



**SITUACIÓN DE LACTANCIA MATERNA, ESTADO
NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE SALA DE 1 Y 2
AÑOS DE EDAD Y SU PERCEPCIÓN POR PARTE DE
ADULTOS RESPONSABLES EN UN CENTRO DE
PRIMERA INFANCIA, CIUDAD AUTÓNOMA DE
BUENOS AIRES, 2016**

AUTORES:

CORREDERA GONZÁLEZ, Ailen María
IERMOLI, Laura Valeria
LATRECHIANA, María Marta
MANTINI, Natalia

DIRECTOR:

Mgter. NAUMANN, Sonia
Lic. MIRRI, María Eugenia

Ciudad Autónoma de Buenos Aires
NOVIEMBRE 2016

RESUMEN

La obesidad infantil afecta a 41 millones de niños menores de 5 años alrededor del mundo. El ambiente obesogénico que los rodea, prácticas alimentarias inadecuadas y una subestimación del estado nutricional, podrían contribuir al sobrepeso (SP) u obesidad (O) y riesgo de padecer Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT).

Este trabajo propone describir el estado nutricional, la historia de lactancia materna (LM) y sucedáneos de la leche materna y la percepción del estado nutricional por parte de madres, padres o adultos responsables de niños de salas de 1 y 2 años que concurren al Centro de Primera Infancia (CPI) “La Tortuga Manuelita” del barrio Cildañez de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina durante el mes de septiembre de 2016.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, y de corte transversal. Se determinó el índice de masa corporal de 34 niños de la muestra a través de evaluación antropométrica y se realizó una encuesta a sus padres para conocer la historia de lactancia y su percepción respecto del estado nutricional de los niños y niñas. Además se encuestó a 11 trabajadores del CPI acerca de la promoción de LM en el establecimiento.

Resultados: Cerca del 40 % de los niños y niñas presenta malnutrición por

exceso, y el 83% de los padres y madres de este grupo subestimó su peso. La edad promedio de lactancia materna exclusiva (LME) fue de 4,8 meses. Se observó mayor prevalencia de O al interrumpir la LME antes de los 6 meses. El 55 % del personal del CPI desconoce que la LM previene el sobrepeso y obesidad y el 90% desconoce la recomendación de la duración de LM.

Conclusiones: Se encontró relación entre la duración de la LME, la percepción del estado nutricional y la malnutrición por exceso, lo que podría considerarse un factor de riesgo de ECNT en edades futuras.

Palabras claves: Lactancia materna, percepción, estado nutricional, primera infancia.

ABSTRACT

Childhood obesity affects 41 million children under 5 years old around the world. The obesogenic environment surrounding them, inadequate eating habits and the underestimation of their nutritional status could contribute with the development of overweight or obesity, and the risk of non communicable diseases.

The purpose of this investigation is to describe the nutritional status, history of breastfeeding and perception from parents of children that attend to rooms of one and two years old from the early childhood centre “La Tortuga Manuelita” in Cildañez neighborhood, in Buenos Aires, Argentina along September of 2016.

A descriptive, observational and transversal study was made. The Body Mass Index of 34 children was determined through an anthropometric evaluation and a survey was made to their parents to know the history of breastfeeding and their perception. Besides, we consulted eleven workers from the CPI about the promotion of maternal lactation in the institution.

Results: About 40% of the children in the study present weight excess and 83% of their parents underestimated it. Average age of exclusive maternal lactation resulted in 4,8 months. A higher obesity prevalence was observed when exclusive breastfeeding got interrupted before 6 months old. A 55% of CPI workers don't know that maternal lactation prevents overweight and obesity and

90% of them don't know the recommendation of breastfeeding.

Conclusions: A relation was found between breastfeeding, the underestimation of nutritional status and childhood obesity, which is considered a risk factor for noncommunicable diseases in older ages.

Key words: Breastfeeding, perception, nutritional status, early childhood.

ÍNDICE

I. Introducción.....	1
II. Descripción del problema y fundamentación.....	4
III. Justificación del estudio.....	6
IV. Preguntas de investigación.....	9
V. Objetivos.....	10
VI. Marco teórico.....	11
VI. I. Ambiente obesogénico.....	11
VI. II. Lactancia materna.....	14
VI. III. Beneficios de la lactancia materna.....	15
VI. IV. Promoción de la salud y lactancia materna.....	17
VI. V. Alimentación complementaria.....	21
VI. VI. Sucedáneos de la leche materna.....	22
VI. VII. El rol y la percepción de los cuidadores vinculado a la alimentación y nutrición en primera infancia.....	24
VI. VIII. Políticas Públicas en la primera infancia.....	26
VII. Antecedentes.....	29
VII. I. Antecedentes nacionales.....	29
VII. II. Antecedentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....	32
VII. III. Antecedentes del Barrio Cildañez.....	35

VII. IV. Antecedentes trabajos de percepción.....	36
VII. V. Antecedentes que relacionan LM y O.....	37
VII. VI Antecedentes que vinculan SLM con enfermedades.....	37
VIII. Marco legal.....	39
IX. Materiales y métodos.....	42
IX. I. Descripción del ámbito de estudio.....	42
IX. II. Tipo de estudio y diseño.....	44
IX. III. Población universo.....	44
IX. IV. Unidad de análisis.....	44
IX. V. Criterios de inclusión.....	44
IX. VI. Criterios de exclusión.....	45
IX. VII. Muestra.....	45
IX. VIII. Definición operacional de las variables y	
categorías y variables de estudio.....	46
IX. IX. Indicadores antropométricos y criterio diagnóstico.....	47
IX. X. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	48
IX. XI. Consideraciones éticas.....	50
X. Resultados.....	51
X. I. Caracterización de la muestra.....	51
X. II. Antropometría.....	54

X. III. Percepción del estado nutricional de los niños por parte de sus madres.....	54
X. IV. Lactancia Materna.....	55
X. V. Alimentación complementaria.....	58
X. VI. Conocimientos y creencias maternas.....	59
X. VII. Actividades de promoción de LM.....	65
X. VIII. Observaciones realizadas en el CPI.....	65
X. IX. Encuesta al personal del CPI.....	66
XI. Discusión.....	68
XII. Conclusiones.....	72
XIII. Agradecimientos.....	74
XIV. Referencias bibliográficas.....	75
XV. Anexos.....	92
XV. I. Consentimiento Informado.....	93
XV. II. Encuesta para madres, padres o adulto responsable de los niños.....	95
XV. III. Encuestas para el personal del CPI.....	104
XV. IV. Guías de antropometría.....	108
XV. IV. Guía de observación en el CPI.....	109

I. INTRODUCCIÓN:

La obesidad infantil es un problema de salud que afecta a millones de niños¹ en todo el mundo, número que aumenta año tras año. Esta enfermedad posee una etiología multifactorial: intervienen factores genéticos, biológicos, ambientales y de estilo de vida.

Entre ellos la alimentación (ausencia de la lactancia materna - LM -, introducción de sucedáneos de la leche materna - SLM - antes del año de vida, alimentación complementaria - AC - previa a los 6 meses de edad), nivel de actividad física, nivel socioeconómico, índice de masa corporal (IMC) de los padres, edad materna, sobrepeso de la madre antes del embarazo, alto peso al nacer, tabaquismo, entre otros (1). Estos factores, entre otros, forman parte y constituyen un ambiente obesogénico (2), que influyen en el estado nutricional y de salud del niño.

En este sentido son vitales los primeros mil días que van desde la concepción hasta los dos años de vida para un correcto desarrollo psicofísico. Son importantes las Políticas Públicas orientadas a desarrollar intervenciones destinadas a la población que se encuentra en este período, para promover un crecimiento saludable (3) (4).

¹ Cuando se haga referencia a “niños” y “niñas” se utilizará como genérico “niños” a fin de facilitar la lectura.

La LM tiene numerosos beneficios para la salud del bebé, entre los que se incluye la prevención del sobrepeso (SP) y obesidad (O). Los mecanismos por los cuales actuaría como factor protector no están claros, pero tendrían relación con la autorregulación de la ingesta y la composición adecuada a las necesidades del niño (5). En contraste, la introducción temprana de SLM sería un factor de riesgo para una ganancia de peso excesiva (6).

A su vez, los niños durante este período son dependientes de sus padres y de otros adultos, por lo que son ellos quienes promoverán diferentes hábitos en los menores. Según estudios (7) (8) un alto porcentaje de padres perciben erróneamente la proporción peso/talla de sus hijos, siendo este valor mayor en el caso de niños con SP. Algunos factores que pueden influir en esta percepción son su propio peso, el nivel socioeconómico, género, y una percepción errónea de que un niño “gordo” es más sano y un niño “delgado” es enfermo.

El presente trabajo de investigación propone describir el estado nutricional basado en la evaluación antropométrica de los niños de las salas de 1 y 2 años, su historia de LM y lactancia artificial, como también la percepción respecto de la imagen corporal infantil referida por madres, padres o adultos responsables de estos niños que concurren al Centro de Primera Infancia (CPI) “La Tortuga

Manuelita” ubicado en el barrio Cildañez, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), durante el mes de septiembre de 2016. A su vez se propuso revisar algunas políticas públicas en primera infancia con énfasis en los CPI, como también conocer posibles actividades de promoción de la LM realizadas en el ámbito de estudio.

II. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y FUNDAMENTACIÓN

Las recomendaciones oficiales respecto de la LM formuladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) y el Ministerio de Salud de la Nación son que todos los niños reciban lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses, y lactancia materna continuada hasta los 2 años o más de vida, con motivo de contribuir a un óptimo crecimiento y desarrollo (9-11).

Sin embargo, la prevalencia de niños con LME hasta los 6 meses tanto a nivel nacional (12) como en CABA (13) ronda el 30%, mientras que el porcentaje de niños que extiende su LM hasta los 2 años, es de alrededor de un 28%.

Con respecto al uso de SLM se observa a nivel mundial una tendencia al aumento en su uso, acompañado de la disminución de la práctica de LM en los sectores urbanizados (14). Esto se debe en parte a que las madres tienen que salir a trabajar, al aumento de la publicidad de SLM, y a las inadecuadas recomendaciones por parte de los profesionales de la salud (14).

A partir de los resultados de la encuesta Encuesta Alimentaria Nutricional-Ciudad Autónoma de Buenos Aires (EAN-CABA) 2011 (13) se observa que la introducción de SLM es inadecuada: 13,7% de los niños había recibido SLM al

nacer y 62,6% antes de los 6 meses de edad.

La OMS define a la obesidad como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (15). Este aumento de masa adiposa en el organismo en la infancia es un factor de riesgo predisponente de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre ellas enfermedades cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer, trastornos del aparato locomotor y diabetes (1).

Se estima que la obesidad infantil (OI) afecta a 41 millones (6,1%) de niños menores de 5 años en el mundo, 10 millones más que en 1990 (4,8%) (16). Existen diversos factores que influyen en la elección de alimentos y en el comportamiento alimentario, como factores sociales, culturales, creencias y actitudes adoptadas por los niños (provenientes del hogar, la escuela o los medios de comunicación) (17). A su vez, el riesgo de un niño de padecer sobrepeso aumenta al tener uno o ambos padres obesos (18-21). Dado que la escuela y el hogar son ámbitos en los cuales los niños pasan la mayor parte de su tiempo, éstos resultan áreas de preferencia para intervenciones educativas vinculadas a la alimentación y nutrición en los primeros años de vida.

III. JUSTIFICACIÓN

Los primeros 1000 días, desde la concepción hasta los dos años de vida, representan una “ventana crítica”, en la cual la alimentación es vital para el crecimiento y desarrollo de un niño: cualquier deficiencia y/o exceso de nutrientes puede traer complicaciones presentes o futuras en su salud (3). En nuestro país, los problemas nutricionales más graves tienen su origen en esta etapa: retraso crónico del crecimiento, deficiencia de micronutrientes y obesidad, que podrán luego traer consecuencias en la salud y el rendimiento escolar del niño (4).

Diversas investigaciones (22) (23) concluyen, que los lactantes alimentados con LME durante mayor tiempo presentan menor ganancia de peso corporal, adiposidad o riesgo de SP y O en edad preescolar en comparación con los lactantes alimentados con SML.

A su vez, la alteración de la percepción del estado nutricional por parte de los cuidadores de preescolares es un factor de riesgo de desarrollo de SP y O en los niños (24) (25). En estudios realizados (26) (27) se observó que los padres, especialmente aquellos con SP, subestiman el IMC de sus hijos, lo cual podría empeorar su estado nutricional por una falta de visibilización del problema.

Por lo expuesto anteriormente, se considera relevante elaborar un diagnóstico nutricional a partir de mediciones antropométricas de los niños, como también

establecer una relación con sus historias de LM y la percepción de su estado nutricional por parte de los cuidadores de los niños.

