



FUNDACIÓN H. A.  
**BARCELÓ**  
FACULTAD DE MEDICINA



# TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN CARRERA: LICENCIATURA EN NUTRICIÓN A DISTANCIA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

DRA. NORMA GUEZIKARAIAN

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR / LOS AUTORES:

SILVANA LORENA GANGI

TÍTULO DEL TRABAJO:

CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA NO ADECUADA Y SUS RIESGOS, EN UNA POBLACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS O MADRES DE NIÑOS DE 0 A 12 MESES QUE RESIDEN EN CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES EN DEL AÑO 2020.

SEDE:

BUENOS AIRES

DIRECTOR/A DE TIF:

LIC. ADRIANA GULLERIAN

ASESOR/ES:

AÑO DE REALIZACIÓN:

2020

Sede Buenos Aires  
Av. Las Heras 1907  
Tel./Fax: (011) 4800 0200  
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja  
Benjamín Matienzo 3177  
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698  
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé  
Centeno 710  
Tel./Fax: (03756) 421622  
☎ (03756) 15401364

*Agradecimientos:*

*A la Lic. Adriana Gullerian*

*A la Lic. Laura Pérez*

*A la Dra. Norma Ferreiro*

*A la Lic. Guadalupe Mangialavori*

## **INDICE**

1.	Resumen.....	Pág. 4
2.	Introducción .....	Pág.7
3.	Marco Teórico .....	Pág.9
4.	Justificación y uso de los resultados .....	Pág.22
5.	Objetivos: General y Específicos. Hipótesis.....	Pág.23
6.	Diseño metodológico.....	Pág.23
	• Tipo de estudio y diseño general .....	Pág.23
	• Población .....	Pág.23
	• Muestra .....	Pág.23
	• Técnica de muestreo .....	Pág.24
	• Criterios de inclusión y exclusión .....	Pág.24
	• Tratamiento estadístico propuesto .....	Pág.24
	• Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.....	Pág.24
	• Definición operacional de las variables. ....	Pág.25
7.	Resultados .....	Pág.29
8.	Discusión .....	Pág.45
9.	Conclusión .....	Pág.52
10.	Referencias Bibliográficas. ....	Pág.56
11.	Anexo 1. ....	Pág.61
12.	Anexo 2. ....	Pág.64
13.	Anexo 3.....	Pág. 79

## **RESUMEN**

### **INTRODUCCION:**

En nuestro país el sobrepeso y la obesidad son las formas más frecuentes de malnutrición infantil. La alimentación complementaria corresponde a un momento crítico para un óptimo desarrollo y un establecimiento de las pautas alimentarias para la vida adulta.

### **OBJETIVOS:**

Evaluar el conocimiento sobre alimentación complementaria no adecuada y sus riesgos.

### **METODOLOGIA:**

Se encuestó a 150 mujeres embarazadas o madres de niños de 0 a 12 meses que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2020, mediante una encuesta online, por muestreo no probabilístico..

### **RESULTADOS:**

El conocimiento de la importancia y de la duración de la lactancia materna fue un 85% alto, el nivel de conocimiento sobre la introducción de la alimentación complementaria fue correcto en un 79%, el nivel de conocimiento sobre alimentos no adecuados para un niño de 6 a 12 meses fue alto en un 71%.

**DISCUSION:** Las mujeres con cobertura de salud con obra social o prepagas presentaron mayor porcentaje de conocimiento adecuado, y recibieron en un mayor porcentaje información por parte de un profesional de salud y de medios masivos de comunicación.

**CONCLUSION:** El conocimiento materno presenta aun valores bajos teniendo en cuenta su importancia como determinante en el estado nutricional infantil. La educación alimentaria es la principal herramienta para modificar las bases del conocimiento que presentan las mujeres embarazadas y madres de niños menores de 1 año.

**PALABRAS CLAVES:** alimentación complementaria – nutrición infantil – educación alimentaria – fuentes de información

## **SUMMARY**

### **INTRODUCTION:**

In our country, overweight and obesity turned out to be the most frequent forms of child malnutrition. Complementary feeding corresponds to a critical moment for optimal development and establishment of dietary guidelines for adult life.

### **OBJECTIVES:**

To evaluate your knowledge about inappropriate complementary feeding and its risks.

### **METHODOLOGY:**

150 pregnant women or mothers of children aged 0 to 12 months residing in the Autonomous City of Buenos Aires in 2020 were surveyed through an online survey, non-probabilistic sampling.

### **RESULTS:**

Knowledge of the importance and duration of Breastfeeding was 85% high, the level of knowledge about the introduction of complementary feeding was correct in 79%, the level of knowledge about foods not suitable for a child from 6 to 12 months it was 71% high.

### **DISCUSSION:**

Women with health coverage with social work or prepaid had a higher percentage of adequate knowledge, and received a higher percentage of information from a health professional and the mass media.

### **CONCLUSION:**

Maternal knowledge still presents low values taking into account its importance as a determining factor in the infantile nutritional status. Food education is the main tool to modify the knowledge bases presented by pregnant women and mothers of children under 1 year of age.

**KEY WORDS:** complementary feeding - infant nutrition - food education - sources of information

## **RESUMO**

### **INTRODUÇÃO:**

Em nosso país, o sobrepeso e a obesidade passaram a ser as formas mais frequentes de desnutrição infantil. A alimentação complementar corresponde a um momento crítico para um ótimo desenvolvimento e estabelecimento de diretrizes dietéticas para a vida adulta.

### **OBJETIVOS:**

Avaliar seu conhecimento sobre alimentação complementar inadequada e seus riscos.

### **METODOLOGIA:**

Foram pesquisadas 150 gestantes ou mães de crianças de 0 a 12 meses residentes na Cidade Autônoma de Buenos Aires, em 2020, por meio de inquérito online, por amostragem não probabilística.

### **RESULTADOS:**

O conhecimento sobre a importância e duração do aleitamento materno foi 85% alto, o nível de conhecimento sobre a introdução da alimentação complementar foi correto em 79%, o nível de conhecimento sobre os alimentos não adequados para a criança de 6 a 12 meses, a alta foi de 71%.

### **DISCUSSÃO:**

Mulheres com cobertura de saúde com serviço social ou pré-pago apresentaram maior percentual de conhecimentos adequados e receberam maior percentual de informações de um profissional de saúde e da grande mídia.

### **CONCLUSÃO:**

O conhecimento materno ainda apresenta valores baixos tendo em vista sua importância como fator determinante no estado nutricional infantil. A educação alimentar é a principal ferramenta para modificar as bases de conhecimento apresentadas por gestantes e mães de crianças menores de 1 ano de idade.

**PALAVRAS-CHAVE:** alimentação complementar - nutrição infantil - educação alimentar - fontes de informação

## **INTRODUCCIÓN**

Tanto a nivel país como a nivel mundial, se ha reconocido actualmente que las enfermedades no transmisibles son las amenazas para la salud más importantes que afectan la calidad de vida, el desarrollo y la esperanza de vida de las poblaciones.

Entre éstas, la malnutrición ya sea por exceso o déficit es el principal problema nutricional y de salud a nivel mundial.

1 de cada 5 muertes a nivel global son atribuibles a una alimentación inadecuada.

En nuestro país, en la segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2), se observó en los niños y niñas menores de 5 años (0-59 meses), una proporción de bajo peso y emaciación de 1,7% y 1,6% respectivamente, La proporción de baja talla a nivel nacional fue de 7,9% (aquí se observa el retraso crónico de crecimiento).

La proporción de sobrepeso en la población de menores de 5 años resultó de 10% y la proporción de obesidad en la población de menores de 5 años resultó de 3,6% y el exceso de peso estuvo presente en el 13,6% de la población menor de 5 años.

El sobrepeso y la obesidad resultaron ser las formas más frecuentes de malnutrición.

Esto se correlacionó con una población adulta con alta prevalencia de sobrepeso, observándose también en la ENNyS, que el exceso de peso fue de 67,9%, sobrepeso en la población adulta fue de 34% y obesidad de la población adulta fue de 33,9%.

La alimentación infantil toma en este marco una gran importancia, siendo la base para un óptimo desarrollo y un establecimiento de las pautas alimentarias para la vida adulta.

Modificando las prácticas alimentarias desde la primera infancia se disminuye la prevalencia de malnutrición y de déficit en el desarrollo.

La población argentina actual está sufriendo las consecuencias de inadecuadas prácticas alimentarias desde hace décadas.

Es de especial interés el origen de las mismas y las posibilidades de mejora a partir de intervenciones desde la niñez.

Es aquí en donde los cuidadores de los niños, en primer lugar las madres encargadas de su alimentación, presentan mayor importancia. A partir de los conocimientos y hábitos culturales de las mismas, se influirá en la salud del futuro de la población.

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar los conocimientos que presentan las madres de niños, con el fin de conocer las fuentes de información y posibilidades de intervenciones educativas que sean efectivas a largo plazo, no solo para asegurar un óptimo crecimiento y desarrollo de la población, sino para modificar las prácticas alimentarias como principales factores de riesgo de los problemas actuales de salud de nuestro país.

## **MARCO TEORICO:**

### **LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA COMO ETAPA CRÍTICA EN EL DESARROLLO**

UNICEF ha definido el cuidado infantil como «...las conductas de los cuidadores relativas a la lactancia materna, el diagnóstico de las enfermedades, saber determinar cuándo el niño está preparado para los alimentos complementarios, estimular el lenguaje, y otras capacidades cognitivas, así como proveerle adecuado apoyo emocional...».

La temprana infancia es considerada la etapa de desarrollo más importante en todo el ciclo vital de un individuo y con mayor repercusión en el resto de la vida. Los primeros dos años de vida brindan una ventana de oportunidad crítica para asegurar el apropiado crecimiento y desarrollo de los niños, mediante una alimentación óptima.

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. La evidencia demuestra que las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez.<sup>1</sup>

En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud definió la alimentación complementaria como todo aquel alimento líquido o sólido diferente de la leche materna que se introduce en la dieta del niño, incluyendo las fórmulas lácteas infantiles. Sin embargo, años más tarde, la Academia Americana de Pediatría y posteriormente la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica establecieron que la alimentación complementaria debe considerarse como la introducción de otros alimentos y líquidos diferentes a la leche materna y a las fórmulas lácteas infantiles, con el fin de llenar las brechas de energía y nutrientes, que éstas no son capaces de proporcionar.<sup>2</sup>

La Sociedad Argentina de Pediatría define como alimento complementario a cualquier nutriente líquido o sólido provisto al niño pequeño junto con la lactancia materna.

Dividiendo en dos categorías dichos alimentos en Alimentos transicionales (cuando están preparados expresamente, diseñados para cubrir las necesidades nutricionales específicas del niño pequeño de manera fisiológicas) y los Alimentos familiares (cuando el niño consume la misma dieta de la familia).

Después de los primeros seis meses la lactancia materna no cubre las necesidades de energía, de ciertos micro nutrientes como el Fe y Zinc y de algunas vitaminas, así como de la densidad energética adecuada, por lo tanto es necesario ofrecer alimentos complementarios apropiados para cubrir los requerimientos a partir de esa edad.

Para iniciar la alimentación complementaria se deben tener en cuenta múltiples factores involucrados en el éxito de su buena implementación, tales como: la edad, la capacidad del niño para la digestión y absorción de los diferentes micro y macronutrientes presentes en la dieta, las habilidades sociales y motoras adquiridas, el medio socioeconómico en el que se encuentra y la incapacidad de la leche materna y de las fórmulas lácteas infantiles de asegurar un aporte energético adecuado de nutrimentos que garanticen el crecimiento y desarrollo adecuado del lactante.

Es importante conocer y reconocer estos procesos de evolución y adaptación con el fin de establecer recomendaciones para la introducción segura de diferentes alimentos de acuerdo al momento de maduración biológica del lactante, con el objetivo de no incurrir en acciones que sobrepasen su capacidad digestiva y metabólica y a la vez asegurar una correcta nutrición.<sup>3</sup>

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 Organización Mundial de la Salud recomendó iniciar la alimentación complementaria a partir de los seis meses de vida, ya que la leche materna constituye un factor protector frente a la morbilidad infantil en los países en desarrollo.<sup>4</sup>

La ventaja potencial más importante de la lactancia materna exclusiva por seis meses, versus cuatro meses se relaciona a morbilidad y mortalidad asociadas a enfermedades infecciosas, esencialmente diarrea. <sup>5</sup>

A medida que el niño aumenta el consumo de alimentación complementaria, disminuye el consumo de leche materna o de fórmula, de manera que si se ofrecen alimentos de bajo valor nutricional la ingesta de energía se encontrará en déficit, cuanto más temprana es la introducción de alimentos mayor es el fenómeno de desplazamiento de lactancia.

La cantidad de alimento que requiere un niño depende de la densidad de los alimentos que se ofrecen y de la capacidad gástrica. En general, los alimentos de la alimentación complementaria tienen entre 0.6 y 1 kcal/gramo, y en general es deseable que su densidad energética sea entre 0.8 y 1 kcal/gramo. Un alimento de baja densidad energética produciría saciedad sin ofrecer energía suficiente. <sup>6</sup>

Los niños de 6 a 8 meses deberían recibir además del pecho de dos a tres comidas diarias y los niños mayores de 8 meses de edad deberían recibir al menos tres comidas por día. Sería deseable que se administrara una mayor frecuencia de alimentos cuando la densidad energética de la dieta es menor de 1 Kcal/gramo.

Los patrones de aceptación de alimentos de los niños se desarrollan y cambian durante los primeros años de vida.

Las respuestas innatas a los diferentes sabores (aceptación de lo dulce y el rechazo de lo amargo y ácido) y la predisposición genética para responder a la densidad energética de los alimentos son rápidamente modificadas por el contexto social de la alimentación porque las señales fisiológicas se van asociando con las connotaciones negativas o positivas de ese contexto social.

Los lactantes y niños pequeños son capaces de tener un alto grado de control en cuanto a la frecuencia de alimentación, la cantidad y la selección de los mismos, dentro de los límites de los alimentos que se les ofrecen. Es habitual en ellos el rechazo inicial de las comidas nuevas, esto refleja una neofobia adaptativa que puede ser superada brindándole reiteradas oportunidades de probar el alimento nuevo en un medio positivo.

Es importante tener en cuenta que el gusto por lo salado si es adquirido, siendo la moderación del aporte de sal clave para un hábito correcto en la adultez.

Por lo tanto, una de las pautas principales para una exitosa alimentación, es la enseñanza al niño de comer alimentos saludables necesarios para su correcto desarrollo y que el responsable de alimentarlo tenga conocimiento de las correctas prácticas. <sup>7</sup>

## **IMPORTANCIA DE LOS MICRONUTRIENTES PARA DISMINUIR LOS DEFICITS NUTRICIONALES EN LA POBLACIÓN**

Los alimentos complementarios deberían brindar suficiente energía, proteína, lípidos, carbohidratos y micronutrientes para cubrir las brechas de energía que deja la leche materna. La alimentación complementaria debe basarse en alimentos que consume la familia, que dependerán de factores culturales y económicos. La dieta del niño debe tener alimentos básicos, ricos en determinados nutrientes.

Entre los nutrientes más importantes se encuentra el Hierro, debido al riesgo de carencia de hierro en niños con leche materna exclusiva a partir de los 6 meses, se recomienda la introducción de carne (pollo, vaca, cerdo, etc.) desde el inicio de la alimentación complementaria, por su alto contenido y buena disponibilidad de hierro hem, y otros nutrimentos que aporta. <sup>7</sup>

La fortificación con hierro de las fórmulas infantiles y los cereales infantiles, la adición de micronutrientes en polvo a los alimentos complementarios preparados en el hogar o la provisión de gotas de hierro son las estrategias de prevención más efectivas en el destete de los lactantes. pero la introducción temprana de carne y la introducción tardía de leche de vaca también son importantes. <sup>8</sup>

La concentración de Fe de la leche humana es relativamente baja, a pesar de su elevada biodisponibilidad, por lo que el lactante utiliza sus reservas hepáticas durante los primeros seis meses.

En una dieta de biodisponibilidad intermedia, como es la de la mayoría de nuestras regiones, el Fe aportado por los alimentos complementarios debe ser entre 8 y 10 mg día para los niños de 6- 12 meses y 5 mg/día para los del segundo año.

Debido a que no es posible aportarlo en su totalidad con la alimentación, se indica suplementar a los niños desde los 6 a los 12 meses de edad con 7 mg/día de Fe.

No solo es importante que se aporten los suficientes micronutrientes en la dieta del bebé sino también evitar aquellos alimentos que pueden intervenir con su absorción.

Entre los factores que afectan la biodisponibilidad del Fe se encuentran el ácido fítico de los cereales y legumbres, que forman complejos insolubles con los minerales esenciales, dificultando su absorción.

Este es uno de los factores más importantes para la pobre absorción del Fe, Zinc y Ca de las dietas basadas en cereales y legumbres. El café, el mate y el té también tienen un efecto inhibitorio sobre la absorción del Fe. <sup>5</sup>

Aquellas personas encargadas de la alimentación de los niños deben tener conocimiento también de que alimentos no son recomendables para ofrecer a los niños, pudiendo intervenir con la absorción de hierro y Zinc, siendo imprescindibles para el desarrollo de esa etapa biológica.

## **COMPLICACIONES ASOCIADAS**

Es importante remarcar que dentro de las posibles complicaciones de la alimentación complementaria, no solo se encuentra en primer lugar la desnutrición del niño, si los alimentos ofrecidos no son acordes al desarrollo físico y neuromotor del niño, se pueden producir diarreas osmóticas, ahogos, intoxicaciones e infecciones, sobrepeso y obesidad, sobrecarga de capacidad gástrica, síndromes de malabsorción por inmadurez del aparato digestivo, sobrecarga renal, deshidrataciones, y por supuesto anemia con su pronóstico irreversible de subdesarrollo neurológico. Es de suma importancia destacar que Cerca de 600.000 niños mueren mundialmente cada año por enfermedades diarreicas.

## **SITUACION NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 0 A 12 MESES EN ARGENTINA**

En la población argentina a nivel nacional, en los niños y niñas menores de 5 años (0-59 meses), se ha encontrado una proporción de bajo peso y emaciación de 1,7% y 1,6% respectivamente, La proporción de baja talla a nivel nacional fue de 7,9% (aquí se observa el retraso crónico de crecimiento).

La proporción de sobrepeso en la población de menores de 5 años resultó de 10% y la proporción de obesidad en la población de menores de 5 años resultó de 3,6% y el exceso de peso estuvo presente en el 13,6% de la población menor de 5 años.

Observándose que el sobrepeso y la obesidad resultaron ser las formas más frecuentes de malnutrición.

Correlacionándose esto con una población adulta con alta prevalencia de sobrepeso, observándose también en la ENNyS, que el exceso de peso fue de 67,9%, sobrepeso en la población adulta fue de 34% y obesidad de la población adulta fue de 33,9%.

Se observa que la epidemia de sobrepeso y obesidad es la forma más frecuente de malnutrición y se confirma que continúa aumentando sostenidamente en Argentina. Esto está en concordancia con lo observado en la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, donde la prevalencia de exceso de peso fue de 66,1%, siendo los grupos sociales de menores ingresos quienes evidenciaron mayores índices de exceso de peso.

Con respecto a la alimentación general de la población se observa que el consumo diario de alimentos saludables es significativamente menor en los grupos de niveles educativos bajos y en los de menores ingresos y los alimentos no recomendados se consumen más frecuentemente en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad.<sup>9</sup>

Dentro de la malnutrición observada en nuestra población, desde hace décadas, el retraso crónico de crecimiento es uno de los principales problemas de nutrición de nuestro país, produciendo como consecuencia que la población en general presente una talla menor a la óptima para su edad.

Existen múltiples factores que afectan el desarrollo óptimo del niño, produciendo un retraso en el crecimiento la ausencia prolongada de cantidades adecuadas de principalmente energía y proteína de alta calidad, así como de micronutrientes esenciales para la primera infancia tales como hierro y zinc y ácidos grasos esenciales. Así mismo la mala calidad de la alimentación contribuye a una disminución de la resistencia a infecciones, produciendo mayor prevalencia de las mismas, contribuyendo a aumentar el riesgo de déficit de crecimiento al no poder recuperar el niño las reservas de energía y micronutrientes. El retraso de crecimiento se instala durante los primeros años de vida y muy difícilmente pueda ser compensado con un crecimiento adicional en los años de la adolescencia.

Los niños dependen de la alimentación que les provee su núcleo familiar, la que está, a su vez, condicionada por el contexto social, pautas culturales y accesibilidad económica de la familia. Pero además la calidad de la dieta en los primeros años de la vida se relaciona con otros aspectos como el momento de iniciación de la lactancia, el tiempo de lactancia exclusivo, el tiempo de lactancia total, el momento de introducción de semisólidos y la calidad energética de los mismos, la digestibilidad de los alimentos y la biodisponibilidad de los nutrientes.<sup>10</sup>

Es importante recordar que exposición a los alimentos en la primera infancia (0 a 3 años) cumple un rol trascendente en la conformación de hábitos para toda la vida, ya que en esa etapa se forman circuitos cerebrales de gratificación y/o recompensa que consolidan conductas alimenticias a futuro.

Un estudio realizado por CESNI observó que la alimentación de los niños argentinos empeora en la medida en que acceden a los alimentos menos saludables disponibles en el hogar.

Según las conclusiones del trabajo denominado 'Estudio de Alimentación en la Infancia Temprana', que incluyó a 498 niños menores de 3 años pertenecientes a familias de CABA, Gran Buenos Aires, Córdoba, Rosario y Mendoza, ya entre los 6 meses y el año de vida el 24 % de los niños presenta un patrón alimentario en el que regularmente incorporan opciones poco saludables, valor que aumenta al 42% entre los niños de 1 a 2 años y a un 45% entre los de 2 y 3 años de edad.

Otro dato saliente de la investigación, fue que casi la mitad de los niños de entre 6 y 11 meses (46%) consumen leche de vaca, un alimento que por su composición de proteínas y minerales no es recomendable para ese período de la vida. Una cuarta parte (25%) de los niños menores de 3 meses ya habían incorporado de manera precoz alimentos, bebidas y/o infusiones, valor que aumenta a 1 de cada 3 niños antes cumplir los 6 meses de edad.<sup>11</sup>

Uno de los pilares de la correcta alimentación complementaria en el primer año de vida es el correcto inicio de la misma, lo cual está estrictamente relacionado con el periodo en que la madre que amamanta, decide dejar de hacerlo.

En los datos observados en la ENNyS, el inicio de la LM presentó valores elevados, pero la proporción de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses sigue siendo baja: en la ENNyS 2 fue del 43,7%, comparable a la última Encuesta Nacional de Lactancia que observo un 54%<sup>12</sup>.

Según Encuesta Nacional de Lactancia realizada en el 2018<sup>12</sup>, el motivo principal por el que la madre deja de amamantar fue “me quedé sin leche” especialmente importante en el grupo de niños de 0 a 3 meses. Entre los 4 y 6 meses la segunda causa más importante de abandono fue “tuve que salir a trabajar” razón que también resultó ser una de las más importantes para todos los niños entre 7 y 18 meses de edad. Por último, es importante remarcar el aumento progresivo de abandono de la LM por “indicación médica” a medida que aumenta la edad de los niños, pasando de un 5% en el grupo de 0 a 3 meses, a un 27% en el grupo cercano a los 2 años de edad.<sup>12</sup>

En situaciones en las que la familia no puede o decide no amamantar al niño se debe recurrir a la elección de un sucedáneo de la leche materna que preferentemente debe ser una fórmula láctea adicionada con Hierro. En el caso específico de Argentina, las «Guías alimentarias para la población infantil» recomiendan para los niños mayores de 6 meses, como primera opción, fórmulas infantiles de seguimiento; como segunda opción, leche entera en polvo fortificada con Hierro y adicionada con azúcar; y, como tercera opción, leche fluida hervida, diluida con agua y adicionada con azúcar.<sup>5</sup>

A nivel país, evaluando la cantidad de energía consumida en niños en el primer año de vida, se observó que el 14% de los niños de 6 a 23 meses sin LM no

cubrió su requerimiento de energía, por lo que la Alimentación semisólida ofrecida era de baja densidad energética, es necesario destacar que una alta proporción de este grupo supero su requerimiento, lo cual también es un desequilibrio del aporte energético, en éste caso superándolo. De tal modo, se observó que más del 70% de los niños de 6 a 23 meses consumió al menos un 20% o más de su requerimiento energético, y que un 45% de ellos supero el 50% de exceso en el consumo de energía.

En los hogares más pobres la proporción de niños que recibieron alimentos complementarios antes de los 4 meses fue más elevada que en los hogares más favorecidos económicamente.

Sin embargo, los hogares más favorecidos económicamente presentaron mayor proporción de incorporación temprana de alimentos (entre los 4 y los 6 meses) que en los grupos más pobres. <sup>13</sup>

En un estudio realizado sobre inseguridad alimentaria en Buenos Aires, se encontró que el 16,3% de los hogares con niños/as en los principales centros urbanos del país tienen algún nivel de inseguridad alimentaria, esta situación alcanza al 19,2% de la población infantil entre 0 y 17 años. De manera análoga, se advierte que el riesgo alimentario severo comprende al 7,7% de los hogares y al 9,5% de la población de niños/as. El 26,6% de hogares con niños/as en villas o asentamientos precarios presentan inseguridad alimentaria, esta situación alcanza al 21,6% en barrios de trazado urbano de nivel socioeconómico bajo mientras que desciende al 6,2% en urbanizaciones formales de nivel socioeconómico medio.

Los datos presentados indican que existen diferencias significativas en la situación alimentaria que presentan los hogares con niños/as según el espacio urbano y residencial que ocupen. De esta forma, los principales grupos de riesgo estarían formados por los hogares residentes en el Conurbano Bonaerense y las villas o asentamientos precarios. <sup>11</sup>

Así mismo es de destacar que la falta de acceso alimentario producto de situaciones de pobreza obligó a que la organización diaria del comer familiar como práctica alimentario-nutricional privada pase a realizarse en contextos públicos (comunitario y/o escolar, guarderías del), debilitando el rol de la familia

como institución mediadora entre el alimento, el estado nutricional/salud/cuerpo, las experiencias y sentidos que circulan alrededor de 'la mesa'.

Se observa una situación similar en el retorno al trabajo materno en la clase media y alta, en donde la alimentación del niño pasa a manos de "cuidadores", "guarderías" "niñeras", en estos casos el conflicto no es falta de acceso sino falta de presencia de la madre y la familia en la educación alimentaria del bebé. <sup>14</sup>

Con respecto a la elección de los alimentos y la introducción de los mismos, en el Conurbano de Buenos Aires, en un estudio realizado por N.Piazza en una población de niños que concurrían a un Hospital en Buenos Aires, se observó que el promedio de edad en la que los niños introducían sus primeros alimentos fue de  $4.4 \pm 1.5$  meses sin diferenciación entre niveles sociales. Los principales alimentos elegidos en los primeros meses de vida fueron frutos (61%), papillas sin gluten (54.5%), con gluten (52%) y yogur (62.2%). El consumo de gaseosas y jugos artificiales fue de 55% y de "productos de copetín" de 78%.

La densidad energética de los alimentos consumidos por los menores de 2 años fue en términos generales baja, observándose una densidad en el 25% de los niños fue menor a 0,75 cal/gramo. <sup>15</sup>

Se concluye que la alimentación complementaria en nuestro país, así como el inicio de la misma, presentan múltiples falencias, correlacionándose con el estado nutricional de la población infantil.

## **INTERVENCIONES POSIBLES**

Estos datos sugieren la necesidad de mayor información y educación alimentaria para todos los grupos socioeconómicos, especialmente en lo que respecta a la prevención de introducción temprana y muy temprana de alimentos y la calidad energética de los mismos, así como la importancia de concientizar sobre aquellos alimentos que no deben ofrecerse a los niños menores de 1 año y las consecuencias que esto significa.

Los programas de entrega de leche fortificada en América Latina han sido estrategias costo-efectivas para enfrentar las deficiencias de nutrientes, sin

embargo, la entrega de leche fortificada no se acompaña con educación a la familia en cuanto a su uso y mejor aprovechamiento.

Estas intervenciones no deben solo limitarse a simples transferencias, sino que deben ir acompañadas de un programa educativo, campañas en los medios masivos y en la vía pública para promover consumos saludables.<sup>16</sup>

La educación de los padres debe contemplar una variedad de temas que permitan a la familia la suficiente flexibilidad para continuar con sus costumbres y a la vez permitir una alimentación adecuada de los bebés. Entre los tópicos más importantes se debe alentar a los padres y cuidadores a ofrecer diariamente una amplia variedad de verduras y frutas, con énfasis en las verduras de color verde oscuro, frondosas y de color amarillo oscuro y frutas coloridas. Se debe destacar que solo se ofrecen postres, dulces, bebidas azucaradas y bocadillos salados ocasionalmente, ofreciendo alimentos ricos en nutrientes y apropiados para la edad como alternativas (por ejemplo, fruta, queso, yogur y cereales). Debido a que la elección de alimentos familiares influye en qué alimentos se ofrecen a los niños, los enfoques educativos basados en la familia para desarrollar hábitos alimenticios saludables pueden ser útiles.<sup>17</sup>

Las necesidades de macronutrientes y micronutrientes en las diferentes etapas de la vida pediátrica son de suma importancia, tanto para definir políticas y programas de salud, como para construir las bases de las ingestas dietéticas de referencia.<sup>18</sup>

## **ESTUDIOS SIMILARES REALIZADOS**

Según un estudio transversal sobre el conocimiento de los cuidadores de bebés realizado en China, las prácticas de alimentación complementaria se ven obstaculizadas por dos limitaciones: la falta de comprensión de los temas relacionados con la salud y la nutrición infantil, así como las fuentes inadecuadas de información sobre estos temas.

Esta situación hace que fracasen al incorporar alimentos ricos en micronutrientes en la dieta de sus hijos.

Se observó que la mayoría de los cuidadores confían en una combinación de su propia experiencia y la experiencia de amigos y familiares para tomar decisiones con respecto a la alimentación de sus hijos. Las ideas erróneas sobre las

prácticas de alimentación complementaria también se combinaron con una falta de comprensión sobre temas de salud y nutrición infantil. <sup>19</sup>

Se ha concluido debido al alto consumo de alimentos procesados en la población infantil en Nepal, que se debe desalentar el uso regular de alimentos procesados predominantemente con alto contenido de azúcar o sodio en la alimentación de niños pequeños y se deben tomar medidas reglamentarias apropiadas para que los cuidadores sean conscientes de la calidad nutricional de los alimentos y bebidas producidos comercialmente para sus hijos. <sup>20</sup>

Un estudio realizado en Bangladesh ha obtenido como resultado que solo el 19% de las madres conocía la edad recomendada por la OMS para el inicio de la alimentación complementaria.<sup>21</sup>

En Trujillo, Perú, se realizó una investigación formativa para explorar las prácticas de alimentación complementaria con los cuidadores, así como las rutinas e interacciones de los trabajadores de la salud con los cuidadores relacionados con la alimentación y crecimiento saludable.

Por un lado se seleccionaron 17 alimentos para explorar con los cuidadores en el ejercicio de atributos de alimentos observando cuales consideraban apropiados o no para ofrecer a los niños.

Por otro lado, se entrevistaron trabajadores de salud y se realizaron observaciones de servicios e instalaciones de salud, los datos revelaron que la consulta médica, las visitas de cuidado de niños sanos y la consulta de nutrición se ocuparon de algún aspecto de la nutrición, pero funcionaron de manera muy independiente. Los mensajes de nutrición a menudo se daban, pero variaban en términos de contenido, enfoque, complejidad y claridad, lo que conducía a la entrega de mensajes inconsistentes entre los trabajadores de la salud dentro del mismo establecimiento de salud y entre los establecimientos. <sup>22</sup>

En un análisis de 10 bases de datos y dos registros de ensayos sobre intervenciones educativas se ha demostrado la eficiencia de las intervenciones educativas alimentarias en las poblaciones, en la introducción de alimentación complementaria en el momento adecuado, los tipos y la cantidad

de alimentos complementarios y alimentos para alimentar a los bebés e higiene; Se obtuvo como resultado que las intervenciones educativas condujeron a mejoras en las prácticas de alimentación complementaria para la edad al momento de la introducción del complemento y prácticas de higiene. <sup>23</sup>

### **CONCLUSIONES DEL MARCO TEORICO**

Es de suma importancia que las madres tengan suficientes conocimientos para ofrecer a sus hijos una correcta alimentación, siendo no solo el acceso a los alimentos importante, sino también la capacidad de elegir adecuadamente y ser consciente de las consecuencias que la alimentación tiene en la salud de sus hijos.

## **JUSTIFICACION DE LA IMPORTANCIA DEL PROYECTO**

En nuestro país existen múltiples estudios sobre el estado nutricional de la población, entre los cuales se encuentran los niños de 0 a 12 meses de edad como uno de los principales grupos de riesgo. Es en dicha etapa de la vida en donde el estado de salud del niño y su futuro desarrollo, están íntimamente relacionados con su nutrición, se establecen los hábitos alimentarios para el resto de la vida y déficit graves producen daños irreversibles.

Se han realizado investigaciones sobre la alimentación de los niños en la primera infancia, se han evaluado las condiciones de salud de los mismos relacionadas con la nutrición, pero no se han realizado estudios importantes en nuestro país que evalúen el grado de instrucción en aquellos que alimentarán a estos niños, entre ellos, las madres ocupan el lugar más importante.

El estado nutricional observado actualmente en diferentes poblaciones de niños, tiene entre sus causales, la educación de sus madres y familias con respecto a dicho tema. Es necesario por lo tanto determinar si las mujeres reciben por parte de la comunidad una educación suficiente y adecuada sobre las pautas básicas de la alimentación complementaria, de forma que al momento de ser madres se puedan evitar errores que produzcan déficit o enfermedades graves en los niños, mejorando de esta manera el estado de salud de la población.

La realización del presente estudio busca evaluar la fuente de la alimentación infantil primaria: sus madres; así como determinar si son suficientes y efectivas las campañas de nutrición infantil dirigidas a dicho sector de la población por parte del sistema de Salud.

Mediante los resultados obtenidos se buscará determinar si es necesario reconsiderar una campaña de educación más exhaustiva y específica que permita una correcta instrucción de la población sobre la alimentación de los niños en la primera infancia.

## **OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar el conocimiento sobre alimentación complementaria no adecuada y sus riesgos, en una población de mujeres embarazadas o madres de niños de 0 a 12 meses, que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2020, y cuál es la fuente de información de dichos conocimientos.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Evaluar si las mujeres embarazadas o madres encuestadas tienen conocimiento sobre los alimentos que no son adecuados para un niño de 6 a 12 meses de edad.
- Evaluar si las mujeres embarazadas o madres encuestadas tienen conocimiento sobre la correcta edad de introducción de los alimentos complementarios.
- Identificar cuáles son las fuentes de información sobre alimentación complementaria que reciben las mujeres embarazadas o madres encuestadas.
- Evaluar si las mujeres embarazadas o madres encuestadas tienen conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna y su duración.
- Evaluar si las mujeres embarazadas o madres encuestadas conocen los riesgos a corto y largo plazo de no alimentar correctamente a sus hijos.

## **DISEÑO METODOLOGICO**

TIPO DE ESTUDIO:

El estudio realizado fue de carácter observacional descriptivo transversal.

## **POBLACIÓN Y MUESTRA**

Población: mujeres embarazadas o madres de niños de 0 a 12 meses que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2020.

Muestra: Se seleccionaron 150 mujeres embarazadas o madres de niños de 0 a 12 meses que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2020.

Tipo de muestreo: No probabilístico, por conveniencia. Se seleccionaron los individuos acordes a los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

Mujeres embarazadas o madres de niños de 0 a 12 meses que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2020.

Criterios de exclusión:

Dificultad para entender el idioma o entender lo que se le pregunta (extranjera, déficit cognitivo, ceguera).

**MATERIALES Y METODOS**

Encuesta confeccionada en una plataforma Online (Formularios de Google) que se envió vía Mail o Whatsapp a los encuestados. (Se incluye el modelo de la encuesta en Anexo 1).

**TRATAMIENTO ESTADISTICO PROPUESTO:**

Se realizó una matrix tripartita de datos en formato Excel, se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes realizando cuadros y gráficos. Se calculó el estadístico de Chi-cuadrado.

**PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS:**

Se respetaron las normas éticas vigentes realizando un consentimiento informado adaptado al formato online.

## **DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.**

### OBJETIVO ESPECIFICO:

- Evaluar si las mujeres embarazadas o madres encuestadas tienen conocimiento sobre los alimentos que no son adecuados para un niño de 6 a 12 meses de edad.

Para evaluar la variable “Conocimiento sobre los alimentos que no son adecuados para un niño de 6 a 12 meses de edad” se ha utilizado como indicador:

Nivel de conocimiento de Identificación de los alimentos que no son adecuados para un niño de 6 a 12 meses de edad.

Valor:

Conocimiento alto: identifica el 80-100% de los alimentos no adecuados

Conocimiento intermedio: identifica entre 50 -79% de los alimentos no adecuados

Conocimiento bajo: identifica menos del 50% de los alimentos no adecuados

Se evaluó mediante el siguiente listado de alimentos que contiene alimentos adecuados y no adecuados, el encuestado debió identificar los no adecuados:

No adecuados:

Miel, gaseosas, infusiones de tés o yuyos, carnes crudas, alcohol, caramelos, papas fritas o snacks (papa fritas o productos industriales salados), uvas enteras. chocolates, productos de panadería y pastelería (facturas, chipá, bizcochitos, tortas, alfajores, entre otros), postres o flanes lácteos industriales (ej de marcas: danonino, danette, serenito, shymmy) Frutas secas (nueces, almendras, avellanas, maníes)

Adecuados: Puré de: zapallo, de zanahoria, de papa, de batata, carne de vaca o pollo sin piel cocidas y trituradas, huevo cocido, frutas en puré (manzana, banana, pera, durazno fresco, no de lata), queso untable con crema.

#### OBJETIVO ESPECIFICO:

- Evaluar si las mujeres embarazadas o madres encuestadas tienen conocimiento sobre la correcta edad de introducción de los alimentos complementarios.

Para evaluar la variable conocimiento sobre la correcta edad de introducción de los alimentos complementarios se ha utilizado el siguiente indicador:

Indicador: Edad correcta de introducción de la alimentación complementaria

Valor:

Correcto: 6 meses

Incorrecto: No es igual a 6 meses.

#### OBJETIVO ESPECIFICO:

- Determinar si reciben información sobre alimentación complementaria y cuales son las fuentes de información de las mujeres embarazadas o madres encuestadas.

Para evaluar la variable “reciben información sobre alimentación complementaria las mujeres embarazadas o madres encuestadas en los ámbitos de salud” se han utilizado los siguientes indicadores:

Indicador 1: Recibe información /no recibe información en los ámbitos de salud (hospitales/ centros de salud).

Valor: SI/NO

Para evaluar la variable “Reciben información en otros medios diferentes a los ámbitos de salud sobre alimentación complementaria las mujeres embarazadas o madres encuestadas” se han utilizado los siguientes indicadores:

Indicador 1: Fuente de información

Valor:

FAMILIAR O CONOCIDO (madre/suegra/otro familiar)

MEDIOS DE COMUNICACIÓN (Diarios, revistas, carteles públicos, televisión, radio, internet)

DE NINGUNA OTRA FUENTE

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Evaluar si las mujeres embarazadas o madres encuestadas tienen conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna y su duración.

Para evaluar la variable: “conocimiento que tienen las mujeres embarazadas o madres encuestadas sobre la importancia de la lactancia materna y su duración” se han utilizado los siguientes indicadores:

Indicador 1

Alto (Si la encuestada responde correctamente los subindicadores 1 y 2)

Mediano (Si la encuestada responde correctamente uno de los subindicadores 1 y 2)

Bajo (si la encuestada no responde correctamente ninguno de los subindicadores 1 y 2)

Subindicador 1:

Importancia de la lactancia materna

Valor:

CORRECTO: la lactancia materna influye en el desarrollo del niño, es importante

INCORRECTO: la lactancia materna no influye en el desarrollo del niño, no es importante

Subindicador 2: Hasta que edad se recomienda amamantar al niño.

Valor:

CORRECTO: Entre 1 año y 2 años y medio.

INCORRECTO: Menos de un año.

## OBJETIVO ESPECIFICO

- Evaluar si las mujeres embarazadas o madres encuestadas conocen los riesgos a corto y largo plazo de no alimentar correctamente a sus hijos.

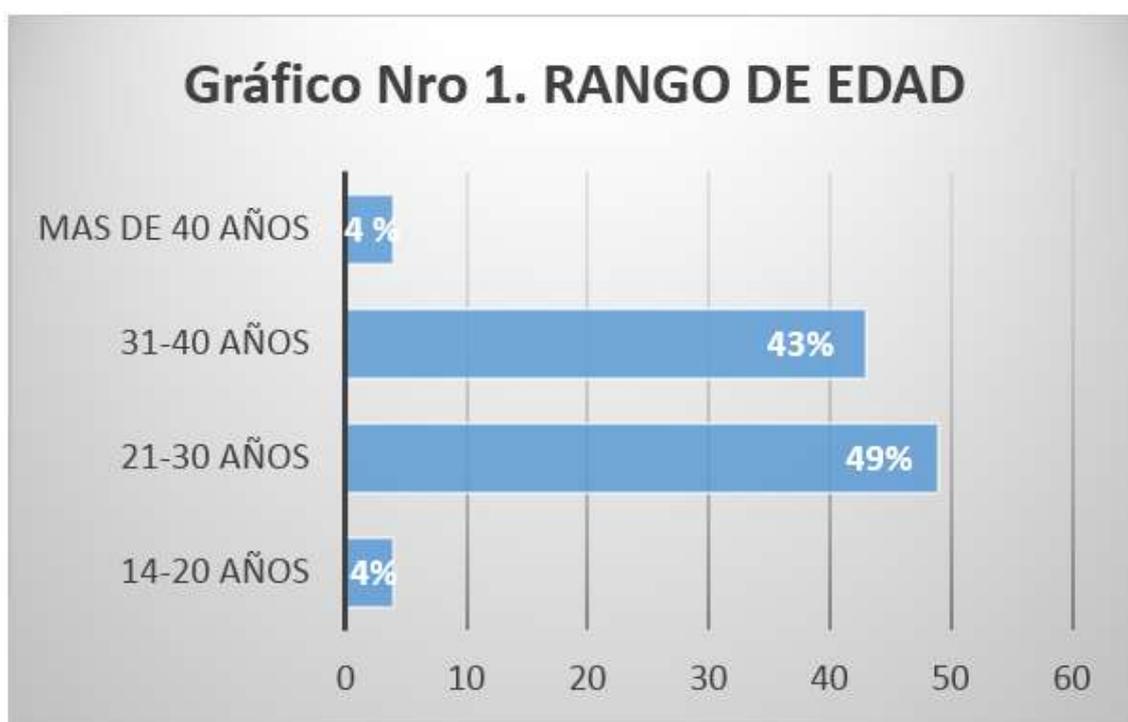
Para evaluar la variable "nivel de conocimiento que presentan las mujeres embarazadas o madres encuestadas sobre los riesgos a corto y largo plazo de no alimentar correctamente a sus hijos" se dejó la respuesta abierta.

## **RESULTADOS:**

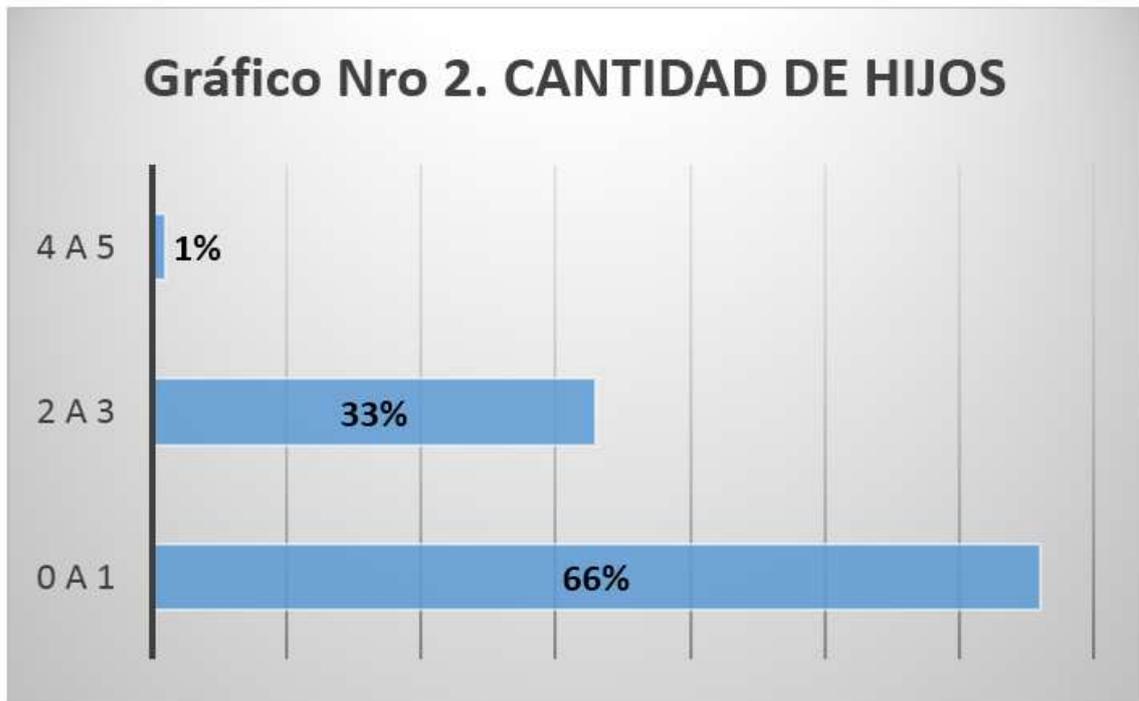
Se ha encuestado a 150 mujeres, embarazadas y/o madres de niños de 0 a 12 meses, residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el segundo trimestre del año 2020.

### **Perfil de la muestra:**

Del total de la muestra, el promedio de edad fue de 30 años, perteneciendo un 49% al rango de edad de 21 a 30 años y un 43% al rango de edad de 31 a 40 años.



Con respecto a la cantidad de hijos se halló un promedio de hijos de 1, perteneciendo un 66% al rango de 0 a 1.

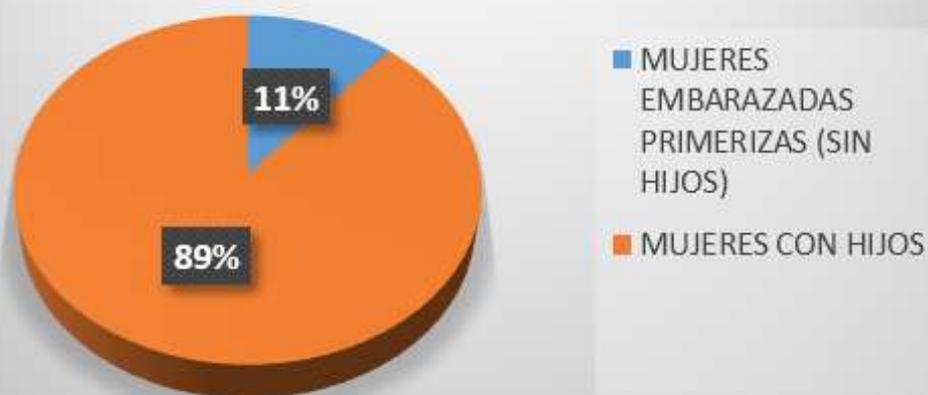


Las mujeres que se encontraban embarazadas correspondieron al 30% y las mujeres no embarazadas al 70%.



De las mujeres embarazadas se analizaron aquellas que eran primigestas y que no tenían hijos, dividiendo a la muestra en mujeres con hijos y mujeres sin hijos, siendo un 89% y un 11% respectivamente. Esta división resulta de relevancia ya que divide a la muestra en mujeres que ya han tenido experiencia en la alimentación de un bebé y las que no.

### Gráfico Nro 4. MUJERES CON O SIN HIJOS



Con respecto a la cobertura de salud, se encontró que un 34% presentaba cobertura de salud pública, y un 66% cobertura mediante obra social o prepaga, pudiendo estimar así un perfil socioeconómico, considerando que aquellas que presentan obra social o prepagas pertenecen a clase social media, alta.

### Gráfico Nro 5. COBERTURA DE SALUD DE LA MUESTRA



### Resultados de la encuesta:

Teniendo en cuenta el análisis de los resultados obtenidos sobre el conocimiento de la importancia y de la duración de la Lactancia Materna, se encontró que un 85% presentó conocimiento alto, un 9 % un conocimiento intermedio y un 6% un conocimiento bajo.

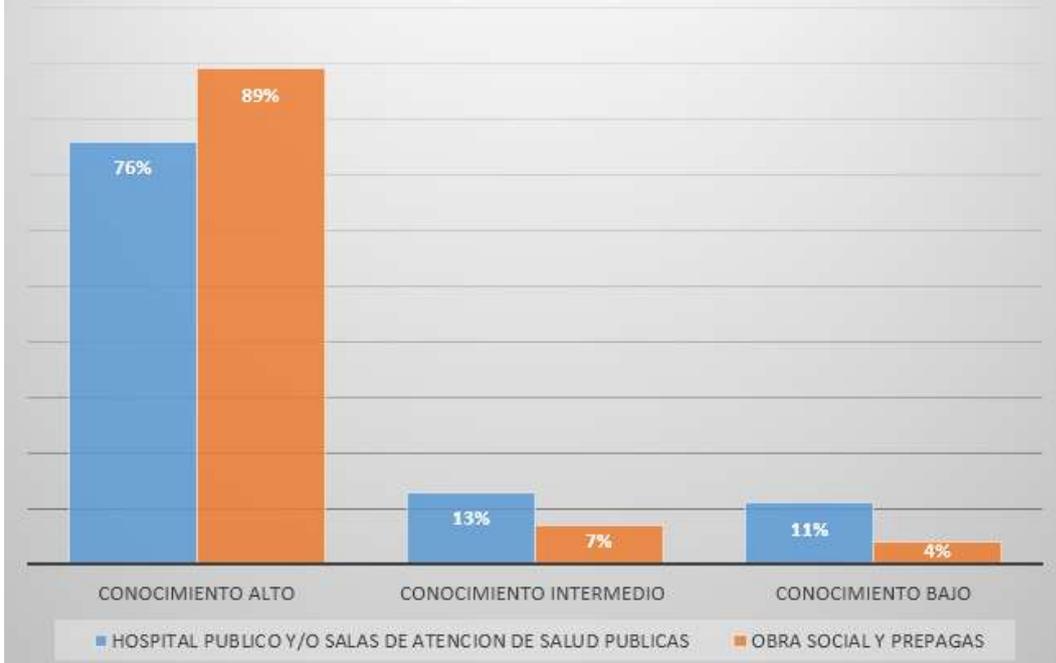
Considerando un conocimiento alto cuando identifica el 80-100% de los alimentos no adecuados, conocimiento intermedio entre 50 -79% y conocimiento bajo menos del 50% de los alimentos no adecuados.



Al analizar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna según cobertura de salud, se halló que el conocimiento alto fue superior en aquellas mujeres que tenían obra social o prepagas que en aquellas que presentan cobertura de salud pública, siendo un 89% y un 76% respectivamente.

En cambio, el nivel de conocimiento intermedio y bajo, duplica la cantidad en aquellas mujeres con cobertura de salud pública.

**Gráfico Nro 7. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA SEGUN COBERTURA DE SALUD**



Analizando el mismo indicador entre aquellas mujeres con hijos y sin hijos, se encontró que un 100% de las mujeres embarazadas primerizas sin hijos tenían conocimiento alto sobre la lactancia materna, frente a un 82% en mujeres con hijos.

No se ha hallado asociación en los cruces de variables (cobertura de salud / nivel de conocimiento). Se ha analizado el estadístico de chi-cuadrado obteniendo 4.0738. El valor p es .130434. El resultado no es significativo en  $p < .05$ .

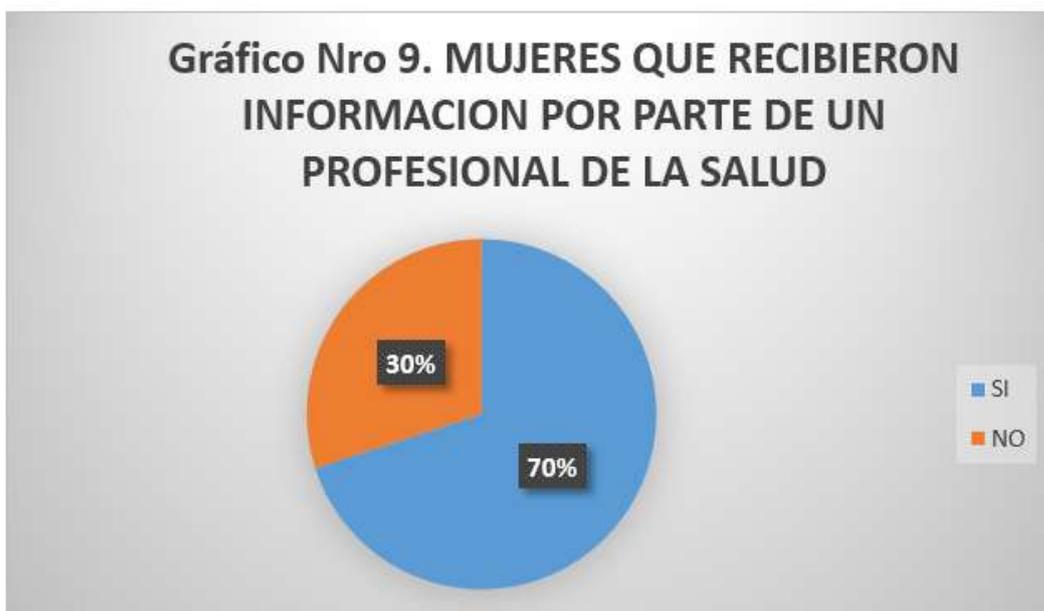
**Gráfico Nro8. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES CON O SIN HIJOS**



No se ha podido realizar el análisis del estadístico de Chi cuadrado ya que las variables contienen ceros (mujeres con o sin hijos / nivel de conocimiento de lactancia materna).

Con respecto al análisis de la fuente de información de la muestra, se encontró que un 70% indicó haber recibido información por parte de un profesional de la salud.

**Gráfico Nro 9. MUJERES QUE RECIBIERON INFORMACION POR PARTE DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD**



Se observó un mayor porcentaje en aquellas con cobertura de salud con obra social o prepaga, correspondiendo a un 76%.



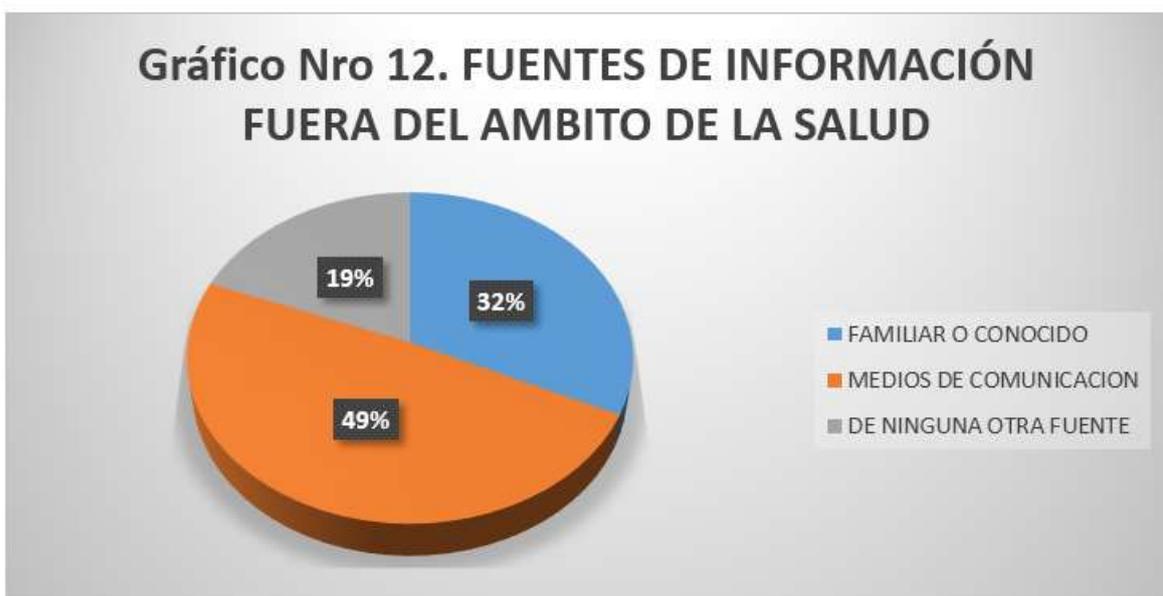
Fue mayor el porcentaje que recibió información por parte de un profesional de la salud en las mujeres que tenían hijos que en las que no tenían, con un 75% y un 64% respectivamente.

No se ha encontrado asociación en el cruce de variables (cobertura de salud/ recibió información por parte de un profesional de la salud). El estadístico de chi-cuadrado es 3.6406. El valor p es .056387. El resultado no es significativo en  $p < .05$ .

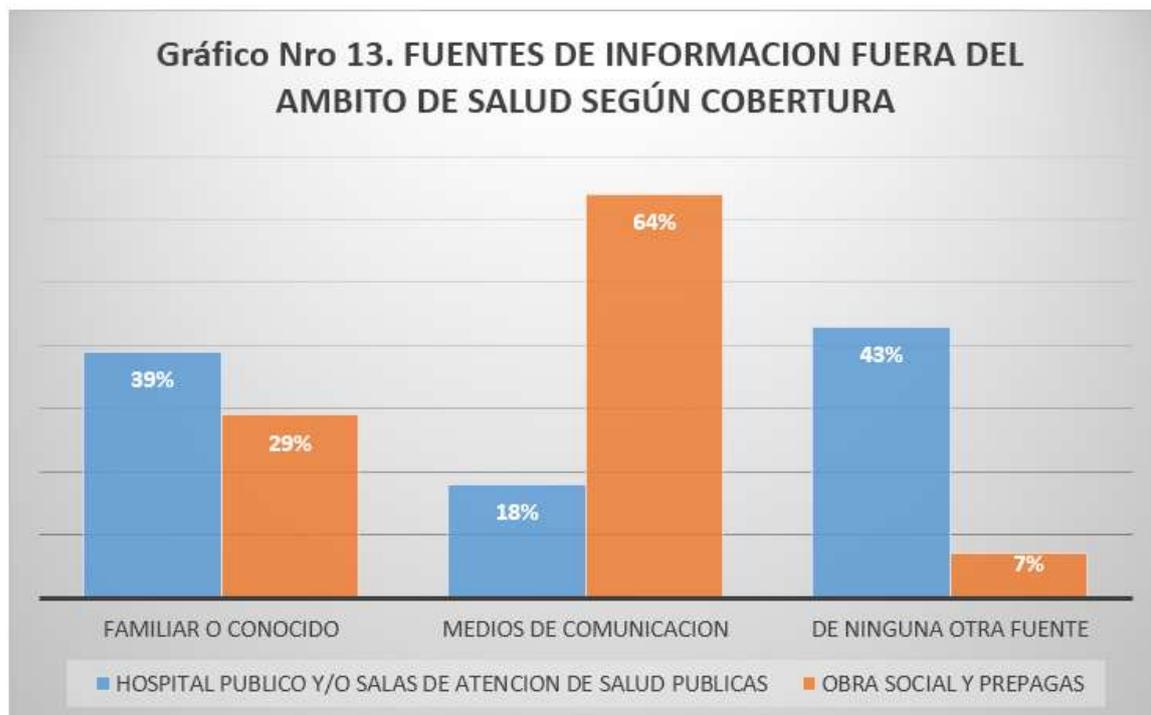


Analizando aquellas fuentes de información fuera del ámbito de salud, se encontró mayor porcentaje de medios de comunicación con un 49%.

No se ha encontrado asociación en el cruce de variables (mujeres con o sin hijos/ recibió información por parte de un profesional de la salud), el estadístico de chi-cuadrado es 0.8608. El valor p es .353516. El resultado no es significativo en  $p < .05$

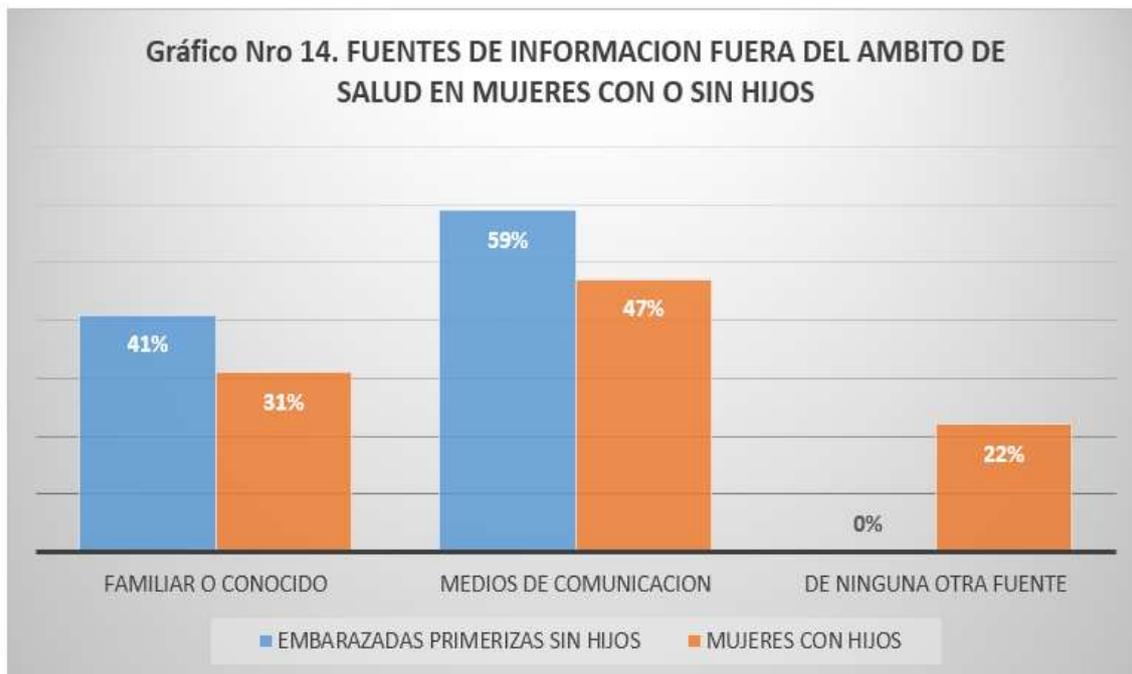


Fue mayor el uso de medios de comunicación como fuente de información, en aquellas mujeres que presentaban obra social o prepaga como cobertura de salud.



Con respecto a mujeres con o sin hijos, se observó que aquellas mujeres embarazadas sin hijos recurrieron siempre a otra fuente de información fuera del ámbito de salud, siendo principalmente la fuente de información los medios de comunicación.

No se ha hallado asociación en el cruce de variables (cobertura de salud/ fuentes de información fuera del ámbito de salud). El estadístico de chi-cuadrado es 0.8608. El valor p es .353516. El resultado no es significativo en  $p < .05$



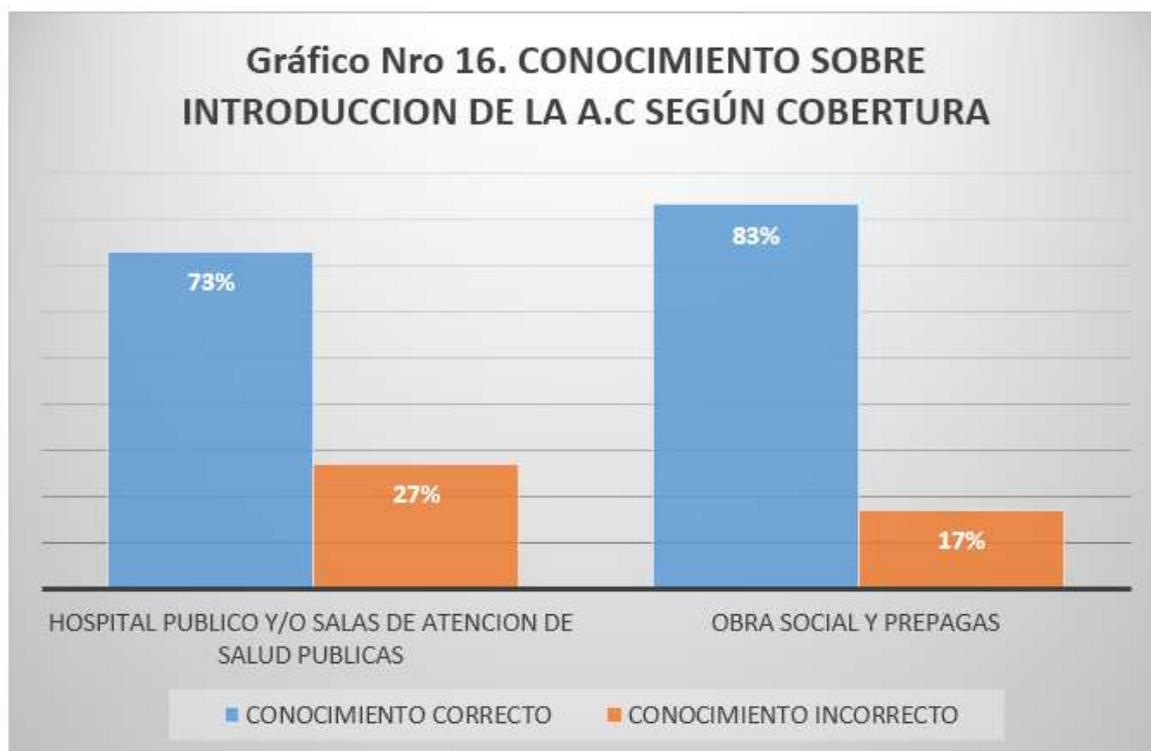
El nivel de conocimiento sobre la introducción de la alimentación complementaria (A.C.) fue mayormente correcto, con un 79% frente a un 21% incorrecto.

Considerando correcta a la introducción a los 6 meses e incorrecta cuando no se corresponde con los 6 meses.

No se ha podido realizar el cálculo de Chi cuadrado ya que las variables contienen ceros (mujeres con o sin hijos / fuentes de información fuera del ámbito de salud).

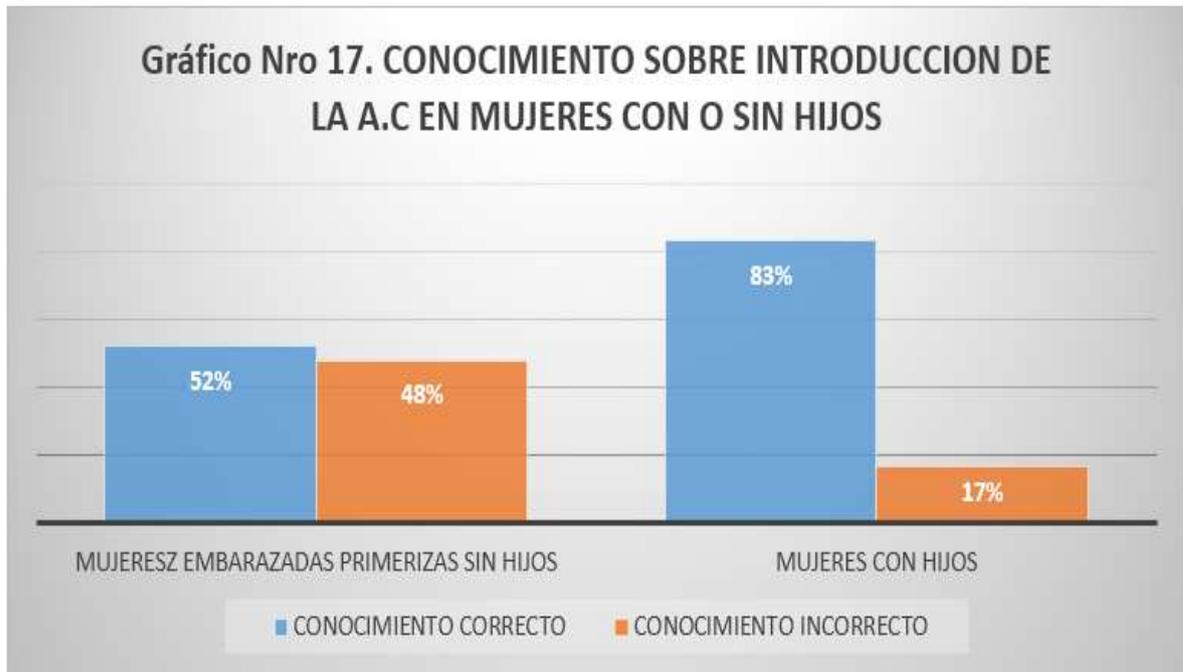


Al analizarlo según cobertura de salud se observó mayor porcentaje de conocimiento incorrecto en aquellas mujeres que tenían cobertura de salud pública.



Comparando las mujeres con o sin hijos, se encontró que las mujeres con hijos tienen un porcentaje mucho mayor de conocimiento correcto, en cambio en aquellas sin hijos, el conocimiento correcto e incorrecto de introducción de la alimentación complementaria fue muy similar.

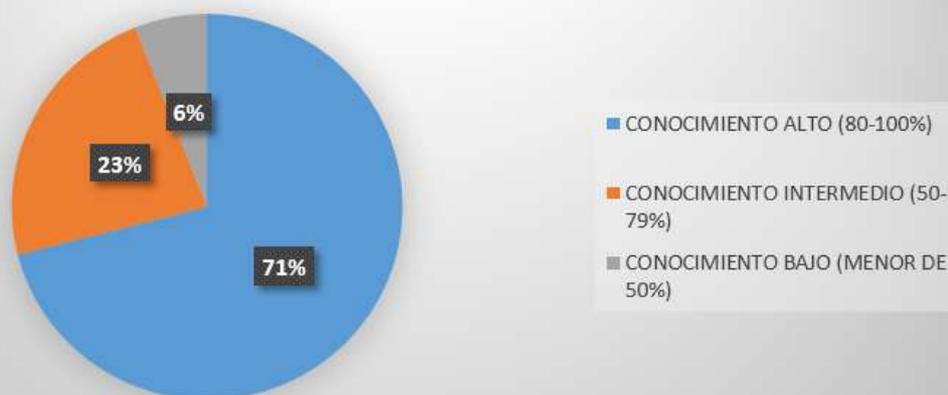
No se ha hallado asociación en el cruce de variables (cobertura de salud/ nivel de conocimiento de introducción de A.C), el estadístico de chi-cuadrado es 2,1693. El valor p es .140794. El resultado no es significativo en  $p < .05$ .



Finalmente, al analizar el nivel de conocimiento sobre alimentos no adecuados para un niño de 6 a 12 meses, considerando un conocimiento alto cuando identifica el 80-100% de los alimentos no adecuados, conocimiento intermedio entre 50 -79% y conocimiento bajo menos del 50% de los alimentos no adecuados, se observó que la mayoría de la muestra presentó un conocimiento alto, correspondiendo a un 71%. El conocimiento intermedio y el bajo fueron un 23% y 6% respectivamente.

Se ha hallado asociación en el cruce de variables (mujeres con o sin hijos / nivel de conocimiento de introducción de A.C) . El estadístico de chi-cuadrado es 8.1454. El valor p es 0,004317. El resultado es significativo en  $p < .05$ .

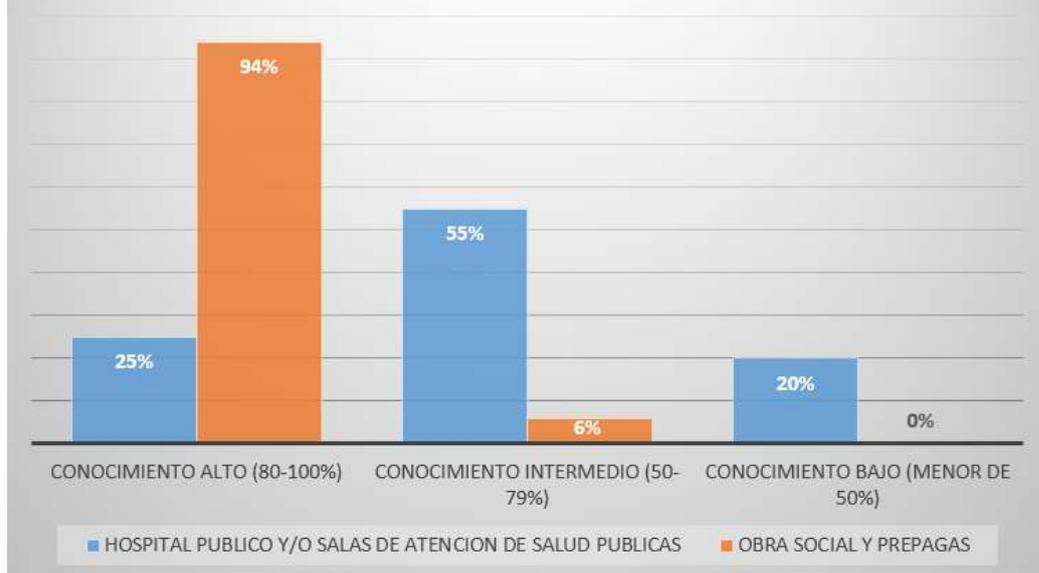
**Gráfico Nro 18. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTOS NO ADECUADOS**



Al momento de comparar el nivel de conocimiento hallado, según cobertura de salud se encontró notorio el hecho de que el conocimiento alto corresponde un 94% a aquellas mujeres con obra social y prepagas, y dentro de éste grupo, no se encontraron mujeres con conocimiento bajo.

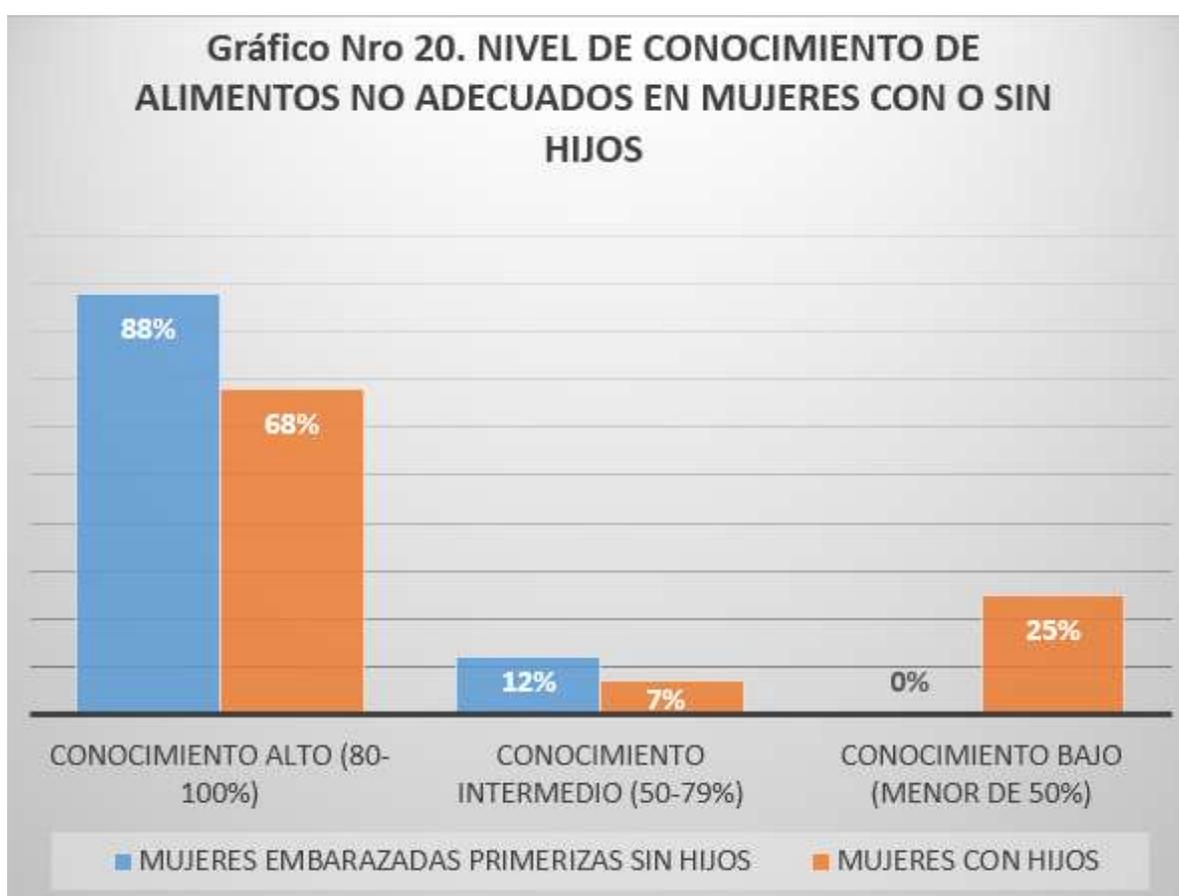
En aquellas mujeres con cobertura de salud pública se encontró que solo un 25% presentó nivel de conocimiento alto, frente a un 55% de conocimiento intermedio y un 20% de conocimiento bajo.

**Gráfico Nro 19. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE ALIMENTOS NO ADECUADOS SEGUN COBERTURA DE SALUD**



Este mismo indicador, comparado entre mujeres con o sin hijos, presenta un mayor porcentaje de conocimiento alto en aquellas mujeres embarazadas sin hijos con un 88%, las cuales no presentaron conocimiento bajo, frente a un 68% de conocimiento alto en mujeres con hijos, las cuales presentaron un alto porcentaje de conocimiento bajo con un 25%.

No se ha podido evaluar la asociación en el cruce de variables, ya que las variables presentan ceros (cobertura de salud/ nivel de conocimiento de alimentos no adecuados).



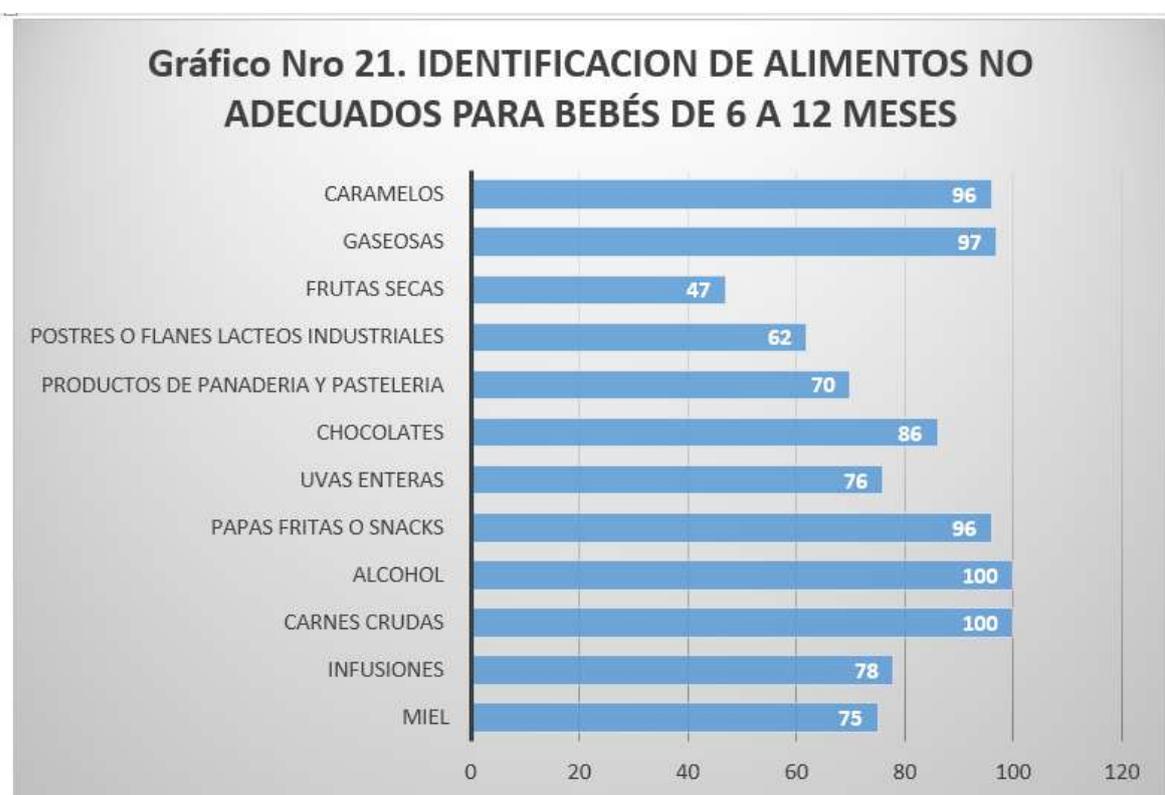
De los alimentos no adecuados, se observó el porcentaje en que fueron identificados los mismos, encontrando los mayores porcentajes en carnes crudas, alcohol, papas fritas o snacks, gaseosas y caramelos; y los porcentajes más bajos en frutas secas y postres o flanes industriales.

Se encontró que el porcentaje de identificación de la miel como un alimento no adecuado fue un 75%. Dicha observación se encuentra también en las uvas enteras, consideradas no adecuadas solo por un 76% de la población.

Se destaca que solo un 62% y un 70% identificaron a los postres o flanes industriales y a los productos de panadería y pastelería como no adecuados, respectivamente.

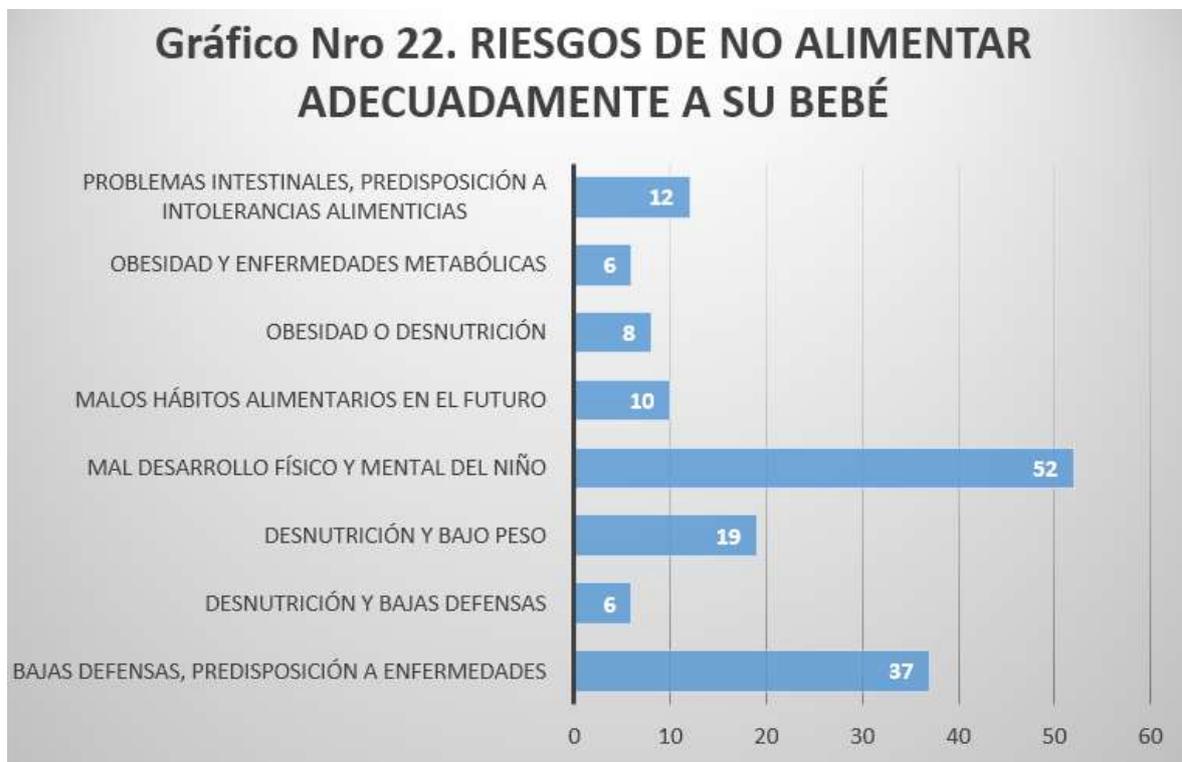
Un 45% consideró no adecuado al queso untado con crema, un 12% consideró no adecuada a la carne de vaca o pollo sin piel cocidas y trituradas y un 4% consideró no adecuado al huevo cocido.

No se ha podido evaluar la asociación en el cruce de variables, ya que las variables presentan ceros. (mujeres con o sin hijos/ nivel de conocimiento de alimentos no adecuados).



La última pregunta de la encuesta fue abierta, encontrándose como riesgo principal de no alimentar adecuadamente a su bebé, una alteración del desarrollo físico y mental del niño, en segundo lugar, bajas defensas y predisposición a enfermedades, y en tercer lugar desnutrición y bajo peso.

Se observó que un alto porcentaje refirió que la mala alimentación tiene un efecto en las intolerancias alimenticias (12%) y que producen efecto negativo en los hábitos alimentarios del niño a futuro (10%).



## **DISCUSION**

Los primeros 1000 días de la vida, desde la gestación hasta el segundo año, constituyen el momento crítico para el crecimiento y desarrollo del nuevo ser, y el que más impacto tendrá en el resto de su vida. La alimentación no solo influirá sobre el potencial de crecimiento y desarrollo del niño, sino sobre la adquisición de hábitos alimentarios que posiblemente mantendrá en los años subsiguientes. La situación nutricional actual de la población de nuestro país, tiene como base la nutrición en la primera infancia y la forma en que se ha relacionado con los alimentos desde su nacimiento.

En nuestro país se han realizado múltiples estudios analizando la situación nutricional de las embarazadas y los niños, siendo los de mayor importancia aquellos realizados a nivel nacional: la Encuesta Nacional de Lactancia Materna (la más actualizada es la de 2015)<sup>12</sup> y la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (la más actualizada es la de 2019)<sup>13</sup>.

Estos estudios han podido dar una visión del estado nutricional en los primeros mil días de vida, sin embargo, los hábitos alimentarios de la población tienen como base múltiples factores que deben considerarse, incluyendo la situación socioeconómica, el acceso a los alimentos, la cultura de los grupos sociales, y aquel que subyace a todo lo anterior: el la educación y el conocimiento.

Las poblaciones actúan en base a lo que han aprendido, por lo que la alimentación de los niños y la situación nutricional actual dependen, en gran medida, del conocimiento que tenga principalmente su madre, quien por lo general es la que lo alimentará y cuidará en base a sus recursos.

En el presente estudio se ha analizado una muestra de 150 mujeres, embarazadas y/o madres de niños de 0 a 12 meses, residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el segundo trimestre del año 2020, con el fin de observar qué saben las madres sobre la alimentación de los bebés durante el primer año de vida.

Es importante destacar que la muestra presentaba variedad de grupos socioeconómicos, considerando como indicador su cobertura de salud, lo cual permitió observar la diferencia, tanto de conocimientos como de fuentes de información, en ambos grupos. Asimismo, se consideró de relevancia el análisis de los resultados en base a si ya contaban con hijos o no, teniendo en cuenta

que aquellas embarazadas primerizas no habían tenido experiencia alimentando a un bebé ni habían concurrido a consultas con pediatras o neonatólogos.

Con respecto a la lactancia materna y su importancia se encontró que su conocimiento fue alto (85%), sin embargo, hay que tener presente el conocimiento bajo e intermedio hallado (6 y 9%), ya que implica que no se considera que la lactancia materna influya en el desarrollo del niño y/o que sea importante, por lo que hay que tenerlo en cuenta para aumentar la promoción de la misma, educar sobre su importancia y su relación con el crecimiento del niño. Es interesante relacionar este indicador con el bajo porcentaje de lactancia materna exclusiva en niños de 6 meses hallado en la última Encuesta Nacional de Lactancia Materna realizada en el 2018, con un 53% y el marcado descenso de la lactancia una vez que el niño comienza a alimentarse con otros alimentos

12.

Al analizar las diferencias según cobertura de salud, se halló que aquellas mujeres con cobertura de salud privada presentaron mayor porcentaje de conocimiento alto y menor conocimiento bajo e intermedio, lo cual puede llevar a conjeturar que aquellas clases sociales con mayores ingresos o con trabajos estables se encuentran mejor informadas o concientizadas sobre la importancia de la lactancia materna.

Una diferencia importante que se observó es que las mujeres que se encontraban embarazadas sin hijos presentaron un 100% de conocimiento alto, esto puede relacionarse con una mayor necesidad de informarse ante la falta de experiencia con la alimentación de un bebé y/o a la expectativa que ellas mismas presentan sobre la lactancia materna y su importancia como madres.

Detrás de los saberes de las personas se encuentra una fuente de información, al hallar cuál es la fuente de información de las madres podemos orientarnos sobre dónde intervenir como educadores de salud.

En primer lugar, se observó que solo un 70% recibió información sobre cómo alimentar a sus hijos por parte de un profesional de la salud. Dicho porcentaje es bajo, considerando que son mujeres que concurren mensualmente al pediatra o al obstetra.

Es interesante observar esto desde el punto de vista de la prevención y del rol de la atención primaria de salud. Es en el contacto en el consultorio, donde se puede actuar y educar para fomentar un adecuado estado de salud y prevenir patologías agudas y crónicas.

El paciente concurre al profesional en busca de respuestas, de soluciones a sus problemas, en busca de calma y de enseñanza. Las madres quieren saber qué es lo mejor para sus hijos, quieren aprender, quieren ser “buenas madres”, y principalmente quieren tener la capacidad y el conocimiento. El profesional de salud cuenta no solo con la aptitud y el conocimiento, sino que su figura social permite que lo que enseñe sea respetado y tenido en cuenta en la mayoría de las veces. Los pacientes suelen obedecer a la información que reciben en los ámbitos de salud. Los profesionales de la salud tienen la oportunidad de empoderar y concientizar a las madres desde el embarazo sobre la correcta alimentación de los niños, influyendo en el desarrollo futuro de los individuos y en el estado de salud de la población.

Del 70% que ha recibido información por parte de un profesional de salud es de interés observar cuales son los profesionales que tienen contacto con estas madres y se encargan de brindar dicha información y cómo se regula la capacitación de dichos profesionales, para brindar información certera y actualizada.

Al entrevistar a la Dra. Norma Ferreiro, quien fue hasta 2019 la Jefa de Unidad de Neonatología del Hospital Santojanni y Directora de la Comisión de Lactancia de Ministerio de la Nación, explica que las madres reciben información sobre la lactancia materna inmediatamente al nacimiento del bebé, por parte de los neonatólogos y enfermeras especializadas en el tema; a partir del mes es el pediatra quién se encargará de brindarle la información necesaria en sus consultas mensuales.

Es el pediatra entonces uno de los principales referentes en educación de las madres con respecto a la alimentación de los bebés. Dicha circunstancia puede variar de una institución a otra, pero es útil como guía y ejemplo.

Con respecto a esto, en una entrevista con la Lic. Guadalupe Mangialavori, Coordinadora del área de nutrición de DINAMIA, Ministerio de Salud de la Nación, se indagó sobre cuál es el papel del Ministerio en la educación de las madres. Principalmente nos comenta que el Ministerio de Salud de la Nación,

realizó en el año 2010 las Guías Alimentarias para la Población Infantil, las cuales se llevaron a cabo en conjunto con diversas provincias argentinas, y fueron distribuidas por todo el país. Estas cuentan con dos formatos, uno para padres y cuidadores, y otro para profesionales de salud. Sin embargo, menciona, las indicaciones por parte de los pediatras suelen diferir de un profesional a otro y lo ideal sería poder unificar la información de manera que los pediatras cuenten con guías actualizadas. El Ministerio brinda apoyo a través de la capacitación a los profesionales y la disponibilidad de folletos y material informativo en la página oficial de internet de la Dirección de Maternidad e Infancia (<http://bancos.salud.gob.ar/>). La impresión de folletos y distribución se realiza durante determinadas campañas y depende de cada municipio. Podemos ejemplificar con el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en donde el Gobierno entrega folletería particular a la Comisión de lactancia materna durante la Semana de la Lactancia Materna. Depende de los profesionales distribuir la folletería, ya sea destinada a las madres o a actores de salud. La capacitación a los profesionales de la salud se realiza por parte de las distintas instituciones de salud, llevándose a cabo múltiples cursos de actualización constantes todos los años.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede observar el potencial que presenta el ámbito de salud como educador de las madres y promotores de una correcta alimentación durante los primeros años de vida.

También se encontró que aquellas mujeres que refieren haber recibido información por parte de un profesional de la salud, son mayormente las que pertenecen a cobertura privada. Por lo tanto, es en estos casos donde, al parecer, los profesionales de salud brindaron más información.

También fue mayor el porcentaje que recibió información por parte de un profesional de la salud en las mujeres que tenían hijos que en las que no tenían, lo cual se relaciona con lo comentado anteriormente sobre quiénes son los principales profesionales que brindan la información directamente a las madres sobre alimentación complementaria: los pediatras.

Por supuesto las fuentes de información son diversas en nuestra sociedad, y es preciso identificar de dónde se obtiene la información fuera del ámbito de salud.

Fue interesante hallar que un 49% mencionó a los medios de comunicación como fuente de información, especialmente aquellas mujeres que presentan cobertura de salud privada (relacionado seguramente con mayor capacidad de acceso a dichos medios) sin embargo, en dichas plataformas prácticamente no hay campañas oficiales sobre educación alimentaria o promoción de la salud (exceptuando en ésta época las campañas para prevenir el Covid 19), y quienes brindan más información en ese ámbito son las campañas publicitarias (lo cual es muy importante en la formación del ambiente obesogénico que acompaña a los niños desde la primera infancia) y los llamados “influencers” que sin conocimiento científico ni educación profesional, brindan información sobre alimentación y salud en las redes sociales.

Podemos aprovechar la gran importancia que hoy en día se le está dando a los medios de comunicación para utilizarlos como herramienta de educación nutricional. Aún sigue considerándose importante la palabra del profesional, los nutricionistas pueden ofrecer conocimientos para contribuir a romper mitos y brindar las herramientas necesarias para una correcta alimentación desde la gestación del bebé.

De las mujeres encuestadas, las mujeres sin hijos fueron las que más utilizaron la búsqueda de información en los medios de comunicación, lo cual se relaciona con la menor información recibida durante el embarazo sobre este tema, en el ámbito de salud.

Con respecto al aprendizaje por parte de la familia o conocidos, se halló que un 32% mencionó haber aprendido de esta fuente, considerándolo un porcentaje alto aún hoy en día, siendo mayor en aquellas mujeres que tenían cobertura de salud pública. En el ámbito familiar es donde perdura la cultura de cada grupo social, donde se mantienen también viejos mitos y remedios caseros para los niños. Este tipo de información es muy difícil de cuestionar, ya que se encuentra arraigada en lazos familiares. En nuestra labor educadora, debemos buscar la forma de respetar las culturas, pero a la vez enseñar conocimientos correctos y evitar prácticas nocivas. Por esta misma razón es necesario educar a la madre y generar en la familia una escuela con conocimientos reales y útiles.

Igualmente, un alto porcentaje (22%) mencionó no obtener información de ninguna otra fuente que no sea el ámbito de salud, especialmente en aquellas

mujeres con hijos y que tienen cobertura privada, lo cual reitera la importancia de ofrecer información unificada y correcta desde las instituciones de salud.

Otro indicador muy importante que se analizó en este trabajo es el conocimiento sobre la introducción de la alimentación complementaria. El 79% presentó un conocimiento correcto, el cual corresponde a los 6 meses, no obstante, el porcentaje de conocimiento incorrecto fue alto, 21%, lo cual es de resaltar, teniendo en cuenta los riesgos que conlleva la introducción temprana o tardía de la alimentación complementaria. Las mujeres que presentaron cobertura de salud privada obtuvieron un porcentaje mayor de conocimiento correcto lo cual puede estar relacionado a lo anteriormente visto con respecto al acceso a los medios de comunicación y a la búsqueda de información. Una diferencia destacable encontrada fue que las mujeres con hijos presentaron un porcentaje mucho mayor de respuestas correctas, esto se asocia probablemente a la experiencia y a la información recibida por parte del pediatra en aquellas mujeres que ya han alimentado a sus hijos durante el primer año de vida.

Lo particularmente interesante de este indicador es que es un dato preciso, siendo generalmente estos datos más difíciles de enseñar a las poblaciones debido a que el aprendizaje de un número no se puede asociar con costumbres cotidianas. El alto porcentaje de respuestas correctas demuestra una buena capacidad para aprender e interiorizar datos numéricos exactos.

Para analizar el conocimiento correcto sobre identificación de alimentos no adecuados para un bebé de 6 a 12 meses, se brindó una lista de alimentos en donde tenían que identificar aquellos no adecuados. Para dividir en conocimiento alto intermedio y bajo se establecieron los siguientes porcentajes: conocimiento alto cuando identifica el 80-100%, conocimiento intermedio entre 50 -79% y conocimiento bajo menos del 50%.

El 71% obtuvo un conocimiento alto, seguido de un conocimiento intermedio con el 23% y un conocimiento bajo con el 6%.

Es notoria la gran diferencia que se encontró entre conocimiento alto en aquellas mujeres con cobertura por obra social privada o prepagas y aquellas mujeres con cobertura de salud pública, un 94% contra un 25%. También el conocimiento bajo solamente se correspondió con aquellas mujeres que presentaban cobertura de salud pública.

Esta observación se puede relacionar con los anteriores Indicadores en donde se encontró que aquellas mujeres que presentan cobertura con obra social privada o prepaga recibieron en un mayor porcentaje información por parte de un profesional de salud y a su vez fueron las que más utilizaron como fuente de información los medios masivos de comunicación.

También fue interesante hallar que las mujeres sin hijos presentaron mejor conocimiento con respecto a la identificación de los alimentos no adecuados en comparación con aquellas mujeres que sí tienen hijos, inclusive en el porcentaje con conocimiento bajo no se encontraron mujeres sin hijos. Este hallazgo también se observa en los anteriores indicadores señalando probablemente que las mujeres embarazadas primerizas se encuentran más activamente en la búsqueda de información sobre la alimentación de los niños, que aquellas con hijos que se remiten más a su experiencia.

Al analizar el porcentaje en que fueron identificados los alimentos, fue interesante ver que los más fácilmente identificados fueron las carnes crudas, el alcohol, las papas fritas o snacks, las gaseosas y los caramelos, con un 96 al 100%. Este grupo de alimentos popularmente en nuestra sociedad se consideran no aptos para bebés.

Sin embargo otros alimentos que son altamente riesgosos para los bebés de 6 a 12 meses obtuvieron porcentajes considerados más bajos tales como la miel, las uvas enteras y las infusiones entre un 75 a 78%.

Los alimentos que fueron menos identificados fueron las frutas secas, lo cual puede relacionarse con la gran difusión que se le da actualmente a dicho grupo de alimentos como saludables y no se informa sobre el alto contenido de fibra que es nocivo para los bebés.

Otros de los alimentos que es importante destacar por su bajo porcentaje identificación (62 y 70%) fueron los postres o flanes industriales y productos de panadería y pastelería, teniendo en cuenta el gran porcentaje de sobrepeso infantil que existe en nuestro país y cómo la ingesta de estos productos aumenta el consumo de grasas y azúcares de la primera infancia.

Es relevante hacer hincapié en que la información brindada debe ser correcta, un ejemplo de información errónea se encuentra en aquellos grupos de alimentos que brindan proteínas de alto valor biológico (necesarias para el óptimo crecimiento de los bebés) y que fueron identificados como no adecuados. Tal es

el caso del queso untado con crema (45%), la carne de vaca o pollo sin piel cocida triturada (12%) y el huevo cocido (4%).

Finalmente se indagó sobre el conocimiento de los riesgos de no aportar una alimentación adecuada a los bebés durante el primer año de vida.

La mayoría de las mujeres consideró como principales riesgos la alteración del desarrollo físico y mental del niño, la alteración inmunológica y aumento de riesgo de padecer enfermedades. Fue bastante alto el porcentaje de mujeres que consideraron como uno de los mayores riesgos el bajo peso y la desnutrición, con un 19%, en comparación con solo un 6% que consideró como un riesgo la obesidad y las enfermedades metabólicas o un 8% que consideró de igual manera a la obesidad y a la desnutrición. Puede deberse a que culturalmente se asoció a un niño mal alimentado con un niño delgado o desnutrido, siendo el niño más robusto considerado más sano. A pesar de que es mucho mayor la prevalencia de obesidad y sobrepeso en nuestro país, aún no se considera esto como uno de los mayores riesgos de una mala alimentación.

Un 10% consideró como riesgo de una mala alimentación, la adquisición de malos hábitos alimentarios, siendo notorio hallar la asociación de la alimentación infantil con el aprendizaje de costumbres alimentarias positivas, ya que es necesario que se tome mayor conciencia del papel de los padres como aquellos encargados de educar y forjar los hábitos saludables en los niños.

## **CONCLUSIONES**

Los nutricionistas como educadores, tenemos la oportunidad de cambiar las bases de los problemas alimentarios de la población infantil a través de la enseñanza a las madres y sus cuidadores. Para ello es importante conocer la dinámica de la educación alimentaria en nuestro país y en dicha población.

En general, los resultados hallados demuestran que el conocimiento correcto es mayor que el incorrecto, sin embargo, debemos prestar atención a los resultados incorrectos ya que representan a aquellas mujeres encuestadas que no se encuentran capacitadas para alimentar correctamente a sus hijos entre los 6 y 12 meses, teniendo en cuenta el papel que dicha situación ocupa en la malnutrición infantil en nuestro país.

Se ha observado que las mujeres que cuentan con cobertura de salud por obra social o prepaga presentaron en todos los indicadores mayor conocimiento adecuado y han sido quienes han recibido más información por parte de un profesional de la salud. Dicha situación indica una diferencia entre el Sistema de Salud público y privado, en cuestión de educación alimentaria. Se podría considerar necesario ampliar la educación ofrecida en los ámbitos de salud pública.

Fue notorio observar que en general las mujeres embarazadas sin hijos presentaron un conocimiento más adecuado que las que ya tenían hijos, esto podría indicar una mayor motivación a informarse ante el desconcierto de quienes aún no tienen experiencia alimentando un bebé, lo cual es importante para tener en cuenta las causas que llevan a la búsqueda de información.

La fuente de la información es de suma relevancia para definir acciones con el objetivo de educar a la población.

En el presente estudio se observaron tres fuentes principales de información: el ámbito de salud, los medios masivos de comunicación y la familia.

Se encontró, por un lado, a los profesionales en el ámbito de salud, entre los que el pediatra se destaca como el profesional que más relación tiene con las madres y quien les brinda información sobre la alimentación de los niños entre 6 a 12 meses. Dicho pediatra debería contar con capacitación actualizada en materia de alimentación infantil y utilizar las guías alimentarias que brinda el Ministerio de Salud de la Nación con el fin de unificar la información brindada en todo el país.

El papel del nutricionista en la alimentación Infantil en los ámbitos de salud, se relaciona principalmente con patologías particulares en donde la madre debe ser derivada a dicho profesional para adaptar la dieta del niño (ej. fenilcetonuria, alergia a la leche de vaca, etc), limitándose su accionar a dichas circunstancias, lo cual no debería ser así, ya que su función es primordial en la atención primaria de la salud, realizando educación y prevención en materia de nutrición infantil. Es decisiva la acción del profesional nutricionista en la educación alimentaria de los grupos de mujeres embarazadas y madres de niños menores a 1 año. La prevención de malnutrición mediante la correcta educación y trasmisión de conocimientos, brindada dentro de la misma institución de salud ofrece el beneficio del prestigio que socialmente se le otorga a la información dada en

estos espacios. Debe destacarse también la importancia de un trabajo interdisciplinario entre el sector de pediatría y nutrición, con el fin de compartir conocimientos y diagramar una acción conjunta en el nivel de educación alimentaria, siendo actualmente la principal fuente de información sobre alimentación infantil, que reciben las mujeres embarazadas y madres de niños menores a 1 año.

La segunda fuente de información más importante hallada fue la de medios masivos de información, el cual en general no se encuentra regulado y puede ser fuente de datos falsos o confusos. El profesional en nutrición debe utilizar su capacidad como educador para ofrecer una correcta enseñanza y derribar los mitos falsos que circulan por estos medios. En el presente estudio, el gran porcentaje hallado de mujeres embarazadas y madres de niños menores a 1 año que mencionó utilizar los medios de comunicación como fuente de información siendo un 49% (mayor en aquellas mujeres con cobertura de salud privada), demuestra también un aumento en la búsqueda activa de información por parte de esta población; esto es notorio ya que denota una motivación por aprender, que debemos aprovechar para actuar en esos medios, y ofrecer información científica y correcta.

La Familia como medio de enseñanza continúa siendo de gran relevancia, mencionada esta fuente por un 32% de las mujeres encuestadas. El círculo familiar ofrece el beneficio de acompañar la educación con una gran carga emocional y de costumbres, siendo estos hábitos difíciles de modificar posteriormente, por lo que la importancia radica en que se aprendan y compartan hábitos saludables y adecuados.

El profesional nutricionista, participando conjuntamente con los ámbitos escolares y de trabajo social, puede reafirmar la educación alimentaria infantil para madres y embarazadas, de forma que las enseñanzas perduren en generaciones y se establezcan en el seno de la instrucción familiar.

Finalmente se observó que el 52% de las mujeres encuestadas mencionó como riesgo de una alimentación incorrecta, el mal desarrollo mental y físico del niño, considerándose esta la mayor preocupación por parte de las madres, lo cual es de utilidad como motivador para fomentar una correcta educación en las mujeres embarazadas y madres de niños menores a 1 año.

Se concluye que para evaluar el estado nutricional de la población deben considerarse los múltiples factores que influyen en esta y así evaluar los medios de acción para producir un cambio que perdure a largo plazo.

La educación alimentaria es la principal herramienta para modificar las bases del conocimiento que presentan las mujeres embarazadas y madres de niños menores a 1 año. Se deben hallar las motivaciones que llevan a querer aprender y utilizarlas para ofrecer enseñanzas claras, correctas y que se correspondan con la cultura de cada grupo social y con su situación socioeconómica.

Se considera primordial el trabajo en conjunto con los profesionales que tienen relación directa con la población y la enseñanza en los medios de comunicación para llegar a la mayor cantidad de mujeres posibles.

La malnutrición infantil que presenta actualmente la población en nuestro país, puede transformarse al educar y empoderar a las madres y cuidadores de nuestros niños. La dinámica que ofrece la Nutrición como disciplina nos permite tener la capacidad de adaptarnos a las diferentes poblaciones y poder generar cambios reales y duraderos en la nutrición infantil en nuestro país.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. 2009 disponible en <http://biblioteca.cesni.org.ar/references/8c68fc04a73d4994172c0000> consultado el día 31 de marzo de 2019
2. OPS/OMS. 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. Washington, D.C.: OPS 2010. [120] Disponible en [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241597494/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/) consultado el día 31 de marzo de 2019
3. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. JPGN. 2017;64:119-132 Disponible en <http://www.spgp.pt/media/1061/pdf29.pdf> consultado el día 6 de abril de 2019
4. Romero-Velardea E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur AB, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. Bol Med Hosp Infant Mex. 2016; 73:338-356. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S0186-2391201700030018200005&lng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0186-2391201700030018200005&lng=en) consultado el día 3 de abril de 2019
5. Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de nutrición. 2001. Disponible en [https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim\\_0a2.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf). Consultado el día 13 de marzo de 2020.

6. Northstone K, Emmett P, Nethersole F. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Diet.* 2001;14:43-54. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-277x.2001.00264.x> Consultado el día 3 de abril de 2019

7. E. Carmuega , A.O'Donnell. LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Bases científicas para el consejo alimentario durante los trascendentes primeros dos años de la vida. *Boletín CESNI.* 1998. Vol (7) disponible en [http://old.fmed.uba.ar/depto/alim\\_n\\_sano/Boletin%20CESNI%20comple.pdf](http://old.fmed.uba.ar/depto/alim_n_sano/Boletin%20CESNI%20comple.pdf) consultado el día 5 de abril de 2019

8. Andersson M. · Hurrell RF. Prevención de la deficiencia de hierro en la infancia, niñez y adolescencia. *Ann Nestlé [Engl]* 2010; 68: 120–131. Consultado el día 13 de marzo de 2020.

9. ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICION Y SALUD, ENNyS2. Ministerio de Salud. 2019. Disponible en <https://cesni-biblioteca.org/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2-resumen-ejecutivo/> consultado el día 13 de marzo de 2020.

10. O'Donnell, Carmuega E. Transición nutricional de los niños en Argentina. *Boletín CESNI* 6: 1; 1998. Disponible en [http://cesni.org.ar/sistema/archivos/33-Volumen\\_12.pdf](http://cesni.org.ar/sistema/archivos/33-Volumen_12.pdf) consultado el día 4 de abril de 2019

11. O'Donnell, Carmuega E. Estudio de Alimentación en la Infancia Temprana. *Cesni.* [Online].; 2017 Disponible en <https://cesni.org.ar/estudio-de-alimentacion-en-la-infancia-temprana/>. consultado el día 31 de marzo de 2019

12. Encuesta Nacional de Lactancia Materna. Ministerio de Salud de la Nación. 2018. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/lactancia/noti1.php>. consultado el día 27 de septiembre de 2020.

13. G. Mangialavori, E. Abeyá Gilardon, A. Biglieri Guidet, P. Durán, L. Kogan. La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS 2010. Buenos Aires; Ministerio de Salud. 2010. [61] disponible en [http://www.msal.gov.ar/index.php?option=com\\_bes\\_contenidos](http://www.msal.gov.ar/index.php?option=com_bes_contenidos) consultado el día 31 de marzo de 2019

14. HuergoJ BM. La organización diaria del comer familiar en contextos de pobreza urbana en Córdoba. Rev Esp Nutr Comunitaria 2012. 18(4):211-217 disponible en [http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC%202012-4\\_art%203.pdf](http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC%202012-4_art%203.pdf) consultado el día 3 de mayo de 2019

15. Piazza N., Correia R., Díaz Quiroga S., Laguna S.: Alimentación en menores de dos años de vida, hábitos, cobertura de requerimientos. Actos Congreso de Nutrición, Mendoza. Argentina. 1997. consultado el día 13 de marzo de 2020.

16\_ Enrique O Abeyá Gilardon. Una evaluación crítica de los programas alimentarios en Argentina. Revista Salud Colectiva. 2016. Vol 12 (4) disponible en <https://doi.org/10.18294/sc.2016.935> consultado el día 28 de abril de 2019.

17 Barbara Devaney, Paula Ziegler, Susan Pac, Nutrient intakes of infants and toddlers, Journal of the American Dietetic Association. 2004. V [104]. disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002822303014536> consultado el día 5 de mayo de 2019

18 Kovalskys I Evaluación alimentaria y antropométrica en niños escolares de Buenos Aires [Online].; 2013 Disponible en [https://www.researchgate.net/profile/Irina\\_Kovalskys/publication/262665324\\_Ingesta\\_alimentaria\\_y\\_evaluacion\\_antropometrica\\_en\\_ninos\\_escolares\\_de\\_Buenos\\_Aires/links/56f828c508ae81582bf39995/Ingesta-alimentar](https://www.researchgate.net/profile/Irina_Kovalskys/publication/262665324_Ingesta_alimentaria_y_evaluacion_antropometrica_en_ninos_escolares_de_Buenos_Aires/links/56f828c508ae81582bf39995/Ingesta-alimentar). consultado el día 3 de mayo de 2019

19.

Xue , Marsh , Zhou , Medina , Luo , Shi , Zhang ,Kenny , Rozelle. Deficiencias nutricionales, la ausencia de información y deficiencias del cuidador: un análisis cualitativo de las prácticas de alimentación infantil en la China rural. PLoS One .2016; 11 (4): e0153385. Publicado en línea el 13 de abril de 2016 doi: 10.1371 / journal.pone.0153385 PMID: 27073864. consultado el día 13 de marzo de 2020.

20. Alissa M. Pries Nisha Sharma Atul Upadhyay Andrea M. Rehman Suzanne Filteau Elaine L. Ferguson.. Consumo de energía de bocadillos / bebidas poco saludables entre niños de 12 a 23 meses de edad en zonas urbanas de Nepal. Primera publicación 21 de junio de 2019. disponible en <https://doi.org/10.1111/mcn>. consultado el día 13 de marzo de 2020.

21. Owais A , Suchdev PS , Schwartz B , Kleinbaum DG , Faruque ASG , Das SK , Stein AD . Conocimientos maternos y actitudes hacia la alimentación complementaria en relación con el momento de su iniciación en las zonas rurales de Bangladesh. BMC Nutr. 2019 30 de enero; 5: 7. doi: 10.1186 / s40795-019-0272-0. eCollection 2019. consultado el día 13 de marzo de 2020

22. Creed-Kanashiro, Villasante.R, Narro.R. Strengthening health services to deliver nutrition education to promote complementary feeding and healthy growth of infants and young children: formative research for a successful intervention in peri-urban Trujillo, Peru. Instituto de Investigación Nutricional, Lima, Peru. consultado el día 13 de marzo de 2020.

23. Arikpo D 1 , Edet ES , Chibuzor MT , Odey F , Caldwell DM .Intervenciones educativas para mejorar las prácticas de alimentación complementaria del cuidador primario para niños de 24 meses y menores. Cochrane Database Syst Rev.2018 18 de mayo; 5: CD011768. doi: 10.1002 / 14651858.CD011768.pub2. consultado el día 13 de marzo de 2020

## **ANEXO 1**

### **ENCUESTA.**

#### **Apartado Informativo y Acta de Consentimiento Informado**

Si sos mayor de 18 años y residís en la Capital Federal, y si sos madre de niños entre 0 a 12 meses o te encontrás embarazada,

te invitamos a participar de ésta encuesta voluntaria, que te llevara entre 5 y 10 minutos, para conocer cual es el conocimiento de la población sobre Alimentación Complementaria Infantil.

La misma, nos ayudará a recolectar datos importantes para conocer la situación actual y exponer los resultados para una tesina de grado de la Facultad de Medicina de la Fundación Héctor A. Barceló para la carrera de Lic. en Nutrición.

Tu anonimato está garantizado por la ley de secreto estadístico 17.622.

**Muchas gracias por tu colaboración.**

#### **Datos complementarios:**

**EDAD:**

**CANTIDAD DE HIJOS:**

**ESTOY EMBARAZADA:**

SI/NO

**COBERTURA DE SALUD:**

HOSPITAL PUBLICO Y/O SALAS DE ATENCION DE SALUD PUBLICAS

OBRA SOCIAL Y PREPAGAS

**Encuesta:**

1- ¿Cree que la lactancia materna es importante?

SI / NO

2- ¿Cree que la lactancia materna influye en el desarrollo del niño?

SI / NO

3- ¿ Hasta que edad cree que se recomienda amamantar al niño?

4- ¿Recibió información sobre como alimentar a su bebé en el Hospital o Centro de salud por parte de un Profesional?

SI/ NO

5- ¿De que otras fuentes obtuvo información sobre como alimentar a su bebé?

FAMILIAR O CONOCIDO (madre/suegra/otro familiar)

MEDIOS DE COMUNICACIÓN (Diarios, revistas, carteles públicos, televisión, radio, internet)

DE NINGUNA OTRA FUENTE

6- ¿Hasta qué edad cree que se debe alimentar al bebé solo con leche materna o leche de fórmula?

7- ¿A qué edad cree que se debe comenzar a alimentar al bebé con alimentos distintos de la fórmula o la leche materna?

8- ¿Cuál de los siguientes alimentos cree que no es adecuado para darle a un bebé de 6 a 12 meses?

Miel

Carne de vaca o pollo sin piel cocidas y trituradas.

Infusiones de té o yuyos

Carnes crudas

Frutas en puré (manzana, banana, pera, durazno fresco, no de lata)

Alcohol

Papas fritas o snacks (papa fritas o productos industriales salados)

Queso untable con crema.

Uvas enteras.

Chocolates

Productos de panadería y pastelería (facturas, chipá, bizcochitos, tortas, alfajores, entre otros)

Postres o flanes lácteos industriales (ej de marcas: Danonino, Danette, Serenito, Shymmy)

Frutas secas (nueces, almendras, avellanas, maníes)

Gaseosas

Puré de: zapallo, de zanahoria, de papa, de batata.

Huevo cocido

Caramelos

9- ¿Cuáles cree que son los riesgos de no alimentar correctamente a sus bebés? (PREGUNTA ABIERTA)

## **ANEXO 2.**

### **CUADROS DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES:**

TABLA 1. COBERTURA DE SALUD		
COBERTURA	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
HOSPITAL PUBLICO Y/O SALAS DE ATENCION DE SALUD PUBLICAS	51	34%
OBRA SOCIAL Y PREPAGAS	99	66%
TOTAL	150	100

TABLA 2. RANGO DE EDAD		
RANGO DE EDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
14-20 AÑOS	6	4
21-30 AÑOS	74	49
31-40 AÑOS	64	43
MAS DE 40 AÑOS	6	4
TOTAL	150	100

TABLA 3. CANTIDAD DE HIJOS		
CANTIDAD DE HIJOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
0 a 1	100	66
2 a 3	49	33
4 a 5	1	1
TOTAL	150	100

TABLA 4. MUJERES EMBARAZADAS		
	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
MUJERES EMBARAZADAS	45	30
MUJERES NO EMBARAZADAS	105	70
TOTAL	150	100

TABLA 5. MUJERES CON O SIN HIJOS		
	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
MUJERES EMBARAZADAS PRIMERIZAS (SIN HIJOS)	17	11
MUJERES CON HIJOS	133	89
TOTAL	150	100

TABLA 6.FRECUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA SEGUN COBERTURA DE SALUD			
	HOSPITAL PUBLICO Y/O SALAS DE ATENCION DE SALUD PUBLICAS FRECUENCIA ABSOLUTA	OBRA SOCIAL Y PREPAGAS FRECUENCIA ABSOLUTA	TOTAL FRECUENCIA ABSOLUTA
CONOCIMIENTO ALTO	39	88	127
CONOCIMIENTO INTERMEDIO	7	7	14
CONOCIMIENTO BAJO	5	4	9
TOTAL	51	99	150

El estadístico de chi-cuadrado es 4.0738. El valor p es .130434. El resultado no es significativo en  $p < .05$ .

TABLA 7. PORCENTAJE DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA Y COBERTURA DE SALUD		
	HOSPITAL PUBLICO Y/O SALAS DE ATENCION DE SALUD PUBLICAS	OBRA SOCIAL Y PREPAGAS
CONOCIMIENTO ALTO	76	89
CONOCIMIENTO INTERMEDIO	13	7
CONOCIMIENTO BAJO	11	4
TOTAL	100	100

TABLA 8 . FRECUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES CON O SIN HIJOS			
	MUJERES EMBARAZADAS PRIMERIZAS	MUJERES CON HIJOS	TOTAL FRECUENCIA ABSOLUTA
CONOCIMIENTO ALTO	17	110	127
CONOCIMIENTO INTERMEDIO	0	14	14
CONOCIMIENTO BAJO	0	9	9
TOTAL	17	133	150

No permite calcular el chi cuadrado porque hay un cero

TABLA 9. PORCENTAJE DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES CON O SIN HIJOS		
	MUJERES EMBARAZADAS PRIMERIZAS	MUJERES CON HIJOS
CONOCIMIENTO ALTO	100	82
CONOCIMIENTO INTERMEDIO	0	10
CONOCIMIENTO BAJO	0	8
TOTAL	100	100

TABLA 10. MUJERES QUE RECIBIERON INFORMACION DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD		
RECIBIO INFORMACION DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
SI	106	70
NO	44	30
TOTAL	150	100

TABLA 11. FRECUENCIA DE MUJERES QUE RECIBIERON INFORMACION DE UN PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN COBERTURA

RECIBIO INFORMACION DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD	HOSPITAL PUBLICO Y/O SALAS DE ATENCION DE SALUD PUBLICAS FRECUENCIA ABSOLUTA	OBRA SOCIAL Y PREPAGAS FRECUENCIA ABSOLUTA	TOTAL FRECUENCIA ABSOLUTA
SI	31	75	106
NO	20	24	44
TOTAL	51	99	150

El estadístico de chi-cuadrado es 3.6406. El valor p es .056387. El resultado no es significativo en  $p < .05$ .

TABLA 12. PORCENTAJE DE MUJERES QUE RECIBIERON INFORMACION DE UN PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN COBERTURA

RECIBIO INFORMACION DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD	HOSPITAL PUBLICO Y/O SALAS DE ATENCION DE SALUD PUBLICAS	OBRA SOCIAL Y PREPAGAS
SI	60	76
NO	40	24
TOTAL	100	100

TABLA 13. FRECUENCIA DE MUJERES QUE RECIBIERON INFORMACION POR PARTE DE UN PROFESIONAL DE SALUD EN MUJERES SEGÚN TENER O NO HIJOS			
RECIBIO INFORMACION DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD	MUJERES EMBARAZADAS PRIMERIZAS	MUJERES CON HIJOS	TOTAL
SI	11	100	111
NO	6	33	39
TOTAL	17	133	150

El estadístico de chi-cuadrado es 0.8608. El valor p es .353516. El resultado no es significativo en  $p < .05$

TABLA 14. PORCENTAJE DE MUJERES QUE RECIBIERON INFORMACION POR PARTE DE UN PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN TENER O NO HIJOS		
RECIBIO INFORMACION DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD	MUJERES EMBARAZADAS PRIMERIZAS SIN HIJOS	MUJERES CON HIJOS
SI	64	75
NO	36	25
TOTAL	100	100

TABLA 15. FUENTES DE INFORMACION FUERA DEL AMBITO DE SALUD		
FUENTE DE INFORMACION	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
FAMILIAR O CONOCIDO	49	32
MEDIOS DE COMUNICACION	72	49
DE NINGUNA OTRA FUENTE	29	19
TOTAL	150	100

TABLA 16. FRECUENCIA DE FUENTES DE INFORMACION FUERA DEL AMBITO DE SALUD SEGÚN COBERTURA DE SALUD			
FUENTE DE INFORMACION	HOSPITAL PUBLICO Y/O SALAS DE ATENCION DE SALUD PUBLICAS FRECUENCIA ABSOLUTA	OBRA SOCIAL Y PREPAGAS FRECUENCIA ABSOLUTA	TOTAL FRECUENCIA ABSOLUTA
FAMILIAR O CONOCIDO	20	29	49
MEDIOS DE COMUNICACION	9	63	72
DE NINGUNA OTRA FUENTE	22	7	29
TOTAL	51	99	150

El estadístico de chi-cuadrado es 38,4934. El valor p es <0,00001. El resultado es significativo en  $p < .05$ .

TABLA 17. PORCENTAJE DE FUENTES DE INFORMACION FUERA DEL AMBITO DE SALUD SEGÚN COBERTURA		
FUENTE DE INFORMACION	HOSPITAL PUBLICO Y/O SALAS DE ATENCION DE SALUD PUBLICAS	OBRA SOCIAL Y PREPAGAS
FAMILIAR O CONOCIDO	39	29
MEDIOS DE COMUNICACION	18	64
DE NINGUNA OTRA FUENTE	43	7
TOTAL	100	100

TABLA 18. FRECUENCIA DE FUENTES DE INFORMACION FUERA DEL AMBITO DE SALUD EN MUJERES CON O SIN HIJOS		
	EMBARAZADAS PRIMERIZAS	MUJERES CON HIJOS
FAMILIAR O CONOCIDO	7	42
MEDIOS DE COMUNICACION	10	62
DE NINGUNA OTRA FUENTE	0	29
TOTAL	17	133

No permite calcular el chi cuadrado porque hay un cero

TABLA 19. PORCENTAJE DE FUENTES DE INFORMACION FUERA DEL AMBITO DE SALUD EN MUJERES CON O SIN HIJOS		
	EMBARAZADAS PRIMERIZAS SIN HIJOS	MUJERES CON HIJOS
FAMILIAR O CONOCIDO	41	31
MEDIOS DE COMUNICACION	59	47
DE NINGUNA OTRA FUENTE	0	22
TOTAL	100	100

TABLA 20. CONOCIMIENTO SOBRE INTRODUCCION DE LA A.C		
GRADO DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTALE
CONOCIMIENTO CORRECTO	119	79
CONOCIMIENTO INCORRECTO	31	21
TOTAL	150	100

TABLA 21. FRECUENCIA DEL CONOCIMIENTO SOBRE INTRODUCCION DE LA A.C SEGÚN COBERTURA			
GRADO DE CONOCIMIENTO	HOSPITAL PUBLICO Y/O SALAS DE ATENCION DE SALUD PUBLICAS	OBRA SOCIAL Y PREPAGA	TOTAL FRECUENCIA ABSOLUTA
CONOCIMIENTO CORRECTO	37	82	119
CONOCIMIENTO INCORRECTO	14	17	31
TOTAL	51	99	150

El estadístico de chi-cuadrado es 2,1693. El valor p es .140794. El resultado no es significativo en  $p < .05$ .

TABLA 22. PORCENTAJE DE CONOCIMIENTO SOBRE INTRODUCCION DE LA A.C SEGÚN COBERTURA		
GRADO DE CONOCIMIENTO	HOSPITAL PUBLICO Y/O SALAS DE ATENCION DE SALUD PUBLICAS	OBRA SOCIAL Y PREPAGAS
CONOCIMIENTO CORRECTO	73	83
CONOCIMIENTO INCORRECTO	27	17
TOTAL	100	100

TABLA 23.FRECUENCIA DEL CONOCIMIENTO SOBRE INTRODUCCION DE LA A.C EN MUJERES CON O SIN HIJOS		
GRADO DE CONOCIMIENTO	MUJERESZ EMBARAZADAS PRIMERIZAS	MUJERES CON HIJOS
CONOCIMIENTO CORRECTO	9	110
CONOCIMIENTO INCORRECTO	8	23
TOTAL	17	133

TABLA 24. PORCENTAJE DEL CONOCIMIENTO SOBRE INTRODUCCION DE LA A.C EN MUJERES CON O SIN HIJOS		
GRADO DE CONOCIMIENTO	MUJERES EMBARAZADAS PRIMERIZAS SIN HIJOS	MUJERES CON HIJOS
CONOCIMIENTO CORRECTO	52	83
CONOCIMIENTO INCORRECTO	48	17
TOTAL	100	100

El estadístico de chi-cuadrado es 8.1454. El valor p es 0,004317. El resultado es significativo en  $p < .05$ .

TABLA 25. IDENTIFICACION DE ALIMENTOS NO ADECUADOS PARA BEBÉS ENTRE 6 A 12 MESES.

ALIMENTO NO ADECUADO	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
MIEL	113	75
INFUSIONES	117	78
CARNES CRUDAS	150	100
ALCOHOL	150	100
PAPAS FRITAS O SNACKS	144	96
UVAS ENTERAS	115	76
CHOCOLATES	130	86
PRODUCTOS DE PANADERIA Y PASTELERIA	104	70
POSTRES O FLANES LACTEOS INDUSTRIALES	94	62
FRUTAS SECAS	71	47
GASEOSAS	146	97
CARAMELOS	145	96

TABLA 26. NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN PORCENTAJE DE ALIMENTOS IDENTIFICADOS

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTOS NO ADECUADOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
CONOCIMIENTO ALTO (80-100%)	106	71
CONOCIMIENTO INTERMEDIO (50-79%)	34	23
CONOCIMIENTO BAJO (MENOR DE 50%)	10	6
TOTAL	150	100

TABLA 27. NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN PORCENTAJE DE ALIMENTOS IDENTIFICADOS Y COBERTURA DE SALUD

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTOS NO ADECUADOS	HOSPITAL PUBLICO Y/O SALAS DE ATENCION DE SALUD PUBLICAS FRECUENCIA ABSOLUTA	OBRA SOCIAL Y PREPAGAS FRECUENCIA ABSOLUTA	TOTAL FRECUENCIA ABSOLUTA
CONOCIMIENTO ALTO (80-100%)	13	93	106
CONOCIMIENTO INTERMEDIO (50-79%)	28	6	35
CONOCIMIENTO BAJO (MENOR DE 50%)	10	0	10
TOTAL	51	99	151

No se pudo calcular el Chi cuadrado porque hay un cero.

TABLA 28. PORCENTAJE DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN PORCENTAJE DE ALIMENTOS IDENTIFICADOS Y COBERTURA DE SALUD		
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTOS NO ADECUADOS	HOSPITAL PUBLICO Y/O SALAS DE ATENCION DE SALUD PUBLICAS	OBRA SOCIAL Y PREPAGAS
CONOCIMIENTO ALTO (80-100%)	25	94
CONOCIMIENTO INTERMEDIO (50-79%)	55	6
CONOCIMIENTO BAJO (MENOR DE 50%)	20	0
TOTAL	100	100

TABLA 29. FRECUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN PORCENTAJE DE ALIMENTOS IDENTIFICADOS EN MUJERES CON O SIN HIJOS		
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTOS NO ADECUADOS	EMBARAZADAS PRIMERIZAS	MUJERES CON HIJOS
CONOCIMIENTO ALTO (80-100%)	15	91
CONOCIMIENTO INTERMEDIO (50-79%)	2	10
CONOCIMIENTO BAJO (MENOR DE 50%)	0	32
TOTAL	17	133

No permite calcular Chi cuadrado porque hay un cero.

TABLA 30. PORCENTAJE DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN PORCENTAJE DE ALIMENTOS IDENTIFICADOS EN MUJERES CON O SIN HIJOS

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTOS NO ADECUADOS	MUJERES EMBARAZADAS PRIMERIZAS SIN HIJOS	MUJERES CON HIJOS
CONOCIMIENTO ALTO (80-100%)	88	68
CONOCIMIENTO INTERMEDIO (50-79%)	12	7
CONOCIMIENTO BAJO (MENOR DE 50%)	0	25
TOTAL	100	100

TABLA 31. RIESGOS DE NO ALIMENTAR ADECUADAMENTE A SU BEBE	FRECUENCIA ABSOLUTA
Bajas defensas, predisposición a enfermedades	37
Desnutrición y bajas defensas	6
Desnutrición y bajo peso	19
Mal desarrollo físico y mental del niño	52
Malos hábitos alimentarios en el futuro	10
Obesidad o Desnutrición	8
Obesidad y enfermedades metabólicas	6
Problemas intestinales, predisposición a intolerancias alimenticias	12
TOTAL	150