

El volumen de comida de los niños es un tema de gran interés entre los padres; sin embargo, se ha identificado una notable falta de información al respecto. En la muestra analizada, 15 de 16 infantes son alimentados hasta que, a juzgar por los padres, muestran estar satisfechos. En un caso, la madre indicó que su hijo solo consumía directo de la porción servida, que nunca había considerado pertinente evaluar el registro de la cantidad ingerida (gráfico 26).

Al solicitar a los padres su percepción sobre la cantidad de alimento que consumían sus hijos por comida, se obtuvieron los siguientes resultados: 10 de 16 adultos consideraron que la cantidad de comida era adecuada, 2 opinaron que era inferior a lo necesario, 2 estimaron que era superior, y 2 encuestados no supieron responder (gráfico 27). No obstante, solo 5 adultos afirmaron tener conocimiento sobre el registro del nivel de saciedad de sus hijos y el volumen de comida por ingesta según la edad, ya sea a través de recomendaciones del médico pediatra o mediante la búsqueda de información en internet (gráfico 33).

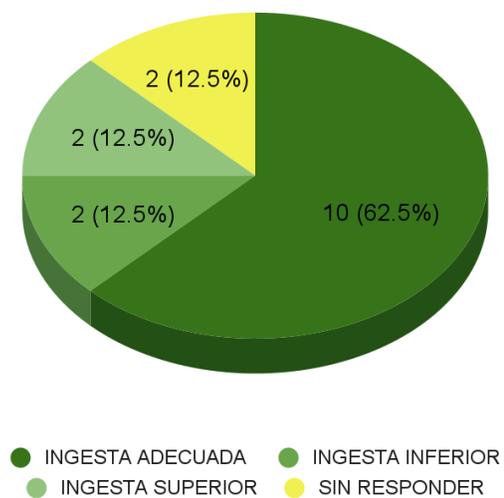
### **GRÁFICO 25**

*Niños alimentados hasta mostrar saciedad*



## GRÁFICO 26

*Percepción de los padres respecto al volumen de ingesta por comida del menor en relación a lo que necesita*



## Analisis e interpretacion de los resultados

En línea con las recomendaciones de la OMS (2010), es apropiado que los padres dejen que los menores se alimenten hasta que aparenten estar satisfechos, lo que sugiere un enfoque de

alimentación perceptiva. Por el contrario, servir una porción que el bebé deba ingerir por completo genera incertidumbre sobre si está comiendo en exceso, de manera adecuada o si presenta déficit.

Aunque la percepción de la mayoría de los padres fue que la ingesta de los menores era acorde a sus necesidades, otros expresaron dudas al respecto. Es importante destacar que los bebés, gracias a sus mecanismos de autorregulación, tienden a consumir la cantidad de alimento que requieren, por eso es tan importante estimular una alimentación perceptiva y así alcanzar un estado nutricional óptimo.

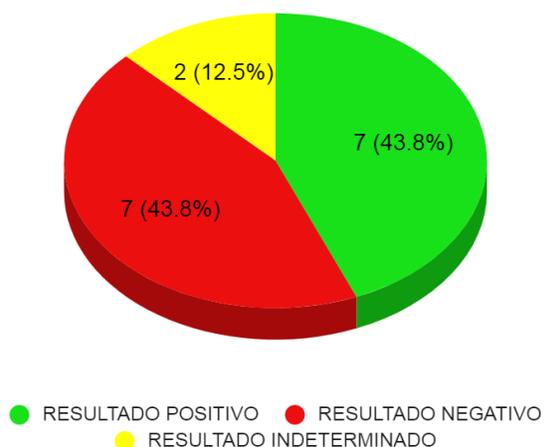
A pesar de que muchos padres admitieron no tener un conocimiento profundo sobre el registro del nivel de saciedad o el volumen de ingesta adecuado para edad, su intuición les permitió responder correctamente a las señales de hambre y saciedad, evitando forzar la alimentación en caso de señal rechazo y ofreciendo más alimentos cuando los niños lo pedían.

#### USO DE PANTALLAS U OTRAS DISTRACCIONES AL MOMENTO DE COMER

El uso de pantallas o juegos como distracción durante las comidas es una práctica que genera dudas en los adultos responsables. La falta de información sobre este hábito y sus posibles consecuencias influye en la toma de decisiones. Según los resultados, 7 de 16 niños comen sin mirar ninguna pantalla, mientras que otros 7 lo hacen ocasionalmente y 2 comen solo con una pantalla frente a ellos (gráfico 28). Otra distracción común, utilizada con el fin de que el infante coma más, es el clásico “avioncito” u otros juegos, en este caso se estableció que 7 de 16 padres no utilizan este recurso, 6 lo emplean de vez en cuando y 3 lo hacen siempre (gráfico 29). Solo 5 mamás estaban informadas sobre lo desaconsejado que está el uso de pantallas u otras distracciones a la hora de comer, dicha información había sido brindada en algunos casos por el médico pediatra y, en otros, fue obtenida a través de redes sociales (gráfico 34).

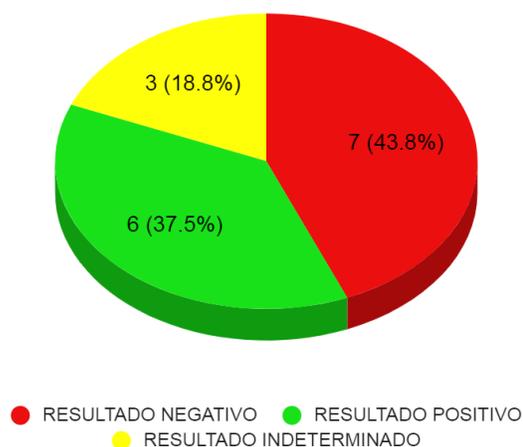
#### **GRÁFICO 27**

*Uso de pantallas a la hora de comer*



## GRÁFICO 28

*Uso de juegos como recurso para elevar la ingesta del menor*



### Análisis y discusión de los resultados:

El empleo de pantallas durante las comidas está completamente desaconsejado por diferentes organizaciones como la OMS (2010) y el Ministerio de Salud de la Nación (2023), esto se debe a que tal distracción puede obstaculizar la capacidad de autorregulación del bebe, lo

que arrastraría consecuencias futuras lamentables en los hábitos de alimentación del menor. Lo mismo sucede cuando se utiliza un juego para entretener al niño y se le obliga a comer más de lo que necesita. Aunque muchos padres adoptan estas estrategias con la intención de que el niño coma más (bajo la creencia de que "de otro modo no lo hará") el impacto de estas prácticas puede ser perjudicial.