A su vez, la mayoría de las intervenciones para prevenir la aparición y desarrollo de la obesidad se concentraron en adultos y niños mayores. Teniendo en cuenta que los factores asociados con la obesidad mencionados anteriormente son modificables, resulta prioritario centrar la atención en la educación alimentaria nutricional y prevención de enfermedades vinculadas a la alimentación desde edades más tempranas, coordinada por todos los agentes implicados, entre los que se incluye la industria alimentaria, el sector de la publicidad, la comunidad educativa y los propios padres y adultos responsables de los niños.

Con motivo de estimular la LME hasta los 6 meses y ofrecer una alimentación complementaria (AC) saludable y oportuna, es preciso intervenir en los diversos ámbitos en los que se desarrolla la vida cotidiana de los niños, con el compromiso ineludible de todos los actores de la sociedad (jardines maternas, hospitales, centros de salud, comunidades, familias, entre otros). Por lo tanto, en la presente investigación resulta significativo conocer las actividades que se llevan a cabo en el CPI al respecto, y las políticas del establecimiento que las enmarcan debido a que los niños pasan gran parte del día allí, y sus madres/padres/adulto responsable se referencian con las prácticas que allí se desarrollan. Es importante recalcar el papel de los CPI no sólo en promover y promocionar la LM

con talleres educativos, sino también en acciones específicas que la faciliten, como ofrecer espacios cómodos y tranquilos para amamantar y métodos de conservación de la leche materna con heladeras destinadas exclusivamente a este uso.

Se espera que este trabajo pueda constituir un aporte para conocer más acerca de la situación alimentaria y nutricional en la primera infancia, como también y en caso de ser necesaria, un punto de partida para diseñar una intervención con el objetivo de prevenir el desarrollo de SP y OI en los niños en el ámbito de los CPI.

IV. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Las siguientes preguntas son orientadoras a los objetivos de nuestro trabajo y hacen referencia al ámbito y a la población que asiste al Centro de Primera Infancia “La Tortuga Manuelita” de la Ciudad de Buenos Aires, en el año 2016.

1. ¿Cuál es la historia de LM y primeros alimentos de los niños?
2. ¿Cuál es el estado nutricional de los niños evaluado por antropometría?
3. ¿Cuál es la percepción que tienen las madres, padres o adulto responsable acerca del estado nutricional de los niños? ¿Se corresponde esta percepción con el estado nutricional evaluado por antropometría?
4. De contar el Programa de Centros de Primera Infancia con lineamientos definidos respecto de aspectos alimentarios y nutricionales; ¿Cuáles son?; ¿Se llevan a cabo en el ámbito de estudio?
5. ¿El personal del CPI realiza acciones específicas de promoción LM y AC adecuada y oportuna?

V. OBJETIVOS

V. I. Objetivo general

Conocer la historia de LM y la percepción del estado nutricional que tienen las madres, padres o adulto responsable de los niños/as de salas de 1 y 2 años del CPI “La tortuga Manuelita” del barrio Cildañez, CABA, y relacionarlo con su estado nutricional.

V. II. Objetivos específicos

- Conocer los antecedentes de LM de los niños de salas de 1 y 2 años de nuestra población.
- Determinar el estado nutricional de los niños a través de indicadores antropométricos.
- Indagar acerca de la percepción de las madres y los padres del estado nutricional de los niños.
- Comparar la percepción de las madres y los padres con el IMC medido.
- Relacionar el estado nutricional con la historia de LM.
- Describir las actividades de promoción de la lactancia materna destinadas a embarazadas y madres lactantes en el CPI.

VI. MARCO TEÓRICO

En este apartado, nos proponemos desarrollar diferentes aspectos que atraviesan la problemática de la alimentación en los primeros años de vida. Nos introduciremos en el concepto de entorno obesogénico, LM, AC con énfasis en SLM, y percepción del estado nutricional infantil por parte de las madres, padres o adulto responsable. Además definiremos el concepto de promoción de salud y LM, y políticas públicas en primera infancia.

VI. I Ambiente obesogénico

Tal como fue mencionado, la OMS define la obesidad como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (15); es el resultado de la conjunción de factores biológicos, genéticos y ambientales. En las últimas décadas, la prevalencia de obesidad ha aumentado a un ritmo cada vez mayor (28). Considerando que el genoma humano no pudo haberse modificado en un período tan corto, toman relevancia los factores del entorno como la abundancia respecto de la disponibilidad de alimentos ricos en azúcares libres, sal, total de grasas, grasas saturadas y ácidos grasos trans, como también el sedentarismo en el desarrollo de la obesidad, determinando el “ambiente obesogénico” (2).

Los procesos de transición demográfica, epidemiológica y nutricional son

también determinantes en la tendencia al aumento de la obesidad (29). La transición demográfica refiere al tránsito de un régimen caracterizado por niveles de mortalidad y fecundidad elevados, y sin control, a otro de niveles bajos y controlados, acompañados por un aumento de la esperanza de vida. La transición epidemiológica refiere al tránsito de poblaciones con altas prevalencias de enfermedades infecciosas, por malas condiciones ambientales, a poblaciones con predominio de enfermedades crónicas (30). En tanto que el proceso de transición nutricional se encuentra condicionado por las transiciones demográficas y epidemiológicas, por los cambios socio-económicos, como el aumento de los ingresos, por el proceso de urbanización-modernización, por cambios en las características de ocio y trabajo (avance tecnológico) y por la influencia de los medios de comunicación de masas y el marketing de alimentos (29). Las dietas tradicionales han sido reemplazadas por otras con una mayor densidad energética, lo que significa más grasa y más azúcar añadido a los alimentos, y una disminución de carbohidratos complejos y de fibra, frutas, verduras y cereales. Estos cambios alimentarios se combinan con modificaciones de conductas que suponen una reducción de la actividad física en el trabajo y durante el tiempo de ocio (31) estableciendo así, el ya mencionado “ambiente obesogénico”. Este entorno de transición determina condiciones que influyen en la sociedad en general y a los niños, de particular interés para este

trabajo, ya que puede determinar la aparición de SP y obesidad, relacionada directamente con ECNT que caracterizan este modelo de transición epidemiológica.

A continuación presentaremos los factores de riesgo para el desarrollo de SP y O según diferentes autores.

Perla Rodríguez González y Alfredo Larrosa Haro en la Colección “Medicina de Excelencia” (México, 2013) (32) los describen de la siguiente manera:

- Factores biológicos: Edad, género, raza, genética y factores neuroendócrinos.
- Factores ambientales: nivel socioeconómico, IMC de los padres, edad materna.
- Factores del período prenatal y perinatal: presencia de sobrepeso de la madre antes del embarazo, madre obesa, alto peso al nacer, tabaquismo.
- Alimentación: acceso a la alimentación, ausencia de LM, introducción de fórmulas lácteas antes de los 2 años de vida, AC antes de los 4 meses de edad, consumo de bebidas azucaradas.
- Factores socioculturales: promueven estilos de vida saludables o no saludables.
- Tecnología: horas de Tv, computadora, celulares o tablets, anuncios publicitarios de comida chatarra.

- Sedentarismo y actividad física.

Por su parte, en el año 1999 Swinburn, Egger y Raza de la Universidad de Auckland, Nueva Zelanda, proponen el “Modelo Angelo” (33), en el cual describen los siguientes factores de riesgo para el desarrollo del SP u O:

- Factores físicos, como el hogar y la escuela, donde intervienen la disponibilidad de alimentos, la accesibilidad, el costo en alimentos, y la disponibilidad de un lugar para realizar actividad física.
- Factores económicos donde interviene el costo de los alimentos, calidad de la alimentación escolar y familiar y disponibilidad de recursos.
- Factores políticos que intervengan a través de Programas de regulación de la información alimentaria.
- Factores sociales como creencias y actitudes que influyen la ingesta y el consumo.

Los factores antes enumerados por Perla Rodríguez González y Alfredo Larrosa Haro, y en el “Modelo Angelo” forman parte del denominado “ambiente obesogénico” y son predictores de SP y O. Es fundamental tenerlos en cuenta a la hora de desarrollar políticas públicas que busquen la disminución de la prevalencia de ECNT en la edad adulta.

En el presente estudio nos enfocaremos en caracterizar y estudiar algunos de

esos factores: historia de la LM, AC con foco en SLM, percepción del estado nutricional por parte de los padres/madres/adultos responsables y políticas públicas en primera infancia.

VI. II. Lactancia materna

La LM es la clave para un desarrollo sano, ya que aporta al bebé los nutrientes vitales para un crecimiento saludable. La OMS y UNICEF recomiendan iniciar la LM durante la primera hora después del nacimiento para asegurar la ingestión del calostro, LME durante los primeros seis meses; y LM continuada durante dos años o más, junto con una AC segura, adecuada desde el punto de vista nutritivo y oportuna (10).

Estudios actual (34-37) indican que el “contacto precoz”, es decir el contacto directo de la piel de la madre con la del niño poco después del nacimiento ayuda a iniciar la LM temprana, da más sensación de seguridad a la madre respecto de su hijo y aumenta la probabilidad de mantener la LME entre el primer y cuarto mes de vida, así como la duración total de la LM. También favorece el vínculo del niño con la madre y colabora en la disminución del llanto. A su vez, la LM otorga la defensa necesaria para prevenir diversas enfermedades hasta que el bebé genere su propia inmunidad (38). Se calcula que en el mundo muere un millón de niños cada año por diarreas, infecciones respiratorias y otros tipos de infecciones, situaciones que la LM podría haber contribuido a prevenir (10).

Se recomienda que la LM sea una práctica alimentaria a “libre demanda”, lo que significa que se le ofrezca leche materna al bebé toda vez que lo pida durante las 24hs del día. Esta práctica favorece que el niño calme su sed y hambre y que la madre produzca la leche necesaria (39).

VI. III. Beneficios de la lactancia materna

Algunos de los beneficios de la LM para la madre y el lactante son:

- Disponibilidad fácil para la madre y el niño, ya que no requiere preparación o equipo especial para la mantención y el traslado (10).
- Suministra un adecuado balance y una cantidad de nutrientes que son ideales para el lactante (38-41).
- El calostro y la leche materna tienen elementos anti infecciosos (que no se encuentran en las leches artificiales) que ayudan a limitar las infecciones (10).
- Es más económica que la alimentación con biberón.
- Prolonga la duración de la anovulación posparto y ayuda a las madres a espaciar los embarazos (38-40).
- Estimula el desarrollo psicomotor, emocional y social (40).
- Favorece una personalidad segura e independiente en el niño.
- Reduce la incidencia de problemas dentales, desnutrición, cáncer, maloclusión entre otras.

- A largo plazo los adultos que de pequeños han sido alimentados con leche materna suelen tener una tensión arterial más baja, menos colesterol y menores tasas de sobrepeso, obesidad y diabetes tipo 2 (44-45).
- Favorece el vínculo madre-hijo.
- Beneficia a la familia: mejor desarrollo de la familia como unidad social, menor gasto en medicamentos, menor ausentismo laboral, mejora la economía familiar.
- Beneficia a la sociedad: una sociedad más sana en el futuro, mayor bienestar, menor incidencia de enfermedades.

Entre los mecanismos relacionados con comportamientos alimentarios que puedan explicar la relación entre LM y O, debe considerarse que la alimentación con biberón requiere mayor atención por parte de la madre para reconocer las señales de hambre y saciedad en comparación con los bebés amamantados. El uso del biberón como un método para calmar a los lactantes puede contribuir a un mayor consumo de energía promoviendo ganancia de peso en los primeros años de vida (43).

Asimismo, la LM se asocia con otras ventajas para disminuir el riesgo de sobrepeso, como una menor frecuencia de introducción de alimentos complementarios antes de los 4 meses y con una menor frecuencia de ofrecer alimentos altos en grasas o azúcares a niños de un año en comparación con las

madres que alimentan a sus bebés con SLM (44).

Hay autores que sostienen que la relación entre LM y prevalencia de SP y obesidad es dosis dependiente, cuanto mayor es la duración de la lactancia materna, mayor la protección conferida, alcanzando una “meseta” a los 9 meses de la misma (44-46).

VI. IV. Promoción de la salud y Lactancia Materna

En este apartado definiremos el concepto de “promoción de la salud” según diferentes autores para luego abordar la “promoción de LM”.

En el año 1920, el importante sanitarista estadounidense Charles E. Winslow ha planteado la definición de salud pública, en la cual se observa el énfasis en la dimensión de la promoción de salud expresado como: "el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo de un mecanismo social que se asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho a la salud y a longevidad" (47).

El historiador alemán Henry Sigerist, en 1946, fue el primero en utilizar el concepto promoción de la salud. "La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación (...) la promoción de la salud tiende, evidentemente, a prevenir la enfermedad, pero una promoción eficaz exige medidas protectoras especiales" (48).

En el año 1974 en el informe Lalonde titulado "Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses", se resalta que para mejorar la salud de la población, hay que mirar más allá de la atención de la enfermedad. Identifica y describe los cuatro grupos de determinantes de la salud: la biología, la genética, el medio ambiente, y los entornos (49).

