

Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años

Feeding practices in children aged under 2 years

Dra. Cristina I. Gatica^a, Dra. María C. Méndez de Feu^a e investigadores participantes^b

RESUMEN

Introducción. Buenas prácticas de alimentación permiten iniciar y lograr estilos de vida saludables.

Objetivos. 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. Conocer los factores sociales y demográficos asociados.

Población y métodos. Estudio descriptivo transversal. Médicos pediatras voluntarios, de la Región Cuyo de la Sociedad Argentina de Pediatría, administraron una encuesta sobre prácticas de alimentación a niños sanos.

Resultados. Se obtuvieron 741 encuestas, 51,41% en instituciones públicas. Edad de los niños: $11,3 \pm 6,1$ meses. Prácticas de alimentación al momento de la encuesta: 66,53% recibían LM. El 95,12% que no tenía LM, la había recibido durante $7,8 \pm 5,2$ meses. A menor edad materna mayor frecuencia de LM. 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. La madre ofreció la primera comida (88,72%) y la ofrecía habitualmente (91,44%). La TV estaba prendida durante la comida en 50,87%.

Conclusión. Fueron prácticas frecuentes: LM, mayor a menor edad materna; incorporación de comidas al 6^o mes, enriquecimiento de la comida inicial; amplio intervalo en la edad de incorporación de huevo y carne; incorporación temprana de bebidas azucaradas y exposición a la televisión durante la comida. La mamá ofrecía la comida habitualmente.

Palabras clave: alimentación, práctica, niños.

SUMMARY

Introduction. Good feeding practices allow to begin and to achieve healthy life styles.

Objectives. To determine the duration of breastfeeding and age of introduction of complementary feeding, its type, composition of the meal and adults who provide it, in healthy children younger than 2 years in the provinces of Mendoza, San Juan and San Luis. To ascertain the social and demographic factors associated with them.

Population and methods. Cross-sectional descriptive study. A voluntary group of pediatricians from the Cuyo Region of Argentina Paediatrics Society administered a survey on feeding practices in healthy children.

Results. 741 surveys were obtained, 51.41% in

public's institution. Children's age: 11.3 ± 6.1 m. Feeding practices at the time of survey: 66.53% were breastfeeding; of the ones who were not breastfed: 95.12% had been breastfed, during: 7.8 ± 5.2 m. The youngest mothers showed more breastfeeding frequency. Children received: mush/porridge from 6m in 64.24%, enriched with oil, milk and cheese; meats: 73.28% from 7.8 ± 2.1 m (rank 3-19) and eggs: 60.19% from 8.4 ± 2.6 m (rank 3-20); sweetened beverages from 10.49 ± 3.52 m. First meal was offered by mother (88.72%) and she was usually in charge of feeding (91.44%). The TV was turned on during the meals at 50.87%.

Conclusion. Breastfeeding was a frequent practice, greater in youngest mother. They were common: beginning of complementary feeding at 6 months, enrichment of the first meal; wide range of incorporation of eggs and meats, early incorporation of sweetened drinks and exposition to TV during the meal time. Usually, the mother was the one who fed the children.

Key words: feeding, practice, infant.

- a. Sociedad Argentina de Pediatría, Filial Mendoza. Servicio de Crecimiento y Desarrollo. Hospital Pediátrico "Dr. H. J. Notti".
- b. Investigadores participantes de Filiales de la 4^a Región Centro Cuyo de la Sociedad Argentina de Pediatría: Filial Mendoza: Dr. Daniel Miranda; Filial San Juan: Dra. Mónica Meersohn, Filial San Luis: Dra. Myriam L. Medina, Filial San Rafael: Dra. Susana Acosta de Magariños y del Servicio de Crecimiento y Desarrollo Hospital Pediátrico "Dr. H. J. Notti", Mendoza: Nutr. María L. Verdaguer, Dra. Marcela F. Pareyra.

Conflicto de intereses: Nada que declarar.

Correspondencia: Dra. Cristina I. Gatica: gatica_molina@yahoo.com.ar

Recibido: 13-06-08

Aceptado: 17-07-09

INTRODUCCIÓN

La situación actual de los países del mundo, y de la Argentina en particular, revela incremento de lactancia materna (LM) en niños menores de 2 años, pero aún es insuficiente para lograr las metas de LM exclusiva (LME) en los primeros 6 meses de vida y su continuación con alimentación complementaria y oportuna (ACO).¹ Preocupa también la situación nutricional de nuestros niños con alta prevalencia de baja talla y de obesidad,² entre otros trastornos. Este panorama se ensombrece si se le suma el alto consumo de alimentos promovidos, falsamente, como saludables y el de bebidas azucaradas.

La información bibliográfica disponible señala la importancia de la LME en los primeros 6 meses de vida y la trascendencia de la incorporación oportuna de una alimentación complementaria y adecuada, tanto en

cantidad y calidad como en biodisponibilidad de nutrientes, que permita cubrir las demandas nutricionales para promover un crecimiento y desarrollo óptimos. Alimentación complementaria oportuna es “alimentación que complementa, como una unidad, a la lactancia materna sin desplazarla”.³⁻⁶

La OMS brinda lineamientos con pruebas científicas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, donde señala la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de la vida, y el papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud óptimo. Las buenas prácticas de alimentación permiten iniciar estilos de vida saludables en la infancia y mejorar el estado de salud en la vida adulta.³

Los alcances de los beneficios de la LM y la ACO van más allá de los primeros años de la vida. Los dos primeros años de vida constituyen un momento determinante para el establecimiento de prácticas alimentarias adecuadas.

Los objetivos de este trabajo son:

- Identificar prácticas de alimentación y conocer algunos factores sociales (trabajo materno; televisor encendido al momento de recibir alimentos) y demográficos (edad y educación materna; institución donde es atendido el niño) asociados con ellas, en una población de niños menores de 2 años, en las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis.
- Conocer la edad (media) de la población al momento de la introducción de la alimentación complementaria, su tipo y composición y el adulto involucrado.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo.

Población: se incluyeron niños que concurrían al control de salud o con patología aguda banal, de 2 años o menos de edad, en septiembre y octubre de 2006.

Criterios de exclusión: enfermedad aguda grave o morbilidad significativa al momento de la entrevista, parálisis cerebrales espásticas.

Profesionales de la Sociedad Argentina de Pediatría, de las filiales de Mendoza (Filiales Mendoza y San Rafael), San Juan y San Luis, integradas en la 4^a Región Centro Cuyo, fueron invitados a participar. Aquellos que voluntariamente aceptaron, seleccionaron a los niños según los criterios de inclusión.

Se solicitó a la madre o adulto responsable del

niño responder un cuestionario, previo consentimiento informado.

Se incluyeron las siguientes variables:

- Lugar donde se realizó la entrevista: institución pública (centro de salud, hospital) o no pública (obra social o consultorio privado).
- Características del niño: edad (meses); sexo; orden filial que ocupa el niño entrevistado.
- Características maternas: edad; educación (categorizada como 1 [analfabeta y primaria incompleta]; 2 [primaria completa y secundaria incompleta]; 3 [secundaria completa y universitaria incompleta] y 4 [universitaria completa]); trabajo materno fuera del hogar (categorizado como menos o más de 8 h fuera del hogar).
- Prácticas de alimentación al momento de la entrevista:
 - Lactancia materna (LM), se consideró LM si recibía pecho, independientemente de si era exclusiva o parcial.
 - En caso de no recibir LM, se consignó si la había recibido y durante cuánto tiempo.
 - Introducción de otra leche diferente a la materna y momento de su introducción. Uso o no de mamadera.
 - Ingesta de líquidos (agua, infusiones, bebidas azucaradas): edad de incorporación y recipiente en que se ofrecían los líquidos (mamadera o vaso piquito; vaso / taza o cuchara).
 - Tipo y edad de alimentos introducidos. Persona que ofrece los alimentos.
 - Presencia de TV encendida o no durante la comida.

Se consideró:

- Lactancia materna exclusiva (LME): niños que reciben solamente alimentación al pecho materno.
- Alimentación complementaria: período durante el cual otros alimentos o líquidos son brindados al niño pequeño junto con LM.
- Comida: todo alimento elaborado, servido en un plato.
- Tipo de comidas: comida de inicio (puré / papillas); alimentos en trozos.
- Calidad de la comida en proteínas y energía: huevos y carnes; agregado de aceite / manteca, leche o queso a la comida de inicio.
- Come en familia: cuando se lo sienta a la mesa y recibe el mismo alimento que la familia.
- Bebidas azucaradas: gaseosas, jugos artificiales en polvo o líquidos, aguas saborizadas, bebidas de soja.

- Infusiones: té, mate, yerbeado, café u otros.

Se realizó estadística descriptiva, se utilizó la prueba de χ^2 y se consideró estadísticamente significativo $p < 0,05$. Los datos fueron procesados con el programa Epi Info versión 6.

RESULTADOS

Cuarenta y cinco (45) profesionales de SAP realizaron 794 encuestas; 53 fueron eliminadas (estaban incompletas, eran niños mayores a 2 años o faltaba el consentimiento informado).

Se analizaron 741 encuestas, 68,29% (n = 506) de la Filial Mendoza, 19,16% (n = 142) de la Filial San Juan, 9,9% (n = 73) de la Filial San Luis y 2,7% (n = 20) de la Filial San Rafael. El 51,41% fueron tomadas en instituciones públicas (n = 381); entre éstas, el 77,42% (295/381) en hospitales y el resto en centros de salud. En Mendoza (Filiales Mendoza y San Rafael), la mayoría fueron recolectadas en consultorios privados; en San Juan y San Luis, en instituciones públicas (Tabla 1).

Características del niño

Edad (media): 11,3 \pm 6,1 meses. Intervalo: 1-24 meses. El 25,10% eran menores de 6 meses, 35,22% de 7-12 meses, 24,70% de 13-18 meses y 14,98% de 19-24 meses.

En 96,63% de las encuestas se registró el sexo (n = 716). Relación varón: mujer = 1:1.

Orden filial del niño encuestado (n = 729): 46,91% era el 1^{er} hijo; 24,42% el 2^{do} hijo, 20,85% el 3^{er} y 4^{to} hijo y 7,82% el 5^{to} o más.

Características maternas

Edad (media) materna: 27,7 \pm 6,4 años (n = 734), 14,17% eran menores de 20 años, 50,68% tenían entre 21 y 30 años, 32,70% entre 31 y 40 años y 2,45% más de 40 años. El 87,13% de las madres de ≤ 20 años consultaron en instituciones públicas y 60,31% de las madres de ≥ 31 años lo hicieron en instituciones no públicas ($p < 0,00001$).

Nivel de escolaridad: 41,03% completó la escuela primaria, 35,06% la secundaria y 15,49% universitario o terciario completos; 8,42% (n = 62) eran analfabetas o tenían escolaridad primaria incompleta, 7 madres de este grupo eran analfabetas. El 60,10% de las madres que consultaron en instituciones públicas (n: 229/381) tenían escolaridad primaria completa y 76,89% de las que consultaron en instituciones no públicas, tenían estudios secundarios o universitarios ($p < 0,00001$).

Trabajo materno: 62,21% (n = 461) no trabajaba fuera del hogar. Entre las que trabajaban fuera del hogar (n = 275), la mayoría lo hacía menos de 8 h (72,73%), 24% más de 8 h; en 9 madres no se registró cuántas horas trabajaban. Hubo mayor cantidad de mamás que trabajaban, en encuestas tomadas en instituciones no públicas (n = 162/270) y mamás que no trabajaban, en instituciones públicas (n: 270/448) ($p = 0,0000001$).

Prácticas de alimentación al momento de la entrevista

El 66,53% de los niños encuestados recibía lactancia materna (n = 493). Entre los que no recibían LM en ese momento, 95,12% (234/246) afirmó haberla recibido previamente, durante: 7,8 \pm 5,2 meses; el 46,58% la recibieron durante 6 meses o menos (Figura 1).

El 62,54% (172/275) de las madres que trabajaban fuera del hogar amamantaba a sus niños.

Entre los que recibían pecho al momento de la entrevista, no hubo diferencia en la frecuencia de LM entre filiales ni instituciones donde se realizó la encuesta. Tampoco con la escolaridad de la madre, trabajo materno o el orden filial del hijo en la familia. Sin embargo, entre los que recibían LM, la LME fue más frecuentemente asociada al menor número de orden filial, aunque sin diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,51$). Al relacionar el número de niños con LM y

TABLA 1. Número de encuestas según la institución donde éstas se recolectaron y la Filial de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) de procedencia (n = 741)

| Institución | Número y porcentaje de encuestas | | | | Total |
|--------------|----------------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|-------|
| | SAP Filial Mendoza | SAP Filial San Rafael | SAP Filial San Luis | SAP Filial San Juan | |
| Pública | 199 (39,33%) | 6 (30%) | 68 (93,15%) | 108 (76,06%) | 381 |
| No pública | 298 (58,89%) | 14 (70%) | 4 (5,48%) | 26 (18,31%) | 342 |
| Sin registro | 9 (1,78%) | - | 1 (1,37%) | 8 (5,63%) | 18 |
| Total | 506 | 20 | 73 | 142 | 741 |

sin ella al momento de la entrevista, con la edad de los niños y la edad de las madres, se encontró que la LM era más frecuente a menor edad del niño ($p < 0,00001$) y a menor edad de la madre ($p = 0,005$) (Tablas 2 y 3).

En más de la mitad de los niños se había introducido otra leche diferente a la materna (64,37%= 477). En 66,25% ($n= 316$) a $\leq 6^{\text{to}}$ mes (de estos, el 37,02% durante el 1^{er} mes y 32,28% entre el 2^{do} y 4^{to}). El 93,5% de los niños de 12 meses tenía in-

corporada otra leche diferente a la materna. La edad (media) de su incorporación fue $5,6 \pm 4,3$ meses, mediana 5 meses (intervalo: 1-19 meses). Pero entre quienes recibían LM al momento de la entrevista, la edad (media) de incorporación fue $6,03 \pm 4,15$ meses, mediana 6 meses (sin diferencia estadísticamente significativa). El 86,58% de los que recibían otra leche lo hacían en mamadera. Edad (media) de introducción de mamadera: $5,33 \pm 4,2$ meses.

FIGURA 1. Distribución según la duración de la lactancia materna en niños que no recibían pecho al momento de la entrevista ($n= 234$)

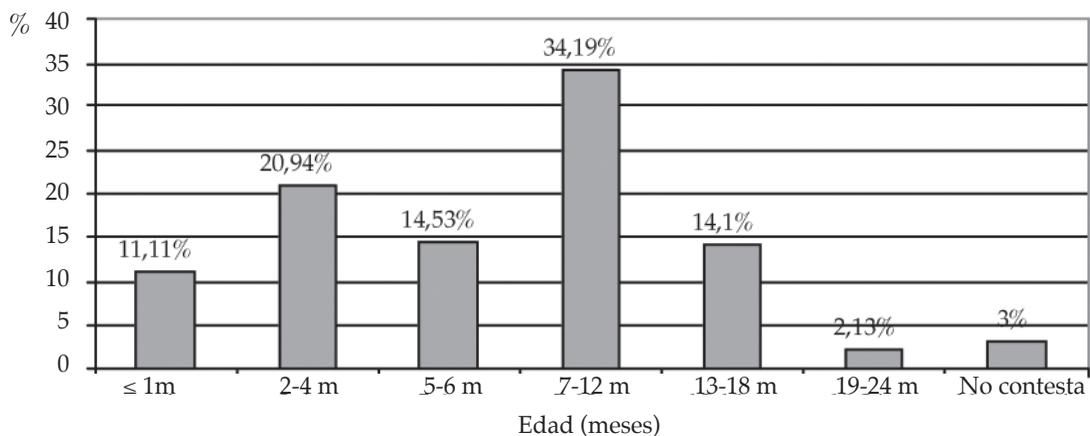


TABLA 2. Número de niños con lactancia materna (LM) y sin ella al momento de la entrevista, según la edad del niño*

| Edad del niño | Número de niños (n: 739) | | |
|---------------|--------------------------|--------|-------|
| | con LM | sin LM | Total |
| ≤ 4 meses | 107 (92,24%) | 9 | 116 |
| 5-6 meses | 58 (84,05%) | 11 | 69 |
| 7-12 meses | 184 (70,49%) | 77 | 261 |
| 13-24 meses | 144 (49,14%) | 149 | 293 |
| Total | 493 | 246 | 739 |

*Estadísticamente significativo ($p= 0,00001$).

TABLA 3. Número de madres con lactancia materna (LM) y sin ella al momento de la entrevista, según la edad de las madres*

| Edad materna | Número de madres (n: 732) | | |
|--------------|---------------------------|--------|-------|
| | con LM | sin LM | total |
| < 20 años | 80 (77,7%) | 23 | 103 |
| 21-30 años | 247 (66,39%) | 124 | 371 |
| 31-40 años | 154 (63,9%) | 86 | 240 |
| > 41 años | 7 (38,88%) | 11 | 18 |
| Total | 488 | 244 | 732 |

*Estadísticamente significativo ($p= 0,005$).

TABLA 4. Número de niños que habían incorporado alimentos complementarios al momento de la entrevista, edad de incorporación (en meses) y tipo de alimentos introducidos

| Tipo de alimento incorporado (n= 741) | Puré/papillas | Carnes | Huevos | Alimentos en trozos | Comida familiar |
|---------------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|---------------------|--------------------|
| Número de niños (%) | 594 (80,16%) | 543 (73,28%) | 446 (60,19%) | 520 (70,17%) | 396 (53,44%) |
| Edad (media) \pm DE | $5,8 \pm 1,08$ m | $7,80 \pm 2,12$ m | $8,40 \pm 2,62$ m | $7,94 \pm 2,14$ m | $10,38 \pm 2,67$ m |
| Mediana | 6 m | 7 m | 8 m | 8 m | 11,5 m |
| Intervalo | 3-12 m | 3-19 m | 3-20 m | 3-18 m | 3-20 m |

m= meses

El 80,16% del total (n= 594) informó haber recibido comida de inicio (puré/papilla). El 54,04% agregó leche, 76,09% aceite, 25,42% manteca y 54,20% queso a la comida inicial; 14,98% leche, aceite, queso y manteca y 10,10% leche y aceite. Edad de comienzo de la alimentación complementaria (n= 576): 3,13% a los 3 meses, 20,83% entre 4 y 5 meses, 64,24% a 6 meses y 11,80% entre 7 y 12 meses. El tipo de alimentos y su edad de incorporación en la alimentación complementaria se muestran en la *Tabla 4* y *Figura 2*.

No hubo diferencia en la edad de incorporación de alimentos según las instituciones donde se tomaron las encuestas, ni en la edad de incorporación del niño a la comida familiar, ni en la edad de inicio de la alimentación en trozos según

el orden filial del niño en la familia.

Con respecto a los líquidos ingeridos: 81,92% del total de encuestados había incorporado agua (intervalo: 1-12 meses). El 35,08% recibía infusiones cuya edad de comienzo fue ≤ 11 meses en 52,30% (136/260), el 38,23% de estos (52/136) a los 6 meses o antes. El 45,88% recibía bebidas azucaradas, desde los 11 meses o antes en 49,11% (167/340), el 29,34% (49/167) de éstos a 6 meses o antes. (*Tabla 5*) Recipiente en que se ofrecían líquidos (n= 622): vaso, cuchara o ambos (31,3%), mamadera o "vaso piquito" (56,98%) y en vaso y mamadera/vaso piquito (11,72%).

En 88,72% de los niños, la mamá ofreció la comida inicial (n= 527/594), en 5,55% la abuela, en 2,86% el papá, en 2,35% papá y mamá; en

FIGURA 2. Distribución de la edad de comienzo de la ingesta de carnes y huevos en los niños encuestados

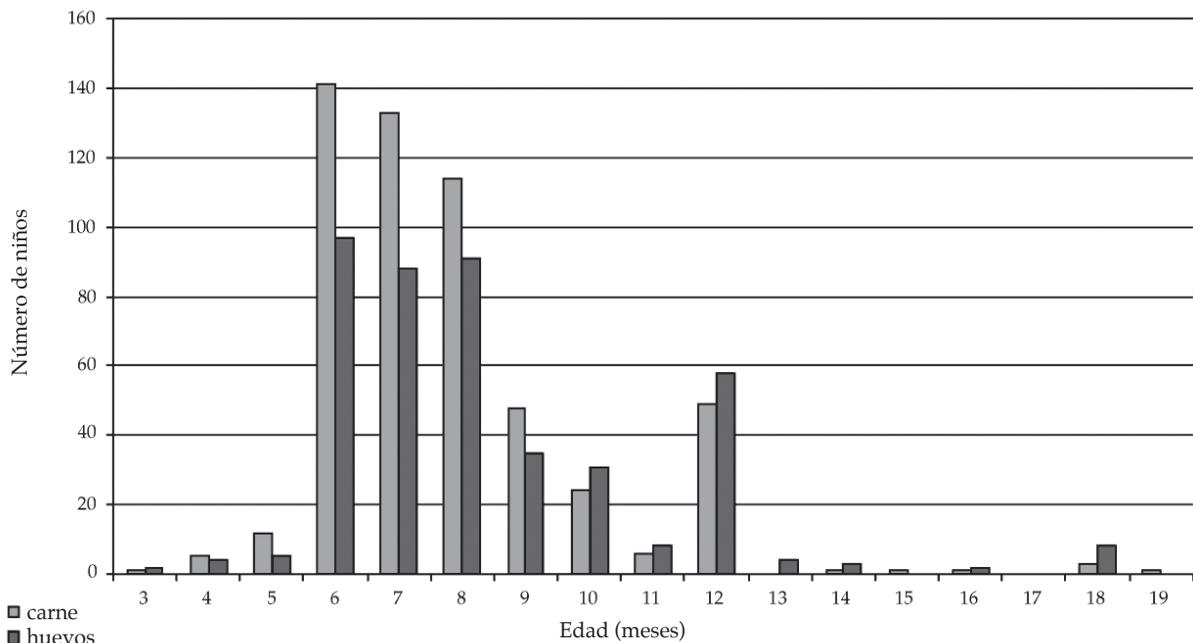


TABLA 5. Número y edad de los niños al momento de la incorporación de líquidos y tipo de líquidos incorporados

| Tipo de líquidos incorporados (n= 741) | Leche | Agua | Jugos naturales | Infusiones | Bebidas azucaradas |
|--|-----------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| Número de niños (%) | 477 (64,37%) | 607 (81,92%) | 442 (59,64%) | 260 (35,08%) | 340 (45,88%) |
| Edad (media) \pm DE | 5,6 \pm 4,3 m | 5,22 \pm 2,13 m | 6,88 \pm 2,56 m | 10,46 \pm 4,14 m | 10,49 \pm 3,52 m |
| Mediana | 5 m | 6 m | 6 m | 10 m | 11 m |

m= meses

el resto, otras personas. La mamá (sola o con el papá, la abuela u otra persona) ofrece habitualmente la comida (91,44%).

El 50,87% del total de encuestados tenían el televisor encendido al momento de comer, desde los 4-5 meses de vida. A mayor edad, mayor frecuencia de exposición a la TV ($p=0,0002$). El 61,78% tenía encendida la TV durante la comida inicial ($p=0,01$) y el 63,07% al recibir alimentos en trozos ($p=0,01$).

DISCUSIÓN

Los menores de 2 años se hallan en una etapa crítica del crecimiento y el desarrollo, que demanda una nutrición acorde. Es el grupo más susceptible de ser influenciado por las prácticas de los adultos que los rodean; si tales prácticas son favorecedoras, permitirán el pleno desarrollo de sus potencialidades. La evolución de la sociedad como un todo depende, entre otros factores, de la nutrición de madres y niños durante este crucial período de sus vidas.⁷

La lactancia natural durante los primeros 2 años de vida, se considera práctica óptima de alimentación del lactante y el niño pequeño.³⁻⁶ Nosotros observamos que la LM fue una práctica frecuente. La mayoría de los niños encuestados recibían o habían recibido pecho. Es alentador observar la mayor frecuencia de LM en mamás más jóvenes, algo diferente a lo publicado.⁸ Pensamos que esto es una tarea de promoción de los equipos de salud comprometidos en la atención del niño y también por el valor social de la LM en nuestra sociedad.

Podríamos considerar que se está frente a un proceso de rescate de la cultura del amamantamiento; observamos mayor frecuencia de LM en lactantes pequeños respecto a publicaciones anteriores.⁹

El momento óptimo para la introducción de alimentos complementarios es a los 6 meses.³⁻⁶ Nosotros observamos una mayor frecuencia de incorporación de alimentos al 6^{to} mes, coincidiendo con recomendaciones de salud pública; sin embargo, el 23% lo hizo antes. Los especialistas consideran que los alimentos de origen animal son componentes esenciales de la alimentación complementaria y claves para el aporte de hierro (Fe) y zinc (Zn).¹⁰ Observamos también que, si bien la mayoría enriqueció la comida inicial, aún queda promocionar las prácticas de alimentación para evitar el amplio intervalo en la edad de incorporación de carnes y huevo, para evitar tanto la incorporación temprana antes del 6^{to} mes como

la tardía,¹¹ pues aportan proteínas de alto valor biológico y proveen nutrientes críticos, como Fe y Zn, sobre todo considerando que en nuestra población existe alta prevalencia de baja talla y anemia en niños pequeños.² Cabría preguntarse si el amplio intervalo de edad en la incorporación de huevo y carnes se debería a aspectos culturales, limitaciones económicas familiares, creencias de los cuidadores o la falta de promoción del equipo de salud.

Indistintamente del lugar de atención del niño (instituciones públicas o no públicas) y del nivel de educación materna se observaron prácticas de alimentación similares, diferente a lo observado por otros autores: madres con mayor nivel educativo seguían más frecuentemente las prácticas recomendadas (en LM y ACO).⁸

Si bien las prácticas de alimentación como la LM, el comienzo de ACO y el enriquecimiento de la comida inicial están influenciadas por múltiples factores, podrían reflejar la preocupación de los pediatras en fomentar las prácticas de alimentación saludables recomendadas; pero también podrían reflejar un sesgo, ya que los encuestadores fueron profesionales que voluntariamente decidieron participar y podrían estar influenciados por sus conocimientos y convicciones sobre alimentación saludable.

La madre incorpora al niño a las prácticas alimentarias y al contexto social de la familia. La educación materna es una de las variables más relacionada con el estado de salud de una población, comunidad o individuo.¹² Nosotros hallamos que la mayoría de las madres tenían escolaridad primaria o secundaria completa, pero nos preocupa el porcentaje de madres analfabetas o con primaria incompleta. La escolaridad materna constituye un factor de protección contra la malnutrición del niño. UNICEF considera que la alfabetización y la progresión en los niveles educativos, específicamente de la madre, es un factor importante para la salud en general y, en particular del desarrollo infantil.¹² Los resultados de este trabajo nos deben hacer reflexionar sobre la responsabilidad profesional en la promoción de las conductas saludables, sobre todo en instituciones públicas, ya que la mayoría de las mamás que consultaron allí, eran más jóvenes y tenían menor nivel de escolaridad que las que consultaron en instituciones privadas.

El trabajo materno fuera del hogar podría llevar a la mujer a disminuir el tiempo dedicado a la alimentación familiar, cambiar la organización familiar y facilitar la inclusión de prácticas no tra-

dicionales a la alimentación (bebidas azucaradas, reemplazo de leche, etc.). Nosotros hallamos que la mayoría de las madres no trabajaban fuera del hogar, que la práctica de la lactancia materna fue independiente del trabajo materno y que la mamá ofreció más frecuentemente la primera comida (y la ofrece habitualmente al niño).

Para la Estrategia Mundial de alimentación, la taza es un método más seguro que el biberón y la tetina para ofrecer líquidos.³ Nosotros observamos un frecuente uso de mamaderas / vaso piquito para ofrecer bebidas a los niños pequeños. Además, preocupa que casi la mitad de los niños había comenzado a recibir bebidas azucaradas e infusiones antes del año. Autores chilenos encontraron que la incorporación de golosinas a los niños ocurre desde el segundo semestre de la vida y, especialmente, durante el segundo año.¹³ La aceptación cultural y la comercialización agresiva han contribuido a algunas conductas en la alimentación de niños desde temprana edad, como la ingesta de bebidas azucaradas. Esto contribuye a la malnutrición, aparición de infecciones dentales, etc.

El contacto regular con la televisión, sus contenidos y los mensajes publicitarios desde temprana edad, forman parte del medio ambiente sociocultural de la población. La práctica de la alimentación perceptiva incluye minimizar los distractores a la hora de comer (por ejemplo: TV) porque el niño pierde interés en la comida.³ Es preocupante observar que la TV estaba encendida a la hora de comer, desde el inicio de la alimentación complementaria.

Las prácticas inadecuadas de alimentación constituyen una gran amenaza para el desarrollo social y económico de un país; constituyen uno de los obstáculos más graves que enfrentan los niños menores de 5 años para alcanzar y mantener la salud. Los niños tienen derecho a recibir una nutrición adecuada y a acceder a alimentos inocuos y nutritivos (Convención sobre los Derechos del Niño).³

Este trabajo pretende aportar información local y regional sobre prácticas de alimentación. La LM exclusiva los 6 primeros meses de vida, la ACO y la continuación de la LM constituyen estrategias sencillas, pero de profundas implicancias inmediatas y en la vida futura, que van más allá de aspectos nutricionales / alimentarios, pues afectan la salud, el desarrollo madurativo y emocional de los niños, su familia y la comunidad toda.

CONCLUSIONES

La lactancia natural fue una práctica frecuente en todos los niños encuestados, principalmente en el primer año de vida, observándose mayor frecuencia de lactancia materna a menor edad de la madre, independientemente de otros factores sociales y demográficos analizados.

Fueron frecuentes la incorporación de alimentación complementaria al 6^o mes, el enriquecimiento de la comida inicial (puré/papillas) con aceite, leche o queso y un intervalo de edad para la incorporación de huevo y carnes muy amplio.

Fue frecuente la incorporación de agua como bebida a la alimentación. Las bebidas azucaradas e infusiones se incorporaron tempranamente, a los 11 meses o antes, en aproximadamente la mitad de los casos. Más de la mitad de los niños estaban expuestos al televisor encendido durante la hora de comer.

La mamá ofreció generalmente la primera comida y la ofrece habitualmente al niño.

Agradecimientos

A la Dra. Silvana Horenstein por su aporte generoso y a los profesionales que participaron como encuestadores: San Juan: Casavega de Merlo M, Domínguez A, Meersohn M, Nervo MC, Pardini SM, Pérez Pazo A; San Luis: Temis L, Cordero I, López M del V, Braidot M, Medina ML, Maccari ML, Bracali MG, Benítez AS, Rinaudo M del V; Mendoza: Drajlín F, Cerchiai R, Pigliónico C, Pagés E, Colussi LS, Santinelli I, Sfreddo A, Miranda D, Aguilar Fixman MJ, Cruz de Fracarro S, Gatica C, Fernández MM, Benítez E, Gatica Baudo H, Lucero de De Caetano S, Flores S, Massarezzi Y, Baena C, Serpa V, Razquin M, Sobral A, Rosselli G, Chirino ME, Martelossi M, Mangione L, Martínez García A, Figueroa E, Acosta de Magariños S, Pereyra MF, Yunez V. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Celebración de la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna. 1990-2005. 2005. UNICEF. [Acceso: 23-07-09] Disponible en: <http://innocenti15.net/declaration.htm>
2. ENNyS. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina. 2004. [Acceso: 23-07-09] Disponible en: <http://msal.gov.ar/hm/Site/ennys/site/documento-de-presentacion.asp>
3. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. OMS, 2003. [Acceso: 16-10-09]. Disponible en: http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/NUTRITION/gi_icycf.pdf
4. Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary

- feeding of the breastfed child. WHO. 2002. WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: World Health Organization. WHA 55/2002/REC/1 Annex2, 2002 [Acceso: 23-07-09] Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/Complimentary_Feeding.pdf
5. Guías Alimentarias para la Población Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. R. Argentina, 2006.
 6. Gil Hernández A, Uauy Dagach R, Serra Dalmau J y Comité de Nutrición de la AEP (Asociación Española de Pediatría). Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. *An Pediatr (Barc)* 2006;65(5):481-95.
 7. The state of the world's children 1998. Chapter I. Malnutrition: causes, consequences and solutions. Carol Bellamy. UNICEF. [Acceso: 23-07-09] Disponible en: <http://www.unicef.org/sowc/archive/ENGLISH/The%20State%20of%20the%20World%27s%20Children%201998.pdf>
 8. Hendricks K, Briefel R, Novak T, Ziegler P. Maternal and Child Characteristics Associates with Infant and Toddler Feeding Practices. *J Am Diet Assoc* 2006;106:S135-S148.
 9. Albarenque S, Mas L, Ferreyra M, et al. Lactancia materna y alimentación complementaria. *Arch Argent Pediatr* 2005;103(3):257-258.
 10. Dewey KG. Infant nutrition in developing countries: what works? *Lancet* 2005;365:1832-34.
 11. Guía de alimentación de niños sanos de 0 a 2 años, SAP. Comité de Nutrición. Buenos Aires: SAP; 2001. [Acceso: 31-07-09] Disponible en: <http://www.sap.org.ar/index.php?option=content&task=view&id=245&Itemid=26>
 12. Tejada Lagonell M, González de Tineo A, Márquez Y, Bastardo L. Escolaridad materna y desnutrición del hijo o hija. *Centro Clínico Nutricional Menca de Leoni. Caracas. An Venez Nutr* 2005;18(2):162-168.
 13. Jackson P, Romo MM, Castillo MA, Castillo-Durán C. Las golosinas en la alimentación infantil. Análisis antropológico Nutricional. *Rev Med Chile* 2004; 132: 1235-42.

Lo característico de la opción moral es que siempre está en nuestras manos; es decir, que no depende más que de la intención de cada cual; no necesita el permiso o el acuerdo de los demás y no requiere el concurso de circunstancias especialmente favorables.

Francisco Savater