## INGESTA DE ALIMENTOS VINCULADOS A LAS EMOCIONES

El uso de los alimentos como premio o castigo, o en relación a las emociones, fue otro aspecto relevante en la investigación. Los resultados indican que 13 de 16 los padres no utilizan estas estrategias, mientras que el resto de los adultos sí la emplean (gráfico 30). Es preocupante que solo dos adultos estuvieran al tanto de las contraindicaciones de esta práctica; una madre lo sabía por experiencia propia y la otra por indicación del personal de salud (gráfico 35).

### Gráfico 29

*Oferta de alimentos al menor vinculados a las emociones*



### Analisis e interpretacion de los resultados:

Si bien es positivo que algunos padres hayan evitado esta estrategia, aunque no de manera intencional, la falta de información sugiere la necesidad de mayor concienciación sobre los efectos negativos que puede tener el uso de alimentos en contextos emocionales,

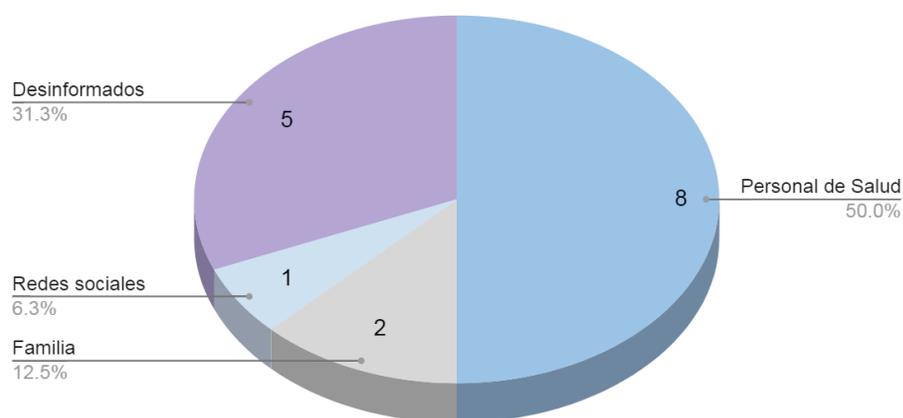
independientemente de si el alimento es considerado saludable o perjudicial para la salud. Los padres deben tener claro que alimentarse tiene como único propósito nutrirse, para así poder transmitir este mensaje a sus hijos. Desvincular las emociones de los alimentos podría ser crucial para mantener una relación saludable de los niños con la comida y promover su desarrollo nutricional.

#### FUENTE DE INFORMACIÓN DE LOS ADULTOS RESPECTO A LOS DIFERENTES FACTORES A LA HORA DE COMER

El rango de padres desinformados respecto a los diferentes temas va desde el 31,3% al 87,5%. Para padres informados, dependiendo del tratado en cuestión, la variabilidad en porcentajes va desde el 12,6 % hasta el 68,7% cuya información fue brindada por personal de salud, la familia, la experiencia misma, redes sociales o internet. A continuación se pueden apreciar los resultados en los diferentes gráficos.

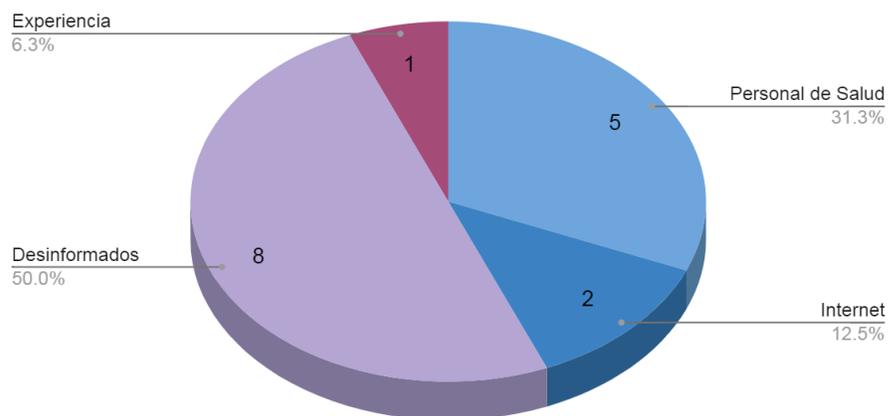
#### Gráfico 30

*Fuente de información de los adultos respecto al ambiente e interacción familiar en la comida del menor*

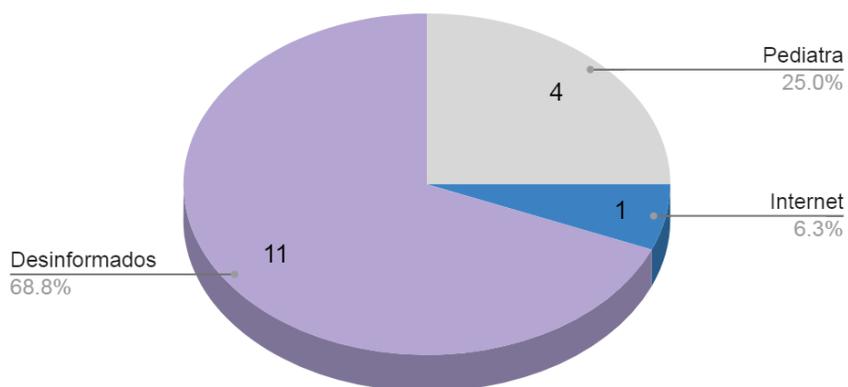


**Gráfico 31**

*Fuente de información de los adultos respecto a la independencia y participación activa del menor en su alimentación*

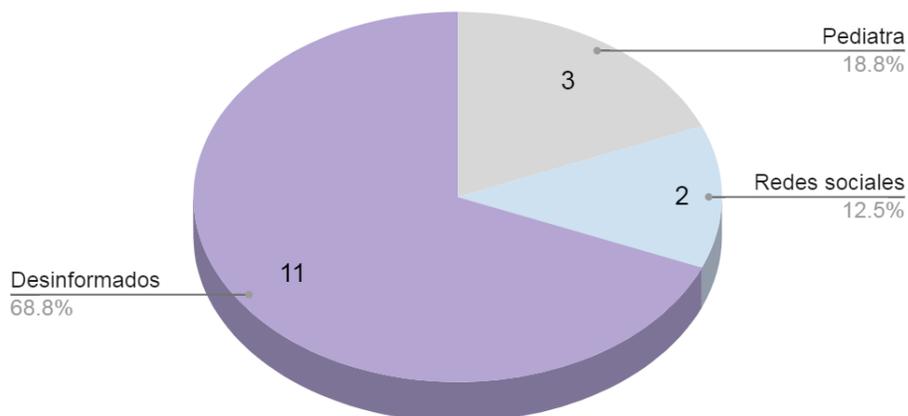
**Gráfico 32**

*Fuente de información de los adultos respecto al volumen de ingesta del menor y su perspectiva sobre ello*



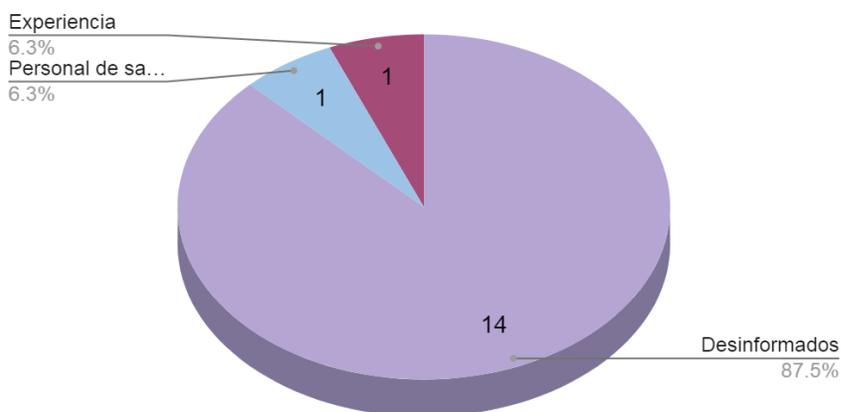
### Gráfico 33

*Fuente de información de los adultos respecto al uso de pantallas u otras distracciones al momento de comer*



### Gráfico 34

*Fuente de información de los adultos respecto a la oferta de alimentos al menor vinculados a las emociones*



### Analisis e interpretacion de los resultados:

La variabilidad entre padres informados y desinformados, según el tema tratado, constituye una desventaja significativa ya que revela que, en muchos casos, los adultos

responsables no disponen de la información necesaria para resolver disputas relacionadas con la alimentación del bebé. Además, es importante señalar que quienes han recibido información lo han hecho, en su mayoría, a través del personal de salud, pero sin que el nutricionista haya desempeñado un papel central en este proceso. Aunque Internet y las redes sociales son herramientas válidas para proporcionar información, esto solo será efectivo si la información es veraz y respaldada por evidencia científica. Por último, es cierto que la experiencia personal puede ofrecer enseñanzas valiosas, pero no se debe olvidar que la ciencia está en constante evolución, y por ende, las recomendaciones y pautas nutricionales también lo están.

En este sentido, los padres a menudo subestiman la importancia de estar bien informados, lo cual es fundamental para alcanzar el máximo potencial de conocimiento y asegurar así la salud óptima de las futuras generaciones.



CONCLUSIÓN

El presente estudio analizó la alimentación complementaria ejercida en un grupo de familias identificando discrepancias entre las recomendaciones oficiales y las decisiones prácticas tomadas por los cuidadores. A partir de los resultados obtenidos, se propone una reflexión final que busca sintetizar los hallazgos más relevantes y destacar la importancia de reforzar la educación alimentaria y el acompañamiento profesional en esta etapa tan sensible del desarrollo.

La investigación evidenció una brecha significativa entre las pautas recomendadas por organismos internacionales, como la OMS, y las prácticas reales llevadas a cabo por las familias en la alimentación complementaria. Si bien la mayoría de los padres reportaron seguir indicaciones médicas para iniciar con este proceso, un porcentaje considerable tomó decisiones basadas en percepciones personales, mitos o información incompleta; la edad de inicio de la alimentación complementaria registró casos extremos que van desde los 3 hasta los 8 meses. Esta variabilidad exponen a los infantes a riesgos nutricionales y de salud, ya sea por una introducción precoz que puede, por un lado, interferir con la lactancia materna y la obtención de sus nutrientes y, por otro, aumentar el riesgo de infecciones, o por un retraso que compromete la adecuada adquisición de nutrientes esenciales.

En cuanto a los grupos alimentarios si bien los primeros alimentos introducidos suelen alinearse con las recomendaciones generales, como las verduras cocidas y las frutas, preocupan ciertos patrones como la introducción temprana de espinaca y acelga, el uso de alimentos ultraprocesados (papillas, galletitas y dulces) y azúcar libre antes de los 2 años (galletitas duces, golosinas, gaseosas, jugos y helado), la tardía incorporación de alimentos ricos en hierro como carnes y legumbres, y la incorporación de sal desde que los menores comienzan a alimentarse. Además, la inclusión de productos como caldos industriales y té refleja desinformación que puede impactar negativamente en el desarrollo infantil. Las elecciones alimentarias de los padres estuvieron influenciadas por idealizaciones personales o culturales, temores infundados y una interpretación errónea de las recomendaciones nutricionales. Ejemplos de ello incluyen la preferencia por el pollo sobre la carne roja por considerarla más "ligera" y la exclusión del pescado debido al temor a las espinas. Estas decisiones, aunque bien intencionadas, podrían ser corregidas con estrategias educativas efectivas que promuevan prácticas basadas en evidencia.

La investigación además resalta la importancia de varios factores relacionados con la alimentación complementaria, vinculados al desarrollo saludable de los niños, entre ellos se observó que la mayoría de los padres promueven un entorno placentero durante las comidas, lo que resulta esencial para el bienestar emocional y el establecimiento de hábitos alimenticios saludables en los menores. Sin embargo también se identifican desafíos, como la falta de conocimiento generalizado sobre prácticas claves recomendadas por las GAPI, como el uso de platos individuales y el fomento de la alimentación autónoma y perceptiva. Aunque la mayoría de los niños en el estudio mostraron avances en su independencia alimentaria, algunos aún dependen significativamente de la asistencia de un adulto, lo que puede limitar el desarrollo de habilidades motoras y la autorregulación. Del mismo modo, mientras que muchos padres confían en su intuición para evaluar las necesidades alimentarias de sus hijos, solo una minoría cuenta con información clara sobre las señales de hambre y saciedad. Esto refuerza la necesidad de educación continua en torno a la alimentación perceptiva para evitar prácticas como servir porciones fijas o forzar la ingesta, que podrían afectar negativamente el estado nutricional de los infantes a largo plazo.

Además, se identificaron áreas problemáticas en torno al uso de distracciones como pantallas o juegos durante las comidas y la vinculación de los alimentos con emociones, premios o castigos. Estas prácticas, aunque utilizadas por una minoría, tienen implicaciones negativas que pueden influir en la relación del niño con la comida, comprometiendo su capacidad de autorregulación y su bienestar emocional. Es fundamental sensibilizar a los padres sobre los riesgos de estas estrategias y promover hábitos que favorezcan una relación positiva con los alimentos.

Por otro lado, en relación a las fuentes de información de diversos aspectos de la alimentación complementaria, se constató que, aunque algunos padres recibieron orientación de profesionales de la salud, en ningún caso se contó con la intervención de un nutricionista, lo que subraya la falta de integración de esta figura clave en el proceso de educación alimentaria. También se comprobó que un número considerable de padres no contaba con ninguna fuente de información o se basaba exclusivamente en experiencias personales, un enfoque que puede resultar insuficiente frente a las necesidades específicas de los bebés y la evolución constante de las pautas nutricionales. En cuanto a la utilización de redes sociales e Internet como fuentes de

conocimiento representa tanto un desafío como una oportunidad. Si bien estas plataformas pueden facilitar el acceso a información actualizada, es esencial que los contenidos sean validados por profesionales competentes y basados en evidencia científica. Aunque los padres tienen una disposición general hacia prácticas alimenticias saludables, persisten lagunas significativas en el conocimiento y aplicación de las pautas recomendadas.

En síntesis, este trabajo resalta la necesidad de fortalecer las instancias de asesoramiento a las familias, promoviendo un enfoque multidisciplinario donde pediatras, nutricionistas y otros actores de la salud trabajen en conjunto para garantizar una alimentación complementaria segura, adecuada y acorde a las necesidades del infante. Asimismo, desarrollar políticas públicas que combatan la desinformación y prioricen el acceso a recursos educativos claros y accesibles. Solo así será posible cerrar la brecha existente entre las pautas científicas y las prácticas reales, priorizando un primer vínculo sano de los niños con la comida y, en consecuencia, su desarrollo integral óptimo.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio reflejan, en términos generales, una continuidad con los antecedentes revisados. Al igual que en las investigaciones de Spipp et al. (2022) y Zapata et al. (2015), se observa que en múltiples casos no se cumple con los indicadores establecidos por entes oficiales (OMS, GAPI) para las prácticas de alimentación complementaria.

Este estudio refuerza lo observado por Macías et al. (2013), quienes señalaron patrones de incorporación temprana de alimentos con gran densidad nutricional. Asimismo, la tendencia a retrasar alimentos como legumbres o carnes se alinea con lo reportado por Gatica y Méndez de Feu (2009), quienes también documentaron una introducción tardía de estos grupos fundamentales.

Una de las limitaciones del presente trabajo fue el uso de la encuesta de la ENNyS como base, ya que su estructura cerrada impidió la exploración de otros alimentos de frecuente consumo infantil, como snacks, salchichas y golosinas en todas sus formas o la abundancia de platos típicos elaborados como guisos, pucheros salsas y demás y sus formas de preparación. Esto restringe la amplitud del análisis sobre la calidad de la alimentación en la infancia temprana.

Otra dificultad metodológica fue la necesidad de agrupar alimentos disímiles bajo criterios nutricionales, como ocurrió al unir pan con galletitas. Esta decisión, si bien funcional para el análisis estadístico, puede haber ocultado diferencias significativas en el grado de procesamiento y el listado de ingredientes entre los alimentos agrupados.

Además, los hábitos de alimentación de los niños fueron evaluados en forma agrupada, lo que limita la posibilidad de interpretar prácticas individuales. Por lo tanto, no se puede afirmar si un niño mantiene en forma consistente prácticas adecuadas o inadecuadas, sólo se obtuvieron tendencias generales.

Por último, es importante destacar que las entrevistas se realizaron en el marco del control del niño sano. Sin embargo, en algunos casos, los niños entrevistados también asistían al hospital por interconsultas médicas, compartiendo espacios cerrados con niños enfermos. Esto pudo haber

influido en la asistencia o participación, ya que la enfermedad o exposición al contagio puede haber afectado la disponibilidad de algunas familias.

## REFERENCIAS

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). (2010).

Código Alimentario Argentino (Ley N.º 18.284). Capítulo I. DISPOSICIONES GENERALES. +

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). (2010).

Código Alimentario Argentino (Ley N.º 18.284). Capítulo IX. ALIMENTOS FARINÁCEOS - CEREALES, HARINAS Y DERIVADOS.

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). (2011). *Informe del Comité*

*Científico sobre el botulismo infantil*. Revista del Comité Científico, (14).

[https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad\\_alimentaria/evaluacion\\_riesgos/informes\\_comite/BOTULISMO\\_INFANTIL.pdf](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad_alimentaria/evaluacion_riesgos/informes_comite/BOTULISMO_INFANTIL.pdf)

Aguirre, P. (2017). *Una historia social de la comida* (1a ed.). Lugar Editorial.

Albito Carrillo, T. M. (2015). *“Hábitos alimenticios y su influencia en el estado nutricional de*

*los adolescentes del bachillerato del colegio Diez de Noviembre, de la parroquia los encuentros, en el año 2014”*. [Tesis de grado. Universidad Nacional de Loja].

<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/9197/1/Teresa%20Margarita%20Albito%20Carrillo.pdf>

Alderete, M y Giorgetti, A. (2017). *Representaciones sociales sobre alimentación saludable en los cuidadores de niños preescolares de Barrio Chingolo, Córdoba, en el año 2017* [Tesis de grado. Universidad Católica de Córdoba]. Universidad Católica de Córdoba.  
[https://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/1468/1/TF\\_AldereteGiorgetti.pdf](https://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/1468/1/TF_AldereteGiorgetti.pdf)

Amiel Tison, C. y Gosselin, J. (2006). *Desarrollo neurológico de 0 a 6 años. Etapas y evaluación*. Narcea, S. A. DE EDICIONES.

Antún, C., Amicone, M. B., y Bitar, M. (2023). *La alimentación como hecho social: una mirada integral*. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/07/isis\\_modulo\\_2\\_la\\_alimentacion\\_es\\_cultura.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/07/isis_modulo_2_la_alimentacion_es_cultura.pdf)

Asociación Española de Pediatría, Comité de Nutrición. (2018). *Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria*.  
<https://www.aeped.es>

Britos, S., Savarí, A. y Vilella, F. (2010). *Buenas prácticas para una alimentación saludable de los argentinos*. Buenos Aires: Editorial Facultad de Agronomía.

Brizuela D. N., Marquez J. C., CAMPOS, I. y Santiago, R. (2013) Alimentación complementaria en niños/as sanos de 6 a 24 meses. Guías de manejo clínico. *Archivos Venezolanos de puericultura y pediatría*, 76(3), 128-135.

Brusco, O. J. (1980). *Compendio de nutrición normal*. López Libreros.

Cardenas, R. (2020). *Consumo de alimentos ultraprocesados en niños de 3 a 8 años y sus consecuencias*. [Tesis de grado, FUNDACIÓN BARCELÓ Facultad de Medicina].

[https://repositorio.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH01dc.dir/BR\\_C\\_TFI\\_CardenasRosario.pdf](https://repositorio.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH01dc.dir/BR_C_TFI_CardenasRosario.pdf)

Cataldi, Zulma y Lagé Fernando. *Diseño y organización de tesis*. Buenos Aires: Nueva librería, 2004

Cuadros-Mendoza, C. A., Vichido-Luna, M. A., Montijo-Barrios, E., Zárate-Mondragón, F., Cadena-León, J. F., Cervantes-Bustamante, R., Toro-Monjárez, E. y Ramírez Mayans J. A. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. *Acta Pediátrica México*, 38(3), 182-201. <http://dx.doi.org/10.18233/APM38No3pp182-2011390>

Escudero, P. (1938). Las leyes de la alimentación. *Instituto Nacional de Nutrición*, 2(1), 25-48.

Escobar M. (2013). *Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a*

*consulta externa de pediatría en el hospital del IESS de Latacunga en el período junio–septiembre del 2013* [Tesis de grado, Pontificia universidad católica del ecuador].

Repositorio

PUCE.

<https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/b7c0943b-52ef-41c3-830a-7956ab21293d/content>

Gatica, C. I. y Méndez de Feu, M. C. (2009). Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. *Archivos argentinos de pediatría*, 107(6), 496-503.

Gil-Campos, M., San José-González M. A. y Díaz-Martín J. J. (2015). Uso de azúcares y edulcorantes en la alimentación del niño. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. *Anales de Pediatría*, 83 (5), 353.e1-353.e7.

<https://doi.org/>

Guillén-López, S. y Vela-Amieva, M. (2010). Desventajas de la introducción de la leche de vaca en el primer año de vida. *Acta Pediátrica de México*, 31(3), 123-128.

<https://doi.org/10.18233/APM31No3pp123-128>

Jiménez-Ortega, A. I., Martínez-García, R. M., Velasco-Rodríguez-Belvis, M. y Ruiz Herrero, J. (2017). De lactante a niño: alimentación en diferentes etapas. *Nutrición Hospitalaria*, 34(4), 3-7. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1563>

Jiménez Acosta, S. (2019). *La alimentación complementaria adecuada del bebé*. MINSAP, INHEM, UNICEF

<https://www.unicef.org/cuba/media/876/file/alimentacion-adecuada-bebe-guia-unicef.pdf>

Learte Alvarez, M. A. (2015). Alimentación complementaria en el lactante. En M. Perdomo-Giraldi y F. De Miguel-Durán. *Pediatría Integral* (pp 260-267). PRÓXIMO 29 CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA (SEPEAP).

Longhi, F., Cordero, M. L. y Cesani, M. F. (2022). Malnutrición infantil en Río Chico (Tucumán, Argentina). Evolución y manifestaciones actuales en el contexto de la transición nutricional. *Revista Universitaria de Geografía* 31(1), 13-37.  
<https://doi.org/10.52292/j.rug.2022.31.1.0033>

López, L. B. y Suárez, M. M. (2018). *Fundamentos de nutrición normal*. El ateneo.

Macias M. A. I., Quintero S. M. L., Camacho R. E. J. y Sánchez S. J. M. (2009). LA TRIDIMENSIONALIDAD DEL CONCEPTO DE NUTRICIÓN: SU RELACIÓN CON LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD. *Revista chilena de nutrición*, 36(4), 1129-1135.  
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400010>

Marinoff, M. A., Martínez, J. L., y Urbina, M. A. (2009). Precauciones en el empleo de plantas medicinales. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 8(3), 184-187. <https://www.redalyc.org/pdf/856/85611774014.pdf>

- Macias, S. M., Rodríguez, S. y Ronayne de Ferrer, P. A. (2013). Patrón de alimentación e incorporación de alimentos complementarios en lactantes de una población de bajos recursos. *Revista Chilena de Nutrición*, 40(3).
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. (2009). *Guías alimentarias para población infantil*. [https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF\\_Equipo\\_baja.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF_Equipo_baja.pdf)
- Ministerio de Salud. (2019). *2ª Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS2)*. [https://cesni-biblioteca.org/wp-content/uploads/2019/10/0000001565cnt-ennys2\\_resumen-ejecutivo-20191.pdf](https://cesni-biblioteca.org/wp-content/uploads/2019/10/0000001565cnt-ennys2_resumen-ejecutivo-20191.pdf)
- Ministerio de Salud. (2010). *Manual de lactancia materna*. [https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Posparto\\_y\\_lactancia/manual\\_lactancia\\_minisal\\_2010.pdf](https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Posparto_y_lactancia/manual_lactancia_minisal_2010.pdf)
- Ministerio de Salud. (2018). Manual para la aplicación de las GUIAS ALIMENTARIAS PARA LA POBLACION ARGENTINA. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina\\_manual-de-aplicacion\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf)
- Ministerio de Salud. (2022). *Segundo informe de indicadores priorizados: 2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2)*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud de Chile. (2010). *Manual de lactancia materna: Contenidos técnicos para profesionales de la salud* (2ª ed.). Ministerio de Salud de Chile.
- Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén. (2022). *Alimentación complementaria*. <https://salud.neuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2024/11/Anexo-Alimentacion-Complementaria.pdf>

Nagua Andrade, S. K., Narvaéz Fajardo, T. N y Saico Saldaña, S. M. (2015). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al Subcentro de salud zona 6 distrito 01d01 barrial Blanco Cuenca 2015* [Tesis de grado, Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas y Escuela de Enfermería] Repositorio Institucional Universidad de Cuenca.  
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/items/4f2d50e0-5443-4f89-ac94-b6fa29a55d30>

Nutripediatría. (2022). *Alimentación perceptiva*.  
<https://nutripediatria.com/2022/04/08/alimentacion-perceptiva/>

Orensanz Álava, Á. y Tolosana Lasheras, T. (2017). *Manual sobre cómo ofrecer una alimentación complementaria saludable*. Unidad Docente AFyC Sector Zaragoza 1.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*.  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion para la ac.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*.  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49355/9789275330944-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud. (2024, 1 de Marzo). Malnutrición.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Pérez Escamilla R., Segura Pérez, S. y Lott, M. (2017). *Guías de alimentación para niñas y niños menores de dos años: Un enfoque de crianza perceptiva*. Investigación sobre alimentación saludable. <http://healthyeatingresearch.org> +

Pérez-Lizaur, A. B. (2011). Alimentación complementaria. *Gaceta Médica de México*. 147(1), 39-45.

Rivero M. A., Padola N. L., Etcheverría A. I. y Parma A. E. (2004). Escherichia coli enterohemorrágica y síndrome urémico hemolítico en Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 64 (4), 352-356. <https://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v64n4/v64n4a14.pdf>

Rodríguez Gonzales P. y Larrosa Haro A. (2013). Definición, clasificación y epidemiología de la desnutrición en la transición nutricia en México. En Sánchez Ramírez, C., A. *Desnutrición y obesidad en pediatría* (pp. 95-106). Editorial Alfil, S. A. de C. V.

Rodríguez Gonzales P. y Larrosa Haro A. (2013). Definición, etiología y clasificación del sobrepeso y la obesidad. En Bilbao Chávez, L., Chávez Barrera, J., A. y Juárez Naranjo, E. *Desnutrición y obesidad en pediatría* (pp. 167-178). Editorial Alfil, S. A. de C. V.

- Rodríguez Romero, D. (2017). *Alimentación y Emociones. Una sinergia fundamental para nuestro bienestar* [Proyecto Final de Postgrado en Educación Emocional y Bienestar, Universidad de Barcelona]. Dipòsit Digital: <http://hdl.handle.net/2445/118538>
- Rojas Delgado, A. G. (2022). *Estado y estilo nutricional de vida del personal de salud del Distrito IID05 Espíndola-Salud* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Digital - Universidad Nacional de Loja. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/25615>
- Salazar, S., Chávez, M., Delgado, X., Pacheco, T. y Eudis Rubio. (2009). Lactancia materna. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 72(4), 163-166. [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492009000400010](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400010)
- Sanz, N. (2024). *Efectos del consumo de Yerba Mate sobre el desarrollo óseo, dentario y mandibular* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Rosario]. RepHip UNR. <https://rephip.unr.edu.ar/items/3e90e825-2228-44c1-9233-99b5a50623f0>
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2001). *Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años*. [https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim\\_0a2.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf)
- Solans, A. (2012) Promoción de hábitos saludables en la alimentación de los niños. ¿Qué le pasa al pediatra?. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 110 (2), 137-143.

Subsecretaría de Primera Infancia, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF). (2023). *Salud y alimentación en la primera infancia*. Ministerio de Desarrollo Social.

Spipp, J. P., Rierersman, C. N., Rivas, F. P., Calandri, E. L. y Albrecht C. (2022). Evaluación de las ingestas dietéticas y prácticas alimentarias en niños de 6 a 23 meses en una localidad del noreste argentino. *Arch Argent Pediatr*, 120(6), 369-376.

Torres Carvajal M. (2009). DESARROLLO DE LA DENTICIÓN. LA DENTICIÓN PRIMARIA. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*.  
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-23/>

Torresani, M. B. (2010). *Cuidado nutricional pediátrico* (2ª. ed.). Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Tortora J. G. y Derrickson B. (2013). *Principios de Anatomía y Fisiología* (13ª ed.). Editorial Médica Panamericana S.A.

UNICEF/FIC Argentina. (2023). *Situación alimentaria de niños, niñas y adolescentes en Argentina*.  
[https://www.unicef.org/argentina/media/17631/file/Estudio%20"Situaci%C3%B3n%20alimentaria%20de%20ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20en%20Argentina".pdf](https://www.unicef.org/argentina/media/17631/file/Estudio%20)

Vega-Velasco-Manrique, M. (2014). Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. *Medicina Naturista* 8 (2), 64-72.

Zapata, M. E., Fortino, J., Palmucci, C., Padrós, S., Palanca, E., Vanesia, A. y Carmuega, E. (2015). Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria,

según los indicadores básicos propuestos por la OMS, en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario, Argentina. *DIAETA*, 33(150), 12-20.

## ANEXOS

## ANEXO I

## Cuestionario de 0 a 23 meses de la ENNyS - Bloque 6 y bloque 7

<b>BLOQUE 6. HABITOS ALIMENTARIOS Y COMENSALIDAD</b>			
<b>Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los momentos en que (nombre) come.</b>			
<i>Sólo preguntar a niños a partir de los 6 meses cumplidos.</i>			
<b>6.1</b>	¿Con qué frecuencia (nombre) come acompañado/a?	Nunca	(0)
		Algunas veces	(1)
		Casi siempre	(2)
		Siempre	(3)
		NS/NC	(9)
<b>6.2</b>	¿Con qué frecuencia le hablan a (nombre) durante las comidas?	Nunca	(0)
		Algunas veces	(1)
		Casi siempre	(2)
		Siempre	(3)
		NS/NC	(9)
<b>6.3</b>	Mientras (nombre) come, ¿con qué frecuencia mira pantallas de algún dispositivo electrónico como celular, televisión, tablet, etc?	Nunca	(0)
		Algunas veces	(1)
		Casi siempre	(2)
		Siempre	(3)
		NS/NC	(9)
<b>6.4</b>	Cuando alimentan a (nombre), ¿con qué frecuencia le permiten agarrar la comida solo/a?	Nunca	(0)
		Algunas veces	(1)
		Casi siempre	(2)
		Siempre	(3)
		NS/NC	(9)

6.5	Cuando le sirven la comida a (nombre), ¿con qué frecuencia lo hacen en un plato aparte con su porción?	6.6	Cuando alimentan a (nombre), ¿con qué frecuencia le permiten comer hasta que se muestra satisfecho/a (aunque parezca que comió poco o demasiado)?
	Nunca (0)		Nunca (0)
	Algunas veces (1)		Algunas veces (1)
	Frecuentemente (2)		Frecuentemente (2)
	Siempre (3)		Siempre (3)
	NS/NC (9)		NS/NC (9)
6.7	Cuando alimentan a (nombre), ¿con qué frecuencia le hacen algún tipo de juego (por ejemplo: "el avioncito", "una por mamá", etc.) para distraerlo y que coma más?	6.8	¿Con qué frecuencia premian a (nombre) cuando consideran que comió bien (con gaseosa, golosinas, juguetes u otras cosas)?
	Nunca (0)		Nunca (0)
	Algunas veces (1)		Algunas veces (1)
	Frecuentemente (2)		Frecuentemente (2)
	Siempre (3)		Siempre (3)
	NS/NC (9)		NS/NC (9)
6.9	¿Con qué frecuencia considera como placentero el momento de la comida de (nombre)?	6.10	En su opinión, la mayoría de las veces, el niño acostumbra a comer una cantidad de comida...
	Nunca (0)		... mayor a lo que necesita (1)
	Algunas veces (1)		... adecuado a lo que necesita (2)
	Frecuentemente (2)		... menor de lo que necesita (3)
	Siempre (3)		NS/NC (9)
	NS/NC (9)		

BLOQUE 7. HISTORIA ALIMENTARIA				
7.1	<p>Ahora le voy a nombrar algunos alimentos y bebidas. Le pido por favor que me indique uno por uno si alguna vez (nombre) los probó, y en ese caso, cuántos meses tenía cuando lo hizo.</p> <p>Es probable que en el recordatorio de 24 horas usted ya los haya mencionado, pero ahora queremos saber el momento en que cada alimento es ofrecido a los niños.</p> <p><i>Para aquellos alimentos o leches que hayan aparecido en el R24H, marcar directamente el "sí" y consultar sobre la edad de incorporación. Si el/la encuestado/a refiere que el niño/a NO probó nunca ningún alimento ni leche diferente a la materna, pase a Bloque 8.</i></p>			
ALIMENTO/BEBIDA	¿Lo probó?			Edad a la que fue incorporado (meses) (NS/NC usar 99)
	SI (1)	NO (2)	NS/NC (99)	
<b>Frutas y verduras</b>				
	Puré de verduras cocidas			
	Espinaca o acelga			
	Puré de frutas			
	Otras frutas o verduras crudas o ralladas			
<b>Carnes y huevos</b>				
	Huevos (de gallina, codorniz, etc)			
	Carne vacuna			
	Pollo			
	Pescado			
	Hígado			
	Morcilla			
	Otras carnes			
<b>Cereales, legumbres, papa, pan y pastas</b>				
	Legumbres (lentejas, garbanzos, porotos, etc.)			
	Fideos, sémola, avena y otros cereales con gluten			
	Arroz, harina de maíz, tapioca y otros cereales sin gluten			
	Papillas listas para comer			
	Pan o galletitas saladas			
	Galletitas dulces			
<b>Leche y yogur</b>				
	Yogur			
	Leche diferente de la materna			
<b>Dulces y grasas</b>				
	Helado			
	Postres lácteos envasados			
	Miel			
	Golosinas			
<b>Bebidas</b>				
	Gaseosa (común o light)			
	Agua			
	Té			
	Jugo de frutas frescas casero			
	Jugo de frutas industrial			
	Jugo de frutas para diluir, polvo o líquido (común o light)			
<b>Otros</b>				
	Sal			
	Aceite			
¿Otro alimento que no hayamos mencionado? (especificar nombre y edad en meses en el que fue consumido)				
<i>Si la madre responde que NO le dio ningún alimento/bebida al niño/a o que SOLO le dio alguna leche diferente a la materna, pasa a bloque 8.</i>				

7.2	¿Cuál fue el/los motivos para empezar a darle a (nombre) alimentos/bebidas? <i>No lea las opciones al entrevistado y marque todas las que correspondan según el relato.</i>	
	Me lo indicó el médico	(1)
	Me lo sugirió otro miembro del equipo de salud	(2)
	El niño/a lo necesita por una cuestión de salud	(3)
	Me lo aconsejó un familiar o conocido/a	(4)
	Fue iniciativa mía o de algún cuidador	(5)
	El niño/a tomaba <i>demasiado</i> pecho/leche	(6)
	Parecía muy interesado en lo que comemos los adultos	(7)
	Una vez probamos darle y le gustó mucho	(8)
	Parecía tener mucho hambre todo el tiempo	(9)
	La madre no tenía suficiente leche	(10)
	El niño/a no aumentaba de peso	(11)
	No podíamos comprar leche para el niño/a	(12)
	El papá u otro adulto quería participar de la alimentación	(13)
	Para que duerma más a la noche	(14)
	NS/NC	(9)
Otro motivo, ¿cuál? (completar con letra clara):		

## ANEXO II

Cuestionario de la ENNyS modificado para aplicar la entrevista.

## BLOQUE 6. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y COMENSALIDAD

Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre los momentos en el que (nombre) come.						
6.1	¿Con qué frecuencia (nombre) come acompañado/a?			6.2	¿Con qué frecuencia le hablan a (nombre) durante las comidas?	
	Nunca	(0)			Nunca	(0)
	Algunas veces	(1)			Algunas veces	(1)
	Casi siempre	(2)			Casi siempre	(2)
	Siempre	(3)			Siempre	(3)
	Ns/Nc	(9)			Ns/Nc	(9)
¿Quién recibe las pautas de alimentación complementaria es la misma persona que acompaña a (nombre del niño) la hora de la comida?				¿Han recibido pautas sobre la importancia de crear un entorno agradable a la hora de comer? ¿De diálogo y encuentro familiar?		

NO	NO
SI FUENTE _____	SI FUENTE _____

6.3	Mientras (nombre) come, ¿con qué frecuencia mira pantallas de algún dispositivo electrónico como celular, televisión, tablet, etc?		6.4	Quando alimentan a (nombre), ¿con qué frecuencia le permiten agarrar la comida solo/a?	
	Nunca	(0)		Nunca	(0)
	Algunas veces	(1)		Algunas veces	(1)
	Casi siempre	(2)		Casi siempre	(2)
	Siempre	(3)		Siempre	(3)
	Ns/Nc	(9)		Ns/Nc	(9)

¿Usted recibió advertencias sobre las consecuencias de utilizar estos dispositivos a la hora de la comida?	¿Usted recibió pautas sobre los beneficios de que (nombre) tenga una alimentación autónoma?
NO	NO
SI FUENTE _____	SI FUENTE _____

6.5	Quando le sirven la comida (nombre), ¿con qué frecuencia lo hacen en un plato aparte con su porción?		6.6	Quando alimentan a (nombre), ¿con qué frecuencia le permiten comer hasta que se muestra satisfecho/a (aunque parezca que comió poco o demasiado)?	
	Nunca	(0)		Nunca	(0)
	Algunas veces	(1)		Algunas veces	(1)
	Frecuentemente	(2)		Frecuentemente	(2)
	Siempre	(3)		Siempre	(3)
	Ns/Nc	(9)		Ns/Nc	(9)

A usted, ¿le han indicado la importancia de que coma de su plato?	¿Usted recibió pautas sobre cómo registrar el nivel de saciedad?
NO	NO
SI FUENTE _____	SI FUENTE _____

6.7	Quando alimentan a (nombre), ¿con qué frecuencia le hacen algún tipo de juego (por ejemplo: ‘ <i>el avioncito</i> ’, ‘ <i>una por mama</i> ’, etc.) para distraerlo y que coma más?		6.8	¿Con qué frecuencia premian a (nombre) cuando consideran que comió bien (con una gaseosa, golosinas, juguetes u otras cosas)?	
	Nunca	(0)		Nunca	(0)
	Algunas veces	(1)		Algunas veces	(1)
	Frecuentemente	(2)		Frecuentemente	(2)
	Siempre	(3)		Siempre	(3)
	Ns/Nc	(9)		Ns/Nc	(9)
¿Usted alguna vez recibió pautas sobre lo desaconsejado que está distraer a (nombre) para que coma más?			¿Usted alguna vez recibió pautas sobre las contraindicaciones que existen a la hora de premiar/castigar la ingesta de (nombre)?		
NO			NO		
SI FUENTE _____			SI FUENTE _____		

6.9	¿Con qué frecuencia considera placentero el momento de la comida de (nombre)?		6.10	En su opinión, la mayoría de las veces, el niño acostumbra a comer una cantidad de comida...	
	Nunca	(0)		...mayor a la que necesita	(1)
	Algunas veces	(1)		... adecuado a lo que necesita	(2)

Frecuentemente	(2)	... menor de lo que necesita	(3)
Siempre	(3)	... Ns/Nc	(9)
Ns/Nc	(9)		
A usted, ¿le han indicado la importancia de crear un entorno pacífico, libre de estrés y/o preocupaciones?		¿Usted recibió pautas sobre el volumen de comida que debe ingerir (nombre del niño) según su edad?	
NO		NO	
SI FUENTE _____		SI FUENTE _____	

## BLOQUE 7. HISTORIA ALIMENTARIA

7.1	Ahora le voy a nombrar algunos alimentos y bebidas. Le pido por favor que me indique uno por uno si alguna vez (nombre) los probó, y en ese caso, cuántos meses tenía cuando lo hizo.
-----	---

Alimento o bebida	¿Lo probó?			Edad a la que fue incorporado (meses) (Ns/Nc usar 99)
	SI (1)	NO (2)	Ns/Nc (99)	
<b>Frutas y verduras</b>				
Puré de verduras cocidas				
Espinaca o acelga				
Puré de frutas				
Otras frutas o verduras crudas o ralladas				
<b>Carnes y huevos</b>				
Huevos (de gallina, codorniz, etc)				
Carne vacuna				
Pollo				

Pescado				
Hígado				
Morcilla				
Otras carnes				
<b>Cereales, legumbres, papa, pan y pastas</b>				
Legumbres (lentejas, garbanzos, porotos, etc.)				
Fideos, sémola, avena y otros cereales con gluten				
Arroz, harina de maíz, tapioca y otros cereales sin gluten				
Papillas listas para comer				
Pan o galletitas saladas				
Galletitas dulces				
<b>Leche y yogur</b>				
Yogur				
Leche diferente a la materna				
<b>Dulces y grasas</b>				
Helados				
Postres lácteos envasados				
Miel				
Golosinas				
<b>Bebidas</b>				
Gaseosas (común o light)				
Agua				
Té				
Jugo de frutas frescas casero				

Jugo de frutas industrial				
Jugo de frutas para diluir, polvo o líquido (común o light)				
<b>Otros</b>				
Sal				
Aceite				
¿Otro alimento que no hayamos mencionado? (especificar nombre y edad en meses en el que fue consumido)				
_____				
_____				
¿Quién le indico el orden de prioridad a la hora de introducir los alimentos en la alimentación complementaria de (nombre)?				
_____				
_____				

7.2	¿Cuál fue el motivo para empezar a darle a (nombre) alimentos/bebidas?
	Me lo indico el medico
	Me lo sugirio otro miembro del equipo de salud
	El niño/a lo necesitan por una cuestión de salud
	Me lo aconsejo un familiar o conocido
	Fue iniciativa mía o de algún cuidador
	El niño tomaba demasiado pecho/ leche
	Parecía muy interesado en lo que comemos los adultos
	Una vez probamos darle y le gusto mucho
	Parecía tener mucho hambre todo el tiempo
	La madre no tenía suficiente leche
	El niño no aumentaba de peso
	No podíamos comprar leche para el niño

El papa u otro adulto quería participar de la alimentación	
Para que duerma más a la noche	
Ns/Nc	
Otro motivo, ¿cual?:	

NOTA: en color amarillo se pueden observar las respectivas modificaciones.

## ANEXO III

## Solicitud de permiso al Hospital Area Programa Coronel Belisle.

*CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO*

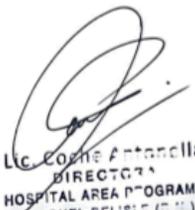
Coronel Belisle, Rio Negro, Abril de 2024

Antonela Coche  
Directora del hospital  
Hospital Area Programa Coronel Belisle.

Me dirijo a usted con el fin de solicitar la autorización para concurrir al hospital por un período de tres (3) meses, con el propósito de llevar a cabo un trabajo de investigación en el marco de la elaboración de mi trabajo final de carrera. El mismo tiene como objetivo evaluar los hábitos alimentarios de los niños que asisten al programa Control del Niño Sano. Mi nombre es Vanina Marilyn Gaspar Vasquez D.N.I. 41.051.018, estudiante de la Licenciatura en Nutricion de la Universidad Nacional de Rio Negro, Sede Atlantica, Viedma.

Agradezco su consideración a mi solicitud, espero su comprensión y la aprobación del mismo.

Atentamente: Gaspar Vanina



Lic. Coche Antonella  
DIRECTORA  
HOSPITAL AREA PROGRAMA  
CORONEL BELISLE (R.N.)

SOLICITUD APROBADA



SOLICITUD DENEGADA