A su vez Leavell y Clark (1965) definieron 3 niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. En el marco de la prevención primaria se encuentra la protección de la salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Ésta consiste en brindar orientación sobre la conservación de la salud en general, incluyendo visitas médicas, saneamiento ambiental, higiene y conservación de alimentos, entre otros (50).

La Carta de Ottawa² (Ottawa, 1986) (51) define la promoción de salud como "(...)

² Documento elaborado por la OMS durante la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000".

proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”.

Por lo desarrollado, es posible concebir a la promoción de la LM como una actividad esencial en el amplio y complejo marco conceptual de la promoción de la salud, entendiendo que trasciende al sector sanitario como único responsable de promocionar esta práctica beneficiosa para el niño, madre, familia y comunidad.

En el año 1989, expertos de todo el mundo convocados por OMS-UNICEF, elaboraron un documento titulado “Declaración Conjunta: La Lactancia Materna en el decenio 1990. Una Iniciativa a nivel mundial”, siendo su principal componente los “Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural” (52). Un año después, en 1990, 32 gobiernos y 10 organismos de las Naciones Unidas

firmaron la Declaración de Innocenti en una reunión de la OMS/UNICEF sobre "Lactancia Materna en los 90's", un acuerdo unánime sobre la necesidad de que se apoye en todo el mundo la lactancia natural y sobre el camino a seguir (53).

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) (54) es un esfuerzo mundial lanzado por la OMS y UNICEF para implementar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la LM. Fue lanzada en 1991 en respuesta a la Declaración de Innocenti.

La Argentina adhirió en 1994 y lo llamó "Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño" (HAMN) (55-56). La HAMN prioriza las acciones para la promoción y fortalecimiento de la LM por parte del equipo de salud durante el embarazo, parto y puerperio como derecho de todos los niños, niñas y sus madres. La propuesta consiste en la capacitación del equipo de salud para modificar las prácticas institucionales, y para poder ser acreditado como HAMN debe cumplir los Diez Pasos para una Lactancia Feliz.

Otra iniciativa impulsada por UNICEF es la de "Maternidad Segura y Centrada en la Familia" (MSCF) a través de la cual se busca promover una atención humanizada y centrada en los derechos de la madre y el niño, que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en el país. Toda MSCF debe trabajar activamente en el fortalecimiento de la LM y comprometerse a ser o convertirse en un HAMN (57).

En la población argentina el control del embarazo y posteriormente el del lactante

se llevan a cabo, en gran medida, en los Centros de Salud o Centros de Atención Primaria (58). Por tal motivo, se creó la “Iniciativa Centro Salud Amigo de la Madre y el Niño” (ICSAMN) elaborado por un grupo de trabajo convocado y financiado por UNICEF Argentina. La ICSAMN Se aprobó en el año 2002 y plantea como objetivo proteger la salud de la madre y del lactante mediante prácticas de excelencia que aseguren el mejor inicio a la vida en los niños y niñas lactantes y la ayuda a sus familias. Para su denominación como ICSAMN debe cumplir los 10 pasos para el apoyo de la LM (59).

Todas estas iniciativas descritas se encuentran orientadas a reforzar la promoción de la salud y de la LM.

VI. V. Alimentación complementaria

La AC es el proceso que se inicia con la introducción gradual y paulatina de alimentos diferentes a la leche materna, con el objetivo de satisfacer las necesidades nutricionales del niño, hasta integrarlo a la dieta de su familia (59). La edad recomendada para comenzar con la AC es a partir de los 6 meses, ya que a partir de esa edad la leche materna no resulta suficiente para dar respuesta a los requerimientos nutricionales de energía y otros nutrientes que el niño necesita. A partir de esa edad, el sistema gastrointestinal y renal del niño ya tiene la madurez suficiente para digerir y absorber todo tipo de alimentos y nutrientes, para depurar metabolitos, y manejar excedentes de nutrientes (39-60-61).

Es conveniente que los alimentos que formen parte de la AC tengan una consistencia y variedad adecuadas, y se administren en cantidad y frecuencia suficientes, que permitan dar respuesta a las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. La alimentación del niño pequeño implica cuidados y estimulación activa, se precisa una respuesta del cuidador a los signos de hambre que manifieste el niño. A esto se le llama “*alimentación activa*” (62), constituye una práctica importante para que el niño comience a adquirir hábitos alimentarios saludables.

VI. VI. Sucedáneos de la leche materna:

Durante el siglo pasado las prácticas de alimentación en los primeros años de vida se vieron modificadas, entre otros motivos, por diversos procesos de industrialización y urbanización. El biberón se convirtió en un sinónimo de modernidad, y de mejor alimentación para el lactante. Factores como la incorporación de la mujer al mercado laboral, y débiles políticas que favorezcan la LM fueron determinantes a la hora de fortalecer el proceso de sustituir la LM por SLM. Al respecto resultaría beneficioso brindar a las madres el apoyo social necesario, que les permita sentirse cómodas al amamantar a su bebé cuando éste lo desee y donde sea que se encuentre (63).

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (64) vigente en nuestro país, prohíbe prácticas comerciales tales como

la entrega de muestras y suministros gratuitos, regalos a profesionales, información engañosa, utilización de las instalaciones de salud para promoción de productos comerciales, publicidad directa al público, regalos a madres, ventas con descuentos, etiquetado con diseño llamativo y/o con información escasa o engañosa. Este Código constituye un marco legal que contribuye a regular el uso de los SLM, lo que fortalece y complementa las prácticas orientadas a la promoción de LM.

Entre las desventajas de la lactancia artificial para los niños se ha descrito (65):

- Menor vínculo afectivo.
- Mayor probabilidad de malnutrición calórico-proteica
- No tiene especificidad de especie.
- Es menos digestiva: existe mayor probabilidad de reflujo gastroesofágico, retrasa la eliminación de meconio, enlentece la maduración intestinal, permite el desarrollo de flora intestinal patógena y puede causar lesiones en el intestino (10).
- Mayor incidencia de caries, maloclusión y caída dental.
- Aumenta la incidencia y/o gravedad de las infecciones del lactante, debido en su mayor parte al riesgo de contaminación (10).
- Peor desarrollo intelectual.
- Alto costo monetario.

- Mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas: alergias, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, obesidad, leucemia infantil y linfoma, hipertensión arterial e hipercolesterolemia.
- Mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.

Sin embargo, y a pesar de la gran evidencia científica que argumenta las ventajas de la LM y del marco normativo vigente a través del CICSLM, la promoción activa por parte de los fabricantes de los sustitutos de LM, como también la complicidad por parte de las entidades médicas son, entre otras, causas que alienta a la disminución de la lactancia y al uso innecesario de SLM.

VI. VII. El rol y la percepción del estado nutricional de los cuidadores vinculado a la alimentación y nutrición en primera infancia.

Los lactantes y niños de temprana edad tienen una capacidad innata para regular el consumo de energía y pueden demostrar su estado de hambre o saciedad. La correcta decodificación de esas señales por parte de los adultos depende en parte del desarrollo del control de hambre y saciedad del niño. Este aprendizaje será óptimo, siempre y cuando la interrelación entre el niño y el adulto que le ofrece el alimento, suceda en un ambiente de afecto, con control pero sin rigidez y favoreciendo la independencia del más pequeño (39).

La primera infancia es una etapa fundamental respecto a la formación de hábitos

alimentarios, debido a que se aprende qué, cuánto y cómo comer. Algunos padres parecen no confiar en sus hijos cuando muestran señales de saciedad, los presionan para que continúen comiendo a pesar de encontrarse satisfechos, lo cual puede ocasionar dificultades para regular la ingesta energética (66). Es común que en esta etapa de la vida el niño rechace los alimentos nuevos, sólo la repetición del alimento conduce lentamente a la aceptación del mismo.

En el presente estudio indagamos acerca de la percepción que tienen los padres o adulto responsable acerca del estado nutricional de los niños. A continuación se desarrollan diferentes definiciones acerca del concepto de percepción:

Según Oviedo (67) desde un enfoque psicológico, con base en los aportes de la teoría Gestalt, la percepción “es un estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes”. No es una copia idéntica del mundo percibido.

Según la psicología clásica de Neisser (68), “la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informatorio anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema”.

Como se mencionó previamente, la alteración de la percepción del estado nutricional por parte de los cuidadores de preescolares que subestiman el peso

de los niños, constituye un factor de riesgo de desarrollo de SP y obesidad en los niños (24-25).

VI. VIII. Políticas públicas en primera infancia

A continuación se presenta el concepto de política sanitaria, como también algunos marcos legales en la Argentina y programas gubernamentales vigentes ligados a la alimentación y nutrición en los primeros años de vida.

Según los sanitaristas Sonis A. y Lanza AR, la “estructuración de una política de salud para el sector” es aquella que “(...) señala las grandes directivas para el mismo, que establece las prioridades sobre las cuales se elaboran los planes y los programas, que indica los propósitos más generales del sector en relación con los valores que esa comunidad nacional considera prevalentes, que marca los cambios que se operarán en el largo plazo, que formula el marco sobre el cual se implementarán las actividades” (69).

En primera infancia, la República Argentina ha hecho importantes avances. En 1990 ha ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño (70), incorporándola en nuestra Constitución Nacional en 1994. Desde el año 2005, cuenta con una “Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes” (Ley 26.061) (71), la cual pone fin a la intervención tutelar del Estado reconociendo a niñas, niños y adolescentes como sujetos plenos de Derecho. En ello ocupa un lugar preponderante la recuperación de la

familia como promotora de la integración social. Esta ley protege de manera integral los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.

Existen diferentes programas destinados a Primera Infancia, siendo uno de ellos el Programa Nacional de Desarrollo Infantil Primeros Años (72) dependiente del Consejo Nacional de la Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación (73). El objetivo general del Proyecto es generar condiciones familiares, comunitarias e institucionales para promover el desarrollo infantil temprano, desde un abordaje integral, a partir de la construcción de entornos protectores de los derechos de niños. Se desarrolla en localidades seleccionadas por el Plan de Abordaje Integral “Ahí, en el lugar”, priorizando aquellas que presentan situaciones de alta vulnerabilidad social. Las principales líneas de acción del Proyecto son: Desarrollo de Proyectos Participativos Locales, Fortalecimiento de Redes de Actores Sociales y Consolidación del sistema de monitoreo y evaluación.

Otro programa de alcance nacional, es el de Centros de Desarrollo Infantil Comunitarios, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Presidencia de la Nación (74). En estos espacios de atención integral de niños de hasta 4

años de edad se realizan acciones para instalar, en los ámbitos familiar y comunitario, capacidades que favorecen la promoción y protección de los derechos de niños y niñas. Funcionan en ámbitos comunitarios, en instituciones públicas que dependen de las áreas sociales de los gobiernos provinciales y municipales, en los Centros Integradores Comunitarios y Centros de Salud.

En el área de la CABA se encuentran los Centros de Primera Infancia (CPI) y entre otros lineamientos, brindan asistencia nutricional y educacional a los niños que asisten a estos establecimientos. Los CPI dependen del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y forman parte del eje “Niñez” del programa “Red en todo estás vos”.

Fueron creados en el año 2009 (Decreto N° 306/09) en el ámbito de la Dirección General de Fortalecimiento de la Sociedad Civil del Ministerio de Desarrollo Social de CABA (75-76). De acuerdo con la información suministrada por referentes del Programa CPI al equipo de investigación, a comienzos del año 2015 se atendía a más de 7.743 niños y niñas desde los 45 días a los 4 años de edad en situación de vulnerabilidad social, a través de un total de 56 CPI en todo el territorio de la Ciudad.

VII. ANTECEDENTES

A continuación detallaremos los resultados de encuestas poblacionales realizadas a nivel nacional, en el área de la CABA y en nuestro ámbito de estudio, respecto de la situación de lactancia en particular, como también alimentaria y nutricional en general, en población infantil y de adolescentes. Como cierre del apartado, se presentan estudios que abordan la percepción del estado nutricional por parte de adultos cuidadores y su relación el temprano desarrollo del SP y obesidad.

En los países industrializados, las deficiencias nutricionales en la infancia y la adolescencia prácticamente han desaparecido; sin embargo, en el curso de los últimos años se ha incrementado progresivamente la prevalencia de OI y juvenil, constituyendo un problema sanitario de gran trascendencia, teniendo en cuenta que la mayoría de los adolescentes obesos lo seguirán siendo en la edad adulta, con el riesgo aumentado de una mayor morbilidad (77) y una expectativa de vida menor que la de sus padres (12).

VII. I. Antecedentes nacionales

A nivel nacional las últimas cifras acerca del estado nutricional de los niños en

edad preescolar provienen de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS, 2005) (12). Se desprende que la prevalencia de sobrepeso en los niños de 6 a 60 meses es del 31,5%, mientras que la prevalencia de obesidad es del 10,4%³ a nivel nacional y del 12,3% en el Gran Buenos Aires, sin encontrarse diferencias significativas entre hogares con y sin necesidades básicas insatisfechas.

También se analizó a la población de adolescentes mayores de 19 años y se observó que el 29,31% presentaba sobrepeso, y el 44,83% obesidad. Estos datos evidencian una alta prevalencia de malnutrición por exceso, que se observa a medida que progresa la edad.

Respecto de la situación de LM a nivel nacional, en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS) se observa que el 95,4% de los niños inician su alimentación con LM, mientras que el 4,6% nunca fue amamantado. Los tres principales motivos referidos por las madres por los cuales no iniciaron la LM fueron “quedarse sin leche”, “enfermedad propia”, y “problemas de pezón”.

Al momento de realizar la encuesta el 49% de los niños de 6 a 23 meses recibía LM, mientras que a los dos años de edad la proporción de niños amamantados disminuyó al 28,0%.

Con respecto a la edad de incorporación de alimentos diferente a la leche

³ Según referencias OMS

materna, se observó que el 50% de los niños había incorporado puré de vegetales y yogurt al 5º mes, mientras que el 31% de los niños no había incorporado ningún alimento antes de los 6 meses y el 25% había incorporado algún alimento al 4º mes de vida. La edad de abandono de la LM, valorada por referencia materna, muestra un valor medio de 7 meses. Los motivos de abandono fueron “quedarse sin leche”, que “el niño dejó sólo”, y que tuvieron que “volver a trabajar”.

En el año 2011 se realizó la última Encuesta Nacional de Lactancia Materna (11) llevada a cabo por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación. Se observó que a los 2 meses de edad el 60% de los niños recibe LME, a los 4 meses recibe el 45% y a los 6 meses disminuye al 30%.

En el año 2015 la Liga de La Leche realizó una encuesta nacional de opinión pública sobre Lactancia Materna a hombres y mujeres mayores de 16 años, “Mitos y creencias acerca de la lactancia materna en la Argentina”(78).

Se observó que el 95% de la población consideró importante la promoción de la LM para la salud del bebé y para fortalecer el vínculo madre-hijo. Sin embargo, sólo la mitad de los argentinos se siente informada acerca de la LM y sus beneficios, siendo esta proporción menor entre los que no tienen hijos.

Los encuestados consideraron que la LM es más saludable que los SLM y que

evita enfermedades; aún así un tercio de la población no cree que alimentar con leche de fórmula incrementa las posibilidades de que el niño se enferme y la mayoría no asocia riesgos a este tipo de leche. El principal riesgo percibido y asociado al consumo de SLM es que pueda ocasionar problemas gastrointestinales al bebé, mientras que el 37% de la población indicó que no este tipo de alimentación no presenta riesgos para los lactantes. Al indagar sobre la edad hasta la cual se debe amamantar se refirió que debe ser hasta los 17 meses.

El 85% de los encuestados estuvo de acuerdo con que el acto de amamantar implica sacrificios para la madre y que interfiere con su vida social.

VII. II. Antecedentes Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

Es posible acceder a un acercamiento de las problemáticas nutricionales en la población infantil de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) a partir de los estudios poblacionales realizados por el Programa Nutricional (79) del Ministerio de Salud de la Ciudad. Los datos provienen de relevamientos antropométricos extramurales realizados en Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESACs) o espacios cercanos a los CESACs. Las mediciones se realizaron a niños, niñas y adolescentes menores de 19 años y embarazadas, siendo los últimos datos disponibles del año 2014. Los CESACs que realizaron relevamientos antropométricos extramurales fueron 19 y el total de personas evaluadas fue de

5.465. Según este informe, el 16,6% de los niños menores de 2 años y el 15,1% de los niños de 2 a 6 años presentan obesidad, en tanto que el 8% de los niños menores de 2 años y 17,8% de los niños de 2 a 6 años presentan sobrepeso. Lo que representa un 24,6% de niños menores de 2 años, y un 32,9% de niños de 2 a 6 años con malnutrición por exceso.

La baja talla y la desnutrición aguda se encuentran en baja proporción, alrededor del 2% en estos grupos de edad⁴. Se puede observar la disminución progresiva del déficit de peso y talla a lo largo de los años (2009-2014), y el aumento del sobrepeso en el mismo período.

En la 7ª Encuesta Antropométrica a la población menor de 6 años, realizada por el Programa Nutricional (CABA, 2013) (80), se registró una prevalencia de obesidad del 12,9%; 1,6% de bajo peso; y 7,2% de baja talla para la edad.

En la misma encuesta se indagó acerca de situación de LM, arribando a los siguientes resultados: el 52,4% de los niños de 2 meses recibía LME; de 4 meses el 44,0% y de 5 meses el 36,4%.

Según la historia de lactancia en los menores de 2 años, más de la mitad (el 52,4%) se había alimentado de LME hasta los 6 meses, el 97,3%, había iniciado su alimentación con LM y el 65,7% continuaba con LM entre los 12 y 15 meses.

Al relacionar los datos antropométricos con la historia de LM, se observó que

⁴ Se utilizaron referencias OMS

existía un menor porcentaje de baja talla entre los niños que habían recibido LME hasta los 6 meses; y que la lactancia continuada al año se podía asociar a menor prevalencia de obesidad.

La “Primer Encuesta Alimentaria y Nutricional de la Ciudad de Buenos Aires 2011” (EAN-CABA 2011) (9) realizada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en una muestra representativa de hogares de dicha Ciudad, estudió la población agrupada según 7 grupos: madres e hijos/as de 0 a 6 meses y 29 días, niños/as de 7 a 23 meses y 29 días, niños/as preescolares de 2 a 4 años, niños/as escolares de 5 a 12 años, adolescentes de 13 a 18 años, mujeres de 19 a 49 años, y adultos mayores de 60 años. Con relación a la edad de la población del presente trabajo sólo haremos referencia a los resultados de los 3 primeros grupos.

Para facilitar la lectura de los resultados obtenidos en la mencionada encuesta, presentaremos algunos datos en la siguiente tabla N°1.

Tabla N°1: Resultados de la “Encuesta EAN-CABA 2011” según grupos etareos.

Grupo 3: Niños de 24 m a 4 años	Grupo 2: Niños de 7 m a 23 m 29 d	Grupo 1: Niños de 0 m a 6 m 29 d	
LACTANCIA MATERNA			
97,40%	97,10%	97,10%	Iniciaron su alimentación con LM
37,40%	33,70%	35,30%	LME hasta los 6 meses

	58,60%	62,60%	SLM antes del 6to mes
11,4 meses	6,6 meses		Edad de abandono de la LM
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA			
5,4 meses	5,4 meses	3,7 meses	Edad de introducción de líquidos
6 meses	5,8 meses	5,2 meses	Edad de introducción de alimentos sólidos
ANTROPOMETRÍA			
6,20%	7,90%	8,60%	Baja talla
1%	0,80%	0,90%	Bajo peso para la talla
29,10%	28,90%	12% ⁵	Sobrepeso
13,10%	14,40%		Obesidad

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta EAN-CABA 2011

En el primer grupo se observó que la LME disminuye con la edad de los niños, pasando de 61,3% en los niños menores de 2 meses, a 30,8% en los de 4 a 5 meses. Al interrogarse sobre las causas de abandono, la respuesta más frecuente fue “me quedé sin leche” (55,7%).

En promedio, los niños y niñas que asisten a centros de cuidado infantil pasan

⁵ Al tratarse de niños menores de 7 meses, se utilizó el indicador Peso/Talla, dando como resultado peso alto para la talla en el 12% de los niños.

4,8 ± 2,1 horas diarias en la institución. Casi un tercio (29,3%) recibe leche materna y el 74,4% recibe fórmula infantil.

VII. III. Antecedentes del Barrio Cildañez:

Según un estudio (81) realizado por la Licenciada Azzaretti L. durante el año 2009 en el Barrio Cildañez y en Villa Fátima, el 16,81% de la población investigada menor de 19 años presentaba sobrepeso y el 19,17% obesidad, siendo estos datos no comparables con nuestra población de niños y niñas de 1 y 2 años, pero de importante relevancia a nivel poblacional en el área geográfica estudiada.

En otro estudio (82) realizado en el mismo barrio, por la Licenciada Azzaretti, enmarcado en el Programa Integral de Acción Comunitaria en Barrios Vulnerables (PIACBV) dependiente de la Secretaría de Extensión Universitaria y Bienestar Estudiantil de la Universidad de Buenos Aires, se analizaron documentos de resultados, como informes mensuales y anuales de actividades desarrolladas por el área de nutrición durante los años 2008, 2009, 2010 y primer cuatrimestre del 2011. Se estudiaron a niños de entre 6 y 12 años de la Escuela N° 8 “Reino de Tailandia” donde se observó la siguiente evolución: en el año 2008 el 16,5% de los chicos presentaba sobrepeso y el 23,9% obesidad; en el año 2009 el 15,79% de los niños presentaba sobrepeso y el 20,68% obesidad; y

en el año 2010 el 28,91% de los niños presentaba sobrepeso y el 23,70% obesidad.

VII. IV. Antecedentes percepción

En este apartado presentamos tres estudios en los que se observa la subestimación en la percepción de los padres respecto del estado nutricional de sus hijos, cuando éstos tienen sobrepeso y obesidad.

En un estudio realizado en 605 niños de 2 a 6 años de edad en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México, se comparó el estado nutricional de los niños con la percepción que tenían sus padres. Mientras la prevalencia de sobrepeso fue del 12,2% y la de obesidad de 14,3%, la percepción de sus padres sobre la masa corporal fue menor que la evaluada por antropometría en el 32,5% de los niños y en el 36,8% en las niñas (25).

En Australia, se evaluaron 317 niños con un promedio de 6,5 años de edad y la percepción de los padres respecto del peso de sus hijos, sucedió en un 88% de las madres cuyos hijos presentaron sobrepeso y en un 90% entre los niños con obesidad (83).

A su vez, un estudio realizado a 1620 niños de 3 a 16 años de edad en la ciudad de Cádiz arrojó como resultado que de los 454 niños con exceso de peso, los padres percibieron en un 34,7% de los casos el sobrepeso y en un 72,3% la obesidad en sus hijos varones, mientras que en las niñas los padres percibieron

en un 10,8% y 53,8% respectivamente (84).

VII. V. Antecedentes que relacionan LM y obesidad

En un meta análisis publicado en el año 2014 por Yan et al, se observó que aquellos niños amamantados por 7 meses o más tuvieron menor riesgo de tener sobrepeso u obesidad en la edad adulta (23).

A su vez, en otro meta análisis realizado por Harderet.al con el objetivo de buscar una asociación entre la duración de la lactancia materna y el riesgo de obesidad, se incluyeron 17 estudios y se encontró una disminución de 4% en el riesgo de tener sobrepeso por cada mes de lactancia materna (85).

VII. VI Antecedentes que vinculan SLM con enfermedades

Un estudio realizado en Cuba por Tabares y Col, a 101 niños nacidos en 1998 (86), planteó investigar la relación entre algunas variables epidemiológicas con el tipo de lactancia que reciben hasta el año de edad en el área de salud de San Cristóbal. En términos generales, se observó una baja prevalencia de LME y LM. Con respecto a las enfermedades relacionadas al tipo de lactancia ofrecida a los niños, se observó que los niños con LME eran los que menos las sufrían. Aquellos que recibían SLM tuvieron mayor incidencia de infección respiratoria aguda, diarrea aguda, urosepsis, bronco-neumonía, escabiosis, piodermatitis, parasitismo intestinal por giardialamblia, asma bronquial y anemia.

Otro estudio realizado por Dr. Remigio. R. Gorrita Pérez, en el Policlínico Docente Este, en San José de las Lajas (Mayabeque, Cuba) a 33 niños (86), planteó como objetivo conocer la repercusión de la introducción de leche artificial antes de los 6 meses sobre la morbilidad en el primer año de vida. Del estudio se desprende que los niños alimentados con leches artificiales antes de los 6 meses de vida tienen más probabilidad de tener insuficiencia respiratoria aguda, otitis medias agudas, enfermedades diarreicas agudas, problemas nutricionales, por tener que medicarse con antimicrobianos.

Un estudio realizado por Ruben y col. en Centros de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Rosario (6) planteó como objetivo identificar las prevalencias de sobrepeso y obesidad en niños de 2 años y analizar factores asociados a su desarrollo. Entre sus resultados, se hallaron cifras superiores de niños de 2 años de edad con SP y O que recibieron SLM respecto a los que no los recibieron.

VIII. MARCO LEGAL

En apartados anteriores hemos señalado aspectos que inscriben la LM en un enfoque de Derecho. Así la Convención por los Derechos del Niño, ha sido un antecedente internacional y nacional fundamental para proteger y promocionar esta práctica. En el artículo 24 de la Convención, se reconoce el derecho del niño “al disfrute del más alto nivel posible de salud (...)”, y dentro de él se especifica, “la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente (...)” y “asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna (...)”.

Con respecto a la lactancia materna, a partir del año 2004, existe en nuestro país la Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado, que establece en su artículo 2° inciso i) que toda mujer tiene derecho “a ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar”.

A su vez, la Ley 26.873 de Lactancia Materna, sancionada el 3 de julio de 2013, comprende, entre otras, las acciones de promoción de lactancia materna exclusiva de niños hasta los 6 meses de edad, y de lactancia materna continuada hasta los dos años de edad. Sin embargo, la ley N° 20.744 de contratos de

trabajo, establece, en su artículo 177 luego sustituido por la ley N° 21.824, que el plazo máximo de licencia por maternidad es de 90 días, mientras que en el artículo 179, indica que “Toda trabajadora madre de lactante podrá disponer de dos (2) descansos de media hora para amamantar a su hijo, en el transcurso de la jornada de trabajo, y por un período no superior a un (1) año posterior a la fecha del nacimiento, salvo que por razones médicas sea necesario que la madre amamante a su hijo por lapso más prolongado.”

Por su parte, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna fue adoptado en 1981 por la Asamblea Mundial de la Salud, forma parte del Código Alimentario Argentino y es controlado por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, promueve una nutrición adecuada y segura para los lactantes, mediante la protección y promoción de lactancia y asegurando el uso adecuado de los sucedáneos para la leche materna, cuando estos sean necesarios. Uno de los principios elementales del Código es que los establecimientos de salud no deben utilizarse con el propósito de promover sucedáneos de la leche materna, biberones o chupetes. El Código se aplica a los sucedáneos de la leche materna, incluyendo fórmula infantil, otras leches, otros productos lácteos, alimentos y bebidas, incluyendo la alimentación complementaria en biberón, para su uso parcial o total como sustituto de la leche materna, biberones y chupetes. Debido a que se recomienda que la LME debe

extenderse hasta los 6 meses, muchos alimentos o bebidas que se muestran aptos para el bebé en este periodo, son considerados como sustituto de la leche materna, por lo que están incluidos bajo la órbita de aplicación del Código.

IX. MATERIALES Y MÉTODOS

IX. I. Descripción del ámbito de estudio:

Centro de Primera Infancia “La Tortuga Manuelita”

Nuestro ámbito de estudio, es un CPI ubicado en el barrio Cildañez de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Cuenta con una sala de 1 año, dos salas de 2 años, dos de 3 años y dos de 4 años a las concurren diariamente y en total alrededor de 150 niños.

El barrio Cildañez es un barrio ubicado, a su vez, en el barrio Parque Avellaneda. Tiene una superficie 1.024 ha (8 manzanas) y una población de 9.136 personas, agrupadas en 2462 familias. Se emplaza entre la Av. Dellepiane Norte, la Av. Escalada, Echeandía y Mozart, en la zona sur de la CABA.

El objetivo de los CPI es garantizar el crecimiento y desarrollo saludable de los niños de 45 días a 4 años, en situación de vulnerabilidad social, brindando atención integral (controles de salud, estimulación temprana, educación y asistencia nutricional).

El eje principal de trabajo es el de salud. Se brinda a los niños prestación alimentaria (desayuno, almuerzo y merienda), se les realizan controles antropométricos en forma periódica y conforme a su edad, y se organizan actividades de prevención y promoción de la salud, como talleres y

capacitaciones con los niños y sus familias, articulación con los 8 efectores de salud, promoción y seguimiento de controles pediátricos y vacunación obligatoria. Los talleres incluyen diferentes temas como: salud durante el embarazo, salud sexual y reproductiva, paternidad responsable, importancia de la LM, de una adecuada nutrición, entre otros.

El segundo de los ejes de trabajo de los CPI es el abordaje social. Al respecto, se realiza un seguimiento personalizado de cada una de las familias, se interviene ante posibles casos de vulneración de derechos, y se organizan talleres y capacitaciones para niños/as, sus familias y para conformar redes socio-comunitarias.

Finalmente, el tercero de los ejes de trabajo transversal es el de estimulación temprana y formación. En esta línea se desarrollan actividades de estimulación temprana y educación para niños de 45 días a 2 años, y de formación, adquisición de hábitos y psicomotricidad para niños de 3 y 4 años. También se dictan talleres a las familias sobre estimulación temprana, tratamiento e integración social de los niños, prevención de accidentes domésticos, pautas eficaces de crianza, entre otros.

Respecto del recurso humano y según lo consultado en la web oficial del programa CPI, la conformación del equipo de cada institución está integrado por un Director/a, personal de sala (maestros/as y asistentes), un Equipo Técnico

(integrado por trabajador social, psicopedagogo y psicomotricista – estimulador temprano), personal de cocina y de mantenimiento.

IX. II. Tipo de estudio y diseño: Es un estudio descriptivo, observacional, y de corte transversal.

IX. III. Población universo:

Niños y niñas de salas de 1 y 2 años que concurren al CPI “La tortuga Manuelita” del barrio Cildañez, los padres o adultos responsable de los niños y niñas y personal del establecimiento (docentes, preceptores, equipo de salud, entre otros) que concurren en el año 2016.

IX. IV. Unidad de análisis

Niños y niñas de salas de 1 y 2 años del Centro de Primera Infancia “La tortuga Manuelita”, sus padres o adulto responsable y personal del CPI.

IX. V. Criterios de inclusión

- Niños de salas de 1 y 2 años que concurren al CPI “La Tortuga Manuelita” del barrio Cildañez, cuyos padres hayan firmado el consentimiento.
- Ausencia de morbilidad significativa (Síndrome de Down, parálisis cerebral, Síndrome de Turner, acondroplasia, labio leporino).

- Padres, madres/adultos responsables que no presenten enfermedades que no les permitan responder el cuestionario correctamente como parálisis cerebral, enfermedades mentales.

IX. VI. Criterios de exclusión

- Niños de salas de 1 y 2 años, que cumplan con los criterios de inclusión pero no sea posible realizarles las mediciones respectivas para su evaluación antropométrica, debido a que se nieguen a ser pesados y medidos.
- Niños que no concurran al Centro el día en que se realizan las mediciones.
- Niños que hayan debido ser alimentados por sonda al nacer por alguna patología que les impidiera succionar (ej: prematuridad, bajo peso al nacer, enfermedades cardíacas, labio leporino).
- Padres o adultos que cumplan con los criterios de inclusión, pero se nieguen a responder la encuesta.

IX. VII. Muestra

Debido a la naturaleza exploratoria y descriptiva de este trabajo de investigación, y el tiempo limitado disponible para su realización, los datos requeridos para alcanzar los objetivos propuestos fueron recopilados a partir de una muestra por conveniencia, compuesta por 34 niños de las salas 1 y 2 años a los que se les

realizó la evaluación antropométrica, 29 madres o padres que completaron la encuesta y 11 trabajadores del CPI: una psicopedagoga, una psicomotricista, 4 docentes, una auxiliar, 3 administrativos y una cocinera.

IX. VIII. Definición operacional de las variables y categorías de estudio

En la presente sección definiremos ciertos conceptos relacionados con la LM descritos en el Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna y detallados en las recomendaciones oficiales de promoción de la LM (internacionales y nacionales). Abordaremos también otros aspectos tales como percepción, estado nutricional y promoción de lactancia materna que profundizamos en este estudio.

Descripción de categorías de estudio:

- **Percepción:** estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes.
- **Estado nutricional:** Condición de salud de un individuo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la digestión y el metabolismo de los nutrientes contenidos en los alimentos (85).
- **Promoción de lactancia materna:** prácticas de atención para facilitar a madres y niños la información y el apoyo oportunos que ofrecen

perspectivas de aumentar la prevalencia y duración de la LM (86).

IX. IX. Indicadores y diagnósticos antropométricos

Se calculó el índice IMC/Edad expresado de forma estandarizada como puntaje de desvío estándar (puntaje Z) conforme a las normas de la OMS.

Criterios diagnósticos (OMS)

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	VALORES de IMC EN PUNTAJE Z
BAJO PESO	< -2
RIESGO DE BAJO PESO	-2 a -1
PESO NORMAL	-1 a 1
SOBREPESO	1 a 2
OBESIDAD	> a 2

IX. X. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para estudiar las categorías y variables de estudio planteadas, se solicitó a los participantes (adultos responsables y personal del CPI) responder a **encuestas** especialmente diseñadas para cada grupo: encuesta a madres, padres u otro adulto responsable de los niños, encuesta al personal del centro de primera

infancia, anamnesis, guía de observación en el CPI (Anexo XV). Las encuestas dirigidas a los adultos responsables contenían a su vez, el registro de los datos antropométricos del niño bajo estudio.

El tipo de **preguntas** que se utilizaron en las encuestas fueron estructuradas simples, con múltiples respuestas y en menor medida del tipo abiertas.

Registro de datos antropométricos.

Preparación del sujeto: La medición se realizó en las aulas buscando la mayor comodidad posible para los niños. Se les retiraron los zapatos, el abrigo y el delantal en caso que los tuvieran.

Técnicas de mediciones antropométricas: Las mediciones antropométricas realizadas a niños según las normativas del Ministerio de Salud de la Nación son: peso, longitud corporal y estatura. A los fines prácticos, en la presente investigación no se midió estatura y se consideró longitud corporal para todos los niños.

Estos protocolos corresponden a los empleados en el país por el sistema público de salud, son similares a los propuestos por la OMS y dan garantía de comparación internacional. La calidad de los datos de las mediciones se garantizó mediante el uso de instrumentos de medición estandarizados y precisos.

Técnicas de medición:

- **Peso:** Se midió con balanza portátil, un sistema mecánico a palanca con contrapesas con precisión de 100 gramos marca CAM a los niños que pesaban menos de 15 kg y balanza portátil a los niños que superaban ese límite. La medición de peso se realizó con la menor cantidad de ropa posible, según lo autorizado en el consentimiento informado. Los niños permanecieron vestidos y con pañal.
- Para todas las mediciones se descontaron 300g en caso de usar pañal y 200g en caso que no lo utilizara.
- **Longitud corporal:** Se utilizó un pediómetro con una superficie horizontal dura, una escala métrica inextensible, graduada en milímetros, fijada a lo largo de la superficie horizontal; una superficie vertical en ángulo recto con la horizontal, fija en un extremo de la superficie horizontal y de la escala graduada; y una superficie vertical móvil que se desplazaba horizontalmente, manteniendo un ángulo recto con la superficie horizontal y sin “juego” en sentido lateral. Se midió a los niños en posición acostada (boca arriba) sobre una mesa cuidando que el vértice de la cabeza tocara la cabecera vertical fija con el plano de Frankfurt vertical al plano horizontal. El operador sostuvo las piernas juntas y extendidas, con una mano apoyada sobre las rodillas. Con la otra mano sostuvo los pies en

ángulo recto y deslizó el cursor móvil hasta encontrarse firmemente en contacto con los talones. En ese punto se realizó la medición.

IX. XI. Consideraciones éticas

Se solicitó a los padres, madres o adultos responsables que firmen un consentimiento informado en el que fueron notificados acerca del estudio que se estaba llevando a cabo, autorizando la medición de peso y talla en los niños. Allí se detallaron los objetivos de la investigación, garantizar la privacidad de identidad, la metodología y el propósito de la investigación. (Ver “Anexo XV.I Consentimiento informado”).

X. RESULTADOS

En este apartado presentaremos los resultados obtenidos a partir de la valoración antropométrica, las encuestas realizadas a las madres, padres o adultos responsables del niño y personal del CPI y de las observaciones en el CPI.

En primer lugar haremos una breve caracterización de la muestra estudiada y organizada en niños, madres, padres o adultos responsables y personal del CPI; luego presentaremos los resultados obtenidos a partir de la valoración antropométrica en niños, percepción de las madres, padres o adultos responsables acerca del estado nutricional de los niños, y la historia de la LM y AC. Por último presentaremos resultados vinculados a las actividades de promoción de LM en el ámbito del CPI.

X. I. Caracterización de la muestra:

Del total de niños estudiados (n=36 por antropometría, n=26 para percepción y n=31 por encuesta de adulto responsable) se excluyeron dos casos. Uno debido

a presentar bajo peso y el otro fue alimentado por sonda al nacer debido a presentar labio leporino.

Por lo tanto, las muestras finales y analizadas fueron de 34 niños para la evaluación antropométrica y de 29 niños provenientes de la encuesta de madres, padres y adultos responsables. A su vez, de esta última encuesta, 24 niños presentan registro respecto de la percepción del estado nutricional por parte de su adulto cuidador, como también de la evaluación antropométrica. Todos estos registros cuentan con el consentimiento del adulto responsable firmado.

Respecto del personal del CPI, se encuestó a 11 personas, de las cuales la mayoría eran mujeres (n=10;91). Las ocupaciones de las personas encuestadas son: 1 psicopedagoga, 1 psicomotricista, 4 docentes, 1 auxiliar, 3 administrativos y 1 cocinera.

A continuación se presenta de forma esquemática la configuración de las muestras obtenidas en el "trabajo de campo" y las "analizadas", a partir de las cuales se presentan los resultados en este apartado (Tabla. 2)

Tabla N°2: Muestras obtenidas en el "trabajo de campo", y muestras "analizadas"

Muestra analizada	Muestra trabajo de campo	
34	36	Antropometría
24	26	Percepción
29	31	Encuesta adultos responsables

11	11	Personal del CPI
----	----	------------------

Fuente: Elaboración propia

Respecto de las encuestas respondidas por los adultos responsables, el 90% fue respondido por madres.⁶ La edad promedio de los niños fue de 2 años 3 meses, siendo el niño más pequeño de 9 meses, y el más grande de 3 años 2 meses. 17 son de sexo masculino (54%) y 14 femenino (46%). Uno de los niños había nacido en la localidad de Laferrere, mientras que los otros nacieron en CABA. El peso promedio de nacimiento referido por las madres fue de 3,397 kg; 2 niños nacieron con peso por encima de los 4 kg mientras que un niño presentó bajo peso al nacer (1,500 kg).

El promedio de edad de las madres fue de 28 años; el mayor valor registrado fue 42 y el menor 17 años, siendo esta madre la única menor de 18 años. 15 madres son de nacionalidad argentina, 12 con nacionalidad boliviana y 4 de nacionalidad paraguaya; a su vez, 14 de ellas trabajan, mientras que 17 no lo hacen. El promedio registrado de hijos es 1,86.

Los niños evaluados por antropometría fueron 18 varones (56%) y 16 mujeres (44%), cuya edad promedio fue de 2 años y 3 meses.

Aquellos niños a los cuales se les analizó la percepción de sus madres fueron

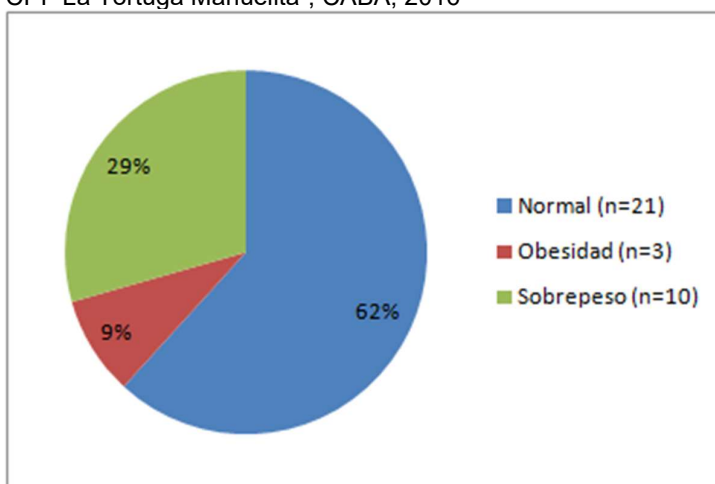
⁶Cuando hagamos referencia a padre, madre o adulto responsable del niño, se utilizará como genérico “madres” para facilitar la lectura.

13 varones (54%) y 11 mujeres (46%) cuya edad promedio fue de 2 años 4 meses

X. II. Antropometría

Como podemos observar en el gráfico N°1, cerca del 40% de los niños presenta malnutrición por exceso. Ninguno de los niños evaluados presentó malnutrición por déficit.

Gráfico N°1: Diagnóstico nutricional por antropometría (IMC/E según OMS) de niños (n=34) del CPI "La Tortuga Manuelita", CABA, 2016



Fuente: Elaboración propia

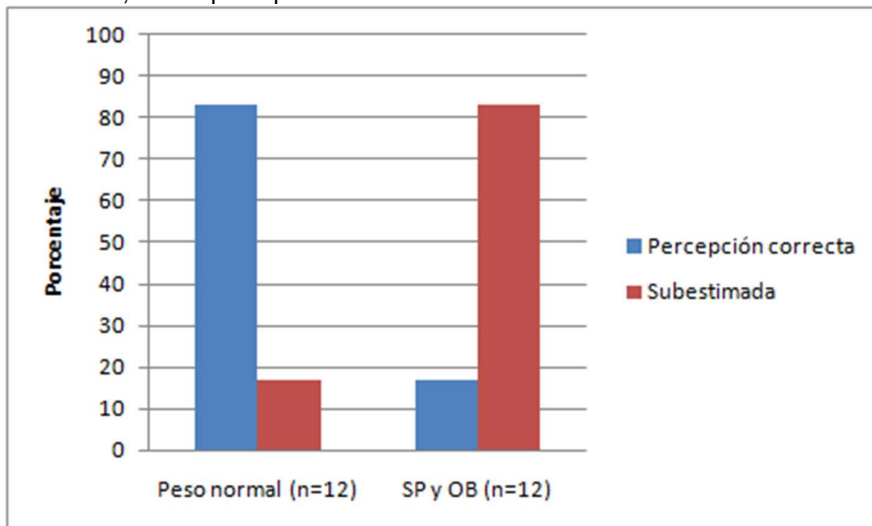
Al analizar el estado nutricional de los niños según sexo, se observa que la población de sexo masculino presenta mayor exceso de peso que la de sexo femenino. De los niños con peso normal, el 62% fue de sexo femenino; mientras que el 70% de los niños con sobrepeso y el 100% de los niños obesos, fue de sexo masculino.

X. III. Percepción del estado nutricional de los niños por parte de sus madres

Se indagó sobre la percepción de las madres respecto del estado nutricional de sus hijos, y se la comparó con la valoración antropométrica realizada en los niños. En total fue posible realizar esta comparación en 24 niños, y se observó que el 50% (n=12) de las madres subestimó su peso. Esta subestimación se acentúa entre las madres cuyos niños fueron diagnosticados con SP y O, ascendiendo al 83%. Sólo 2 madres cuyos hijos tenían obesidad lo detectaron (Ver Gráfico N°2).

En los niños cuyo peso era normal, en 2 casos subestimaron su peso. En ningún caso se sobreestimó el peso de los niños.

Gráfico N°2: Comparación del estado nutricional de los niños (n=24) del CPI "La Tortuga Manuelita", con la percepción materna.

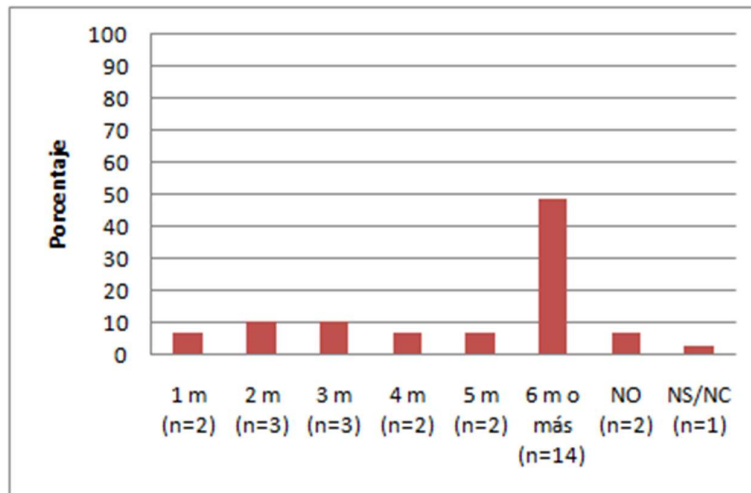


Fuente: Elaboración propia a partir de la “Encuesta dirigida a madres, padres y adultos responsables”

X. IV. Lactancia Materna

Al indagar sobre la edad hasta la cual habían recibido LME, el 48% de los niños no había introducido otro alimento ni bebida antes de los 6 meses, según la referencia de los padres. La edad promedio de LME fue de 4,8 meses (Ver gráfico N°3).

Gráfico N°3: Edad hasta la cual recibieron LME los niños (n=29) del CPI “La Tortuga Manuelita”, CABA,2016



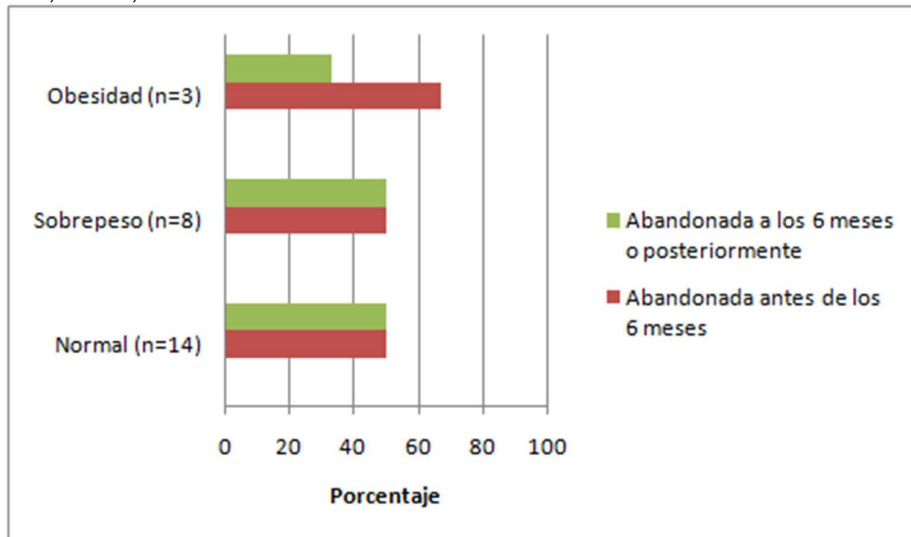
Fuente: Elaboración propia a partir de la “Encuesta dirigida a madres, padres y adultos responsables”

De los 14 niños (48%) que interrumpieron antes de los 6 meses la LME, el principal motivo referido por las madres fue “Notaba que se quedaba con hambre”, mientras que los que lo hicieron a los 6 meses el principal motivo fue

“Me lo indicó el médico”.

Al comparar el estado nutricional de los niños evaluado por valoración antropométrica con la duración de la LME, en términos generales no se observan diferencias. Sin embargo se observa una mayor tendencia al desarrollo de obesidad entre aquellos niños que interrumpen la LME antes de los 6 meses de edad (Ver gráfico N°4).

Gráfico N°4: Estado nutricional según duración de LME de los niños (n=25) del CPI “La Tortuga Manuelita”, CABA, 2016

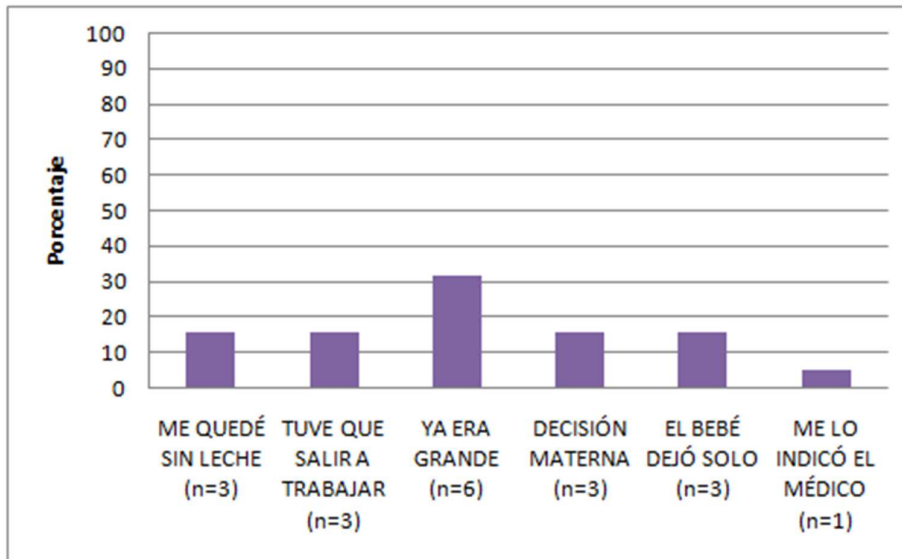


Fuente: Elaboración propia a partir de la “Encuesta dirigida a madres, padres y adultos responsables”

Al momento de la encuesta el 71% de los niños había abandonado la LM y consumía SLM o leche de vaca, mientras que un 29% se alimentaba con leche materna, y ninguno se encontraba con LME. Entre los motivos referidos por las madres respecto del abandono de la LM, el principal fue, que el niño "ya era

grande para seguir amamantando" (ver Gráfico N°5).

Gráfico N°5: Motivos de abandono de la LM referido por las madres (n=19) del CPI "La Tortuga Manuelita", CABA, 2016.



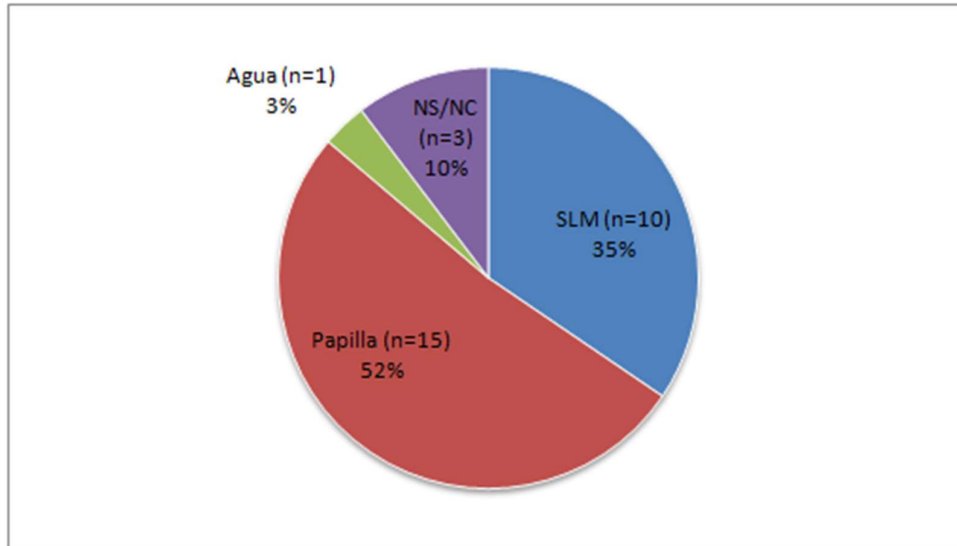
Fuente: Elaboración propia a partir de la "Encuesta dirigida a madres, padres y adultos responsables"

El 100% de los niños había sido amamantado alguna vez, sin embargo no todos ellos iniciaron su alimentación con leche materna, ya que dos niños comenzaron su alimentación con leche de fórmula. De los niños que recibieron LM al nacer el 74% lo hizo durante la primer hora de vida.

X. V. Alimentación complementaria

Según referencia materna, alrededor de la mitad de ellas refiere haber ofrecido papillas como primera preparación distinta a la leche materna, mientras que el 35% eligió SLM (ver Gráfico N°6)

Gráfico N°6: Primer alimento ingerido por los niños (n=29) del CPI “LA Tortuga Manuelita”, CABA, 2016

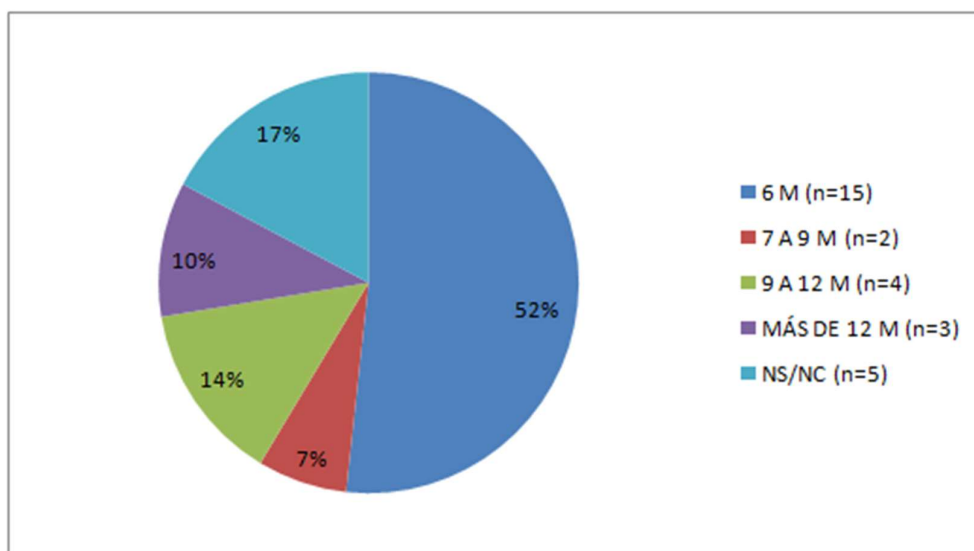


Fuente: Elaboración propia a partir de la “Encuesta dirigida a madres, padres y adultos responsables”

X. VI. Conocimientos y creencias maternas

Al indagar acerca del conocimiento de la madre sobre la recomendación oficial de ofrecer LME durante los primeros 6 meses de vida, el 52% de las madres refiere conocerla, mientras que el 31% considera que la recomendación de la duración de la LME excede los 6 meses de vida, ninguna cree que la recomendación fuera hasta una edad menor a los 6 meses (Ver Gráfico N°7).

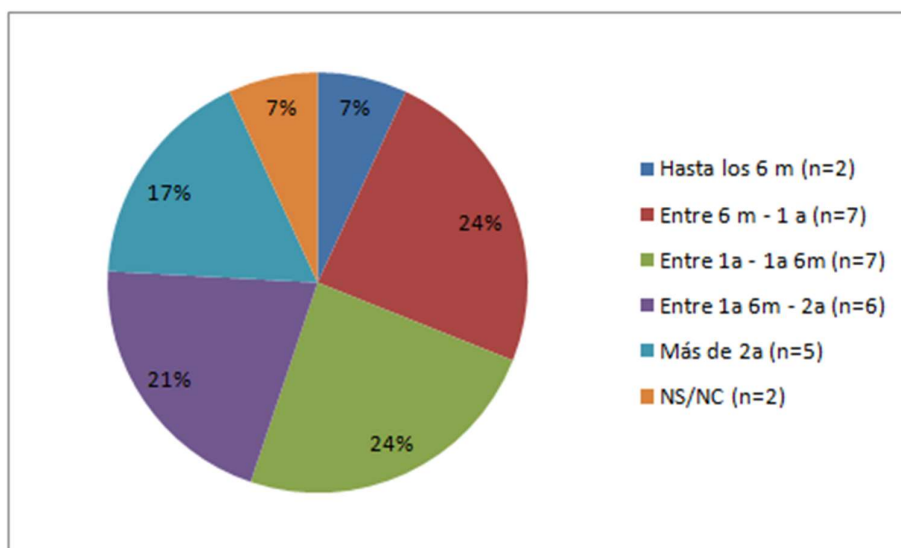
Gráfico N°7: Respuesta de las madres (n=29) del CPI “La Tortuga Manuelita” acerca de la recomendación oficial de LME, CABA, 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de la “Encuesta dirigida a madres, padres y adultos responsables”

El Gráfico N°8 resume las respuestas obtenidas por parte de las madres respecto de la recomendación oficial de la duración de la LM, al respecto sólo un 16% refiere conocer la recomendación de extender la LM hasta los 2 años de edad o más.

Gráfico N°8: Respuesta de las madres (n=29) del CPI “La Tortuga Manuelita” acerca de la recomendación oficial de la duración de LM, CABA, 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de la “Encuesta dirigida a madres, padres y adultos responsables”

Al indagar acerca de su preferencia entre ofrecer a sus hijos LM o SLM, la totalidad de ellas eligió la leche materna. Los argumentos fueron “es más sana”, “ayuda a evitar enfermedades”, “mejora el vínculo con la madre”, y “es lo mejor para el bebé”.

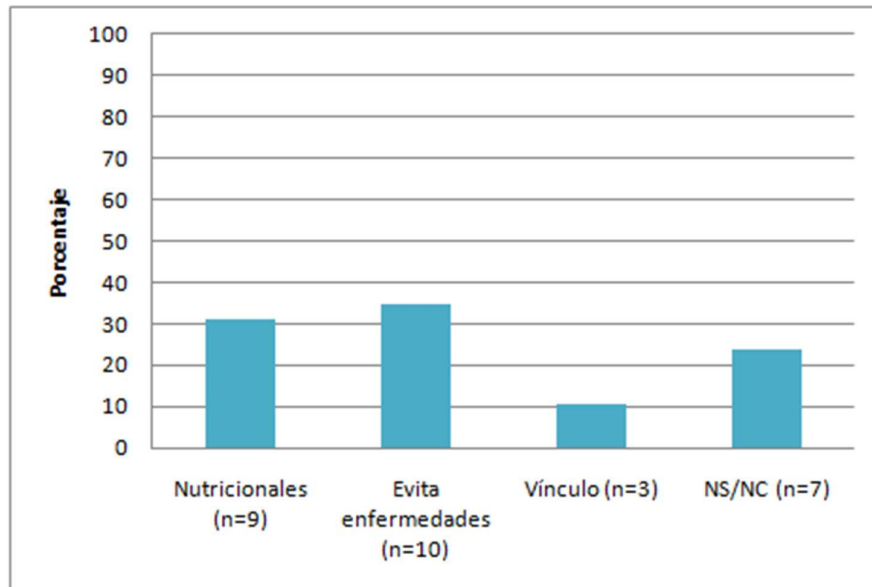
El 74,2% de las madres refiere conocer que la LM previene enfermedades, mientras que el 29% considera que la leche de fórmula también las evita.

El 51% de las madres considera que la LM previene el sobrepeso y la obesidad en los primeros años de vida, mientras que el resto de las madres sostienen que no lo hacía.

Respecto de las ventajas y desventajas que le atribuyen a la LM, la principal ventaja fue la de “evita enfermedades”, seguida de “tiene los nutrientes que el

niño necesita” (Ver Gráfico N°9).

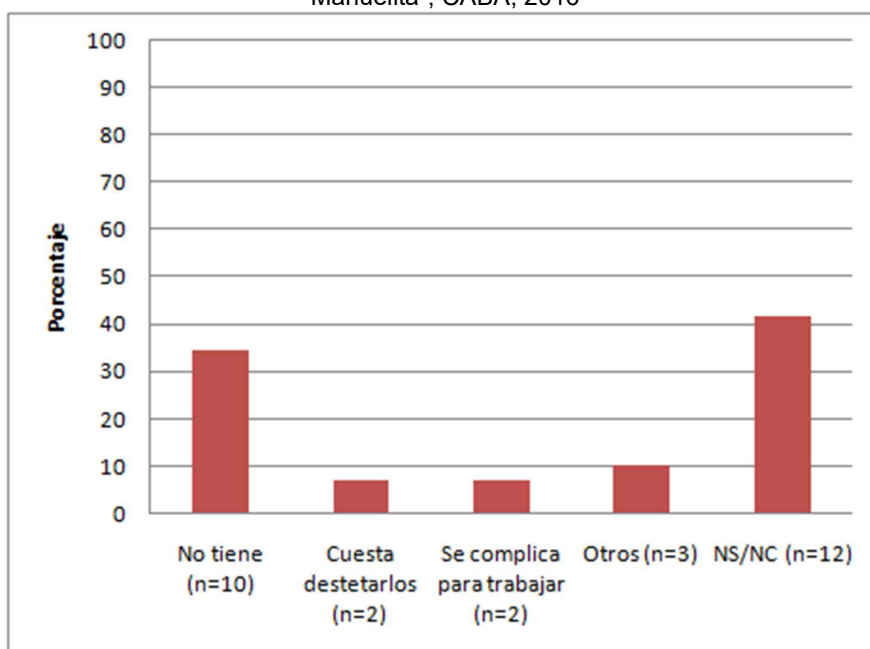
Gráfico N°9: Ventajas de la LM referidas por las madres (n=29) del CPI “La Tortuga Manuelita”,CABA, 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de la “Encuesta dirigida a madres, padres y adultos responsables”

Con respecto a las desventajas, la mayoría de las madres refiere desconocer si la leche materna presenta alguna, mientras que un 35% considera que no tiene ninguna (Ver gráfico N°10).

Gráfico N° 10: Desventajas de la LM según referencia materna (n=29) del CPI “La Tortuga Manuelita”, CABA, 2016



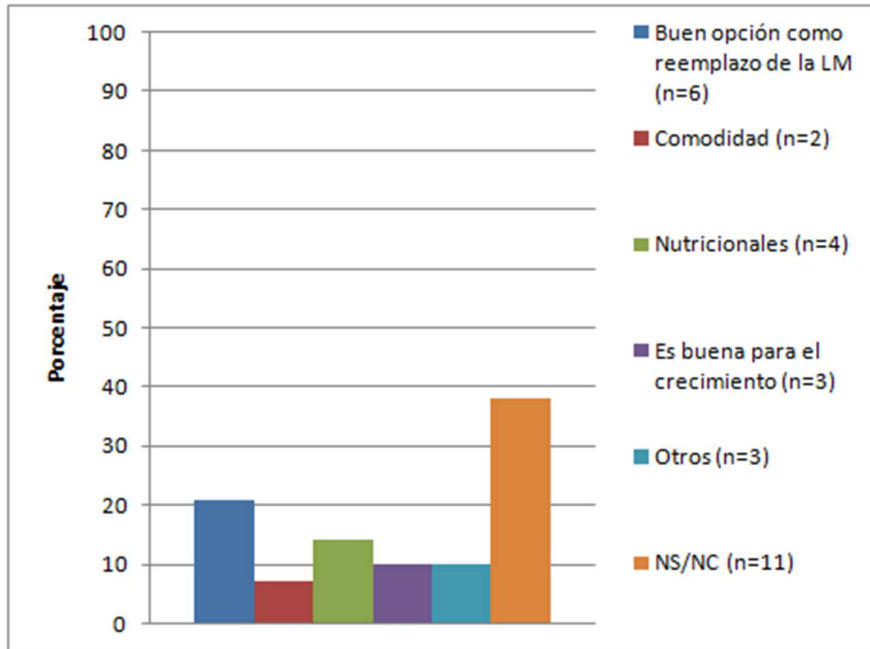
Fuente: Elaboración propia a partir de la “Encuesta dirigida a madres, padres y adultos responsables”

Luego se indagó acerca de las ventajas y desventajas atribuidas a los SLM. El 62% de las madres identificó ventajas respecto de ofrecer SLM a sus niños y el 38% no supo o no quiso contestar. La principal ventaja atribuida fue el utilizarlos como reemplazo de la leche materna en caso de que el niño no pueda amamantar (Ver gráfico N°11).

Al indagar acerca de las desventajas, un 66% de las madres no supo o no quiso contestar, y sólo un 44% pudo atribuirle alguna desventaja, la principal fue que

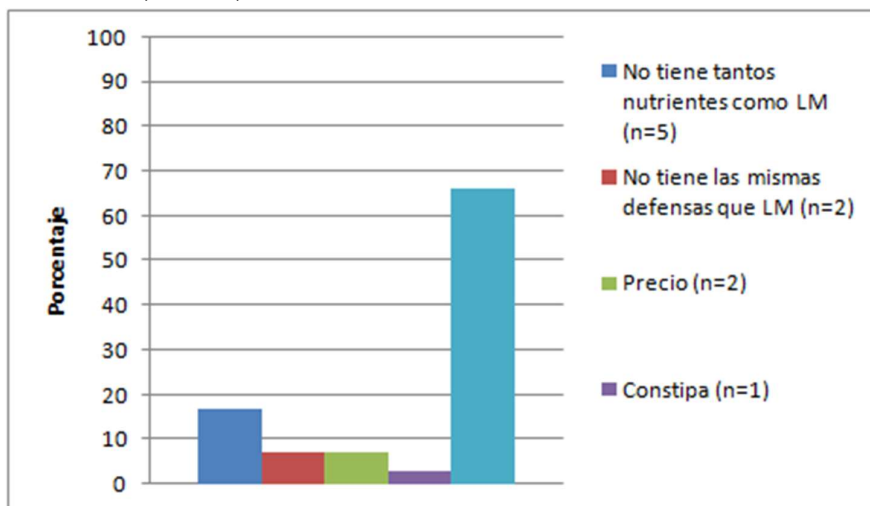
“no tiene los mismos nutrientes que la LM” (Ver Gráfico N°12).

Gráfico N°11: Ventajas de los SLM atribuidas por las madres (n=29) del CPI “La Tortuga Manuelita”, CABA, 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de la “Encuesta dirigida a madres, padres y adultos responsables”

Gráfico N°12: Desventajas de los SLM atribuidas por las madres (n=29) del CPI “La Tortuga Manuelita”, CABA, 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de la “Encuesta dirigida a madres, padres y adultos responsables”

X. VII. Actividades de promoción de LM

Las madres entrevistadas refirieron recibir información sobre nutrición en el CPI a través de charlas, talleres y folletos. Los temas abordados abarcan AC y LM, y son brindadas por la psicomotricista del CPI y por la pediatra del CESAC. Además en la sala de 1 año la psicomotricista realiza charlas sobre destete.

Por su parte, el personal del CPI refiere que el Centro promueve la lactancia a través de charlas, al dejar que las madres amamenten a los niños antes de dejarlos en el centro y al tener una heladera donde las madres pueden guardar la leche materna en caso de querer extraérsela y dejarla para que el niño la

ingiera más tarde. Sin embargo, según nos informaron los docentes del CPI, ninguna madre se extrae la leche y la deja en el centro. Desconocemos si el motivo por el cual no lo realizan es por falta de información acerca de la existencia de una heladera para tal fin o si se debe a otro motivo.

El personal considera que no es necesario ninguna medida adicional para promocionar la LM dentro del CPI.

X. VIII. Observaciones realizadas en el CPI

En el centro no observamos ninguna publicidad de SLM. Tampoco encontramos folletos, carteles que promoción en la LM o indiquen charlas o talleres.

Pudimos observar 2 heladeras destinadas a la conservación de leche materna, una se encontraba en el pasillo a la entrada y la otra en la cocina.

X. IX. Encuesta al personal del CPI

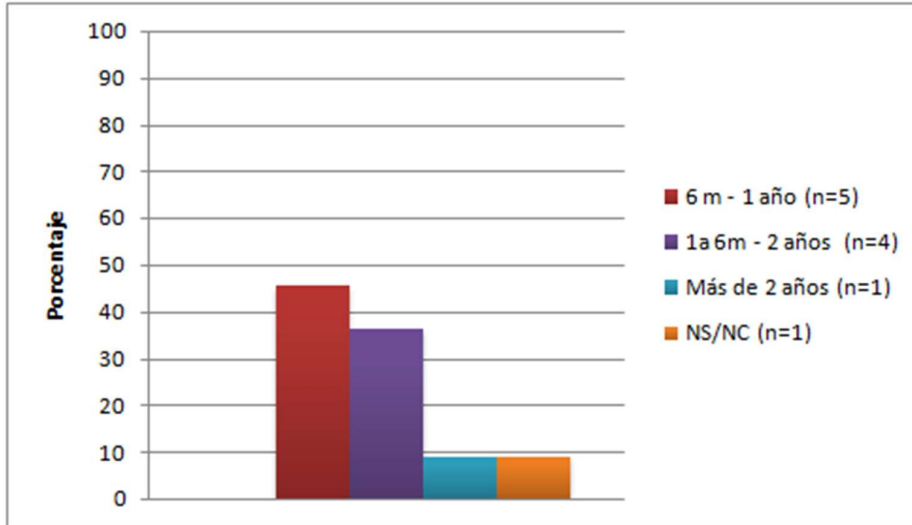
La mayoría de los integrantes del personal del CPI encuestados refiere haber recibido capacitación sobre LM. En todos los casos, esta capacitación fue brindada por la psicomotricista y la pediatra del CESAC N°14.

A pesar de haber recibido capacitación, seis (54,5%) de las 11 personas entrevistadas desconocen que la LM previene el sobrepeso y la obesidad en los primeros años de vida.

Con respecto a la duración de la LM, sólo 1 de los encuestados conoce la

recomendación. El 45,5% (incluida la psicomotricista) cree que la edad recomendada es de 6 meses a 1 año (Ver gráfico N°13).

Gráfico N°13: Respuestas sobre la recomendación de la duración de la LM según personal del CPI (n=11) "La Tortuga Manuelita", CABA, 2016



Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los encuestados no identifica desventajas asociadas a la leche materna, tampoco a los SLM. En este último caso, algunas desventajas mencionadas se asocian a que los sustitutos de la leche materna promueven la constipación en el niño y que "no es natural".

Las ventajas atribuidas a la leche materna se relacionan con los nutrientes que contiene, la prevención de enfermedades, y el contacto madre-hijo. A los sucedáneos le atribuyen ventajas en relación a los nutrientes que contiene, y a su practicidad.

XI. DISCUSIÓN

Las prevalencias de sobrepeso y obesidad observadas en la población son similares a las registradas en otras encuestas realizadas en el país a nivel nacional (10) y CABA (9). Al analizar los resultados obtenidos por encuestas realizadas en el mismo barrio en personas de mayor edad, podemos observar que es una tendencia creciente la malnutrición por exceso (77-78).

Con respecto a la historia de LM referida por las madres, se observa que casi todos los niños recibieron leche materna en algún momento de su niñez. La edad hasta la cual se sostuvo la LME fue superior a la encontrada en las otras encuestas. Mientras que en la población estudiada el 45% de los niños fue alimentado con leche materna de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, otras encuestas indican que sólo el 30% recibió LME hasta esa edad. Teniendo en cuenta las diferencias metodológicas planteadas entre nuestro estudio y las encuestas nacionales y de CABA mencionadas, es posible considerar, que esto podría deberse a que más de la mitad de las madres conoce

la recomendación de LME hasta los 6 meses de edad, dato mayor al encontrado en la encuesta de opinión realizado por la “Liga de la Leche” (78). Otra posible explicación a esta situación es que la mitad de las madres encuestadas es de nacionalidad paraguaya y boliviana, lo cual podría representar una práctica de amamantamiento diferencial desde el punto de vista sociocultural no abordada en el trabajo de investigación realizado. Sin embargo se aprecia un alto desconocimiento y subestimación acerca de la duración de la LM por parte de las madres. Sólo un 16% de las madres conocía la recomendación sobre la duración de LM , valor 4 veces superior al reportado por la encuesta de opinión (78).

Si bien las madres conocen que la leche materna es superior en calidad nutricional a los SLM, y provee beneficios a la hora de prevenir enfermedades, casi el 40% de los niños había ingerido SLM en edades tempranas como primer alimento complementario, desplazando a la leche materna, y lo habían hecho por indicación del médico.

Otro aspecto relevante a destacar es el desconocimiento por parte de las madres y del personal del CPI acerca de los inconvenientes que representa para el niño el consumo de SLM antes del año de edad. Esto plantea la posibilidad de realizar intervenciones y educación alimentaria al respecto.

Debido a limitaciones metodológicas no se pudieron observar diferencias marcadas entre la duración de la LME y los diagnósticos nutricionales obtenidos por antropometría, sin embargo, se encontró una mayor tendencia al desarrollo de O entre aquellos niños que habían interrumpido la LME antes de los 6 meses. Esta leve tendencia observada es posible de ser reforzada a partir de algunos estudios comentados anteriormente en el apartado de antecedentes (22-23).

Al medir la percepción de las madres sobre el estado nutricional de sus hijos, observamos resultados semejantes a los que se pueden observar en otros estudios similares (79-81). En general las madres subestiman el peso de sus hijos, sobre todo si estos tienen SP u O, mientras que en ningún caso el peso fue sobreestimado. Al no ser el SP y la O un problema visible para los adultos responsables de los niños, el abordaje de la patología y la adherencia a un tratamiento se dificulta, ya que son ellos quienes disponen sobre la alimentación de los niños en esta edad. Surge la necesidad entonces de incorporar a las familias en cualquier intervención que se realice para mejorar el estado nutricional de los niños con exceso de peso y evitar la profundización de la patología y las enfermedades asociadas.

Al analizar al CPI como lugar para promocionar la LM, se pudo determinar que se realizan charlas y talleres al respecto.

Las madres de los niños que concurren al CPI están más informadas acerca de

LM que la población observada en otros estudios (75), lo que podría ser atribuido a las actividades llevadas a cabo en dicho establecimiento, y a diferencias metodológicas entre los dos estudios. Sin embargo, la información brindada no siempre se corresponde con las recomendaciones de organismos nacionales (11) ni internacionales (9) (10) en la sala de 1 año se comienza a dar charlas de destete, mientras la recomendaciones de la OMS indican que debería continuar hasta los dos años o más. Esto se acompaña de desconocimiento de las recomendaciones de la OMS sobre LM por parte del personal del CPI, entre ellos las personas que llevan adelante las charlas. Asimismo se desconocen los riesgos (como SP y O o enfermedades infecciosas), que puede ocasionar el consumo de SLM.

XII. CONCLUSIONES

En nuestro trabajo de investigación fue posible conocer el estado nutricional, la historia de LM y AC con énfasis en los SLM, la percepción del estado nutricional de los niños del CPI por parte de sus madres, y observar la presencia de actividades de promoción de la LM en un CPI.

El presente trabajo se desarrolla en el espacio de aplicación de un programa de política pública, formulada sobre la noción de los derechos del niño y se estudian las prácticas relacionadas con la promoción de la LM.

El 39% de los niños evaluados antropométricamente presentó SP y O, un porcentaje alto y preocupante en la población infantil. La percepción del estado nutricional de los niños por parte de sus madres fue subestimada en la mayoría de los casos, siendo el porcentaje mayor en el caso de niños obesos o con sobrepeso, lo que constituye, no solo una enfermedad en sí misma, sino un factor de riesgo para el desarrollo de ECNT en edades futuras. Surge entonces la necesidad de acompañar a las familias mediante la formulación y ejecución de programas alimentarios nutricionales, realizando educación alimentaria,

promocionando las guías alimentarias para la población infantil, la LM, y asesorando a la población acerca de los riesgos y desventajas que implica el consumo de SLM en menores de 1 año.

Una proporción cercana al 50% de los niños había recibido LME hasta los 6 meses, lo cual podría deberse a que la mitad de las madres encuestadas eran bolivianas y paraguayas, y podrían tener hábitos de lactancia distintos a los de la población argentina.

Se encontró una leve tendencia al desarrollo de obesidad en aquellos niños que habían suspendido la LME antes de los 6 meses de edad. Sin embargo, no se estudió la relación entre estado nutricional y SLM, ni duración de LM, por lo que se debería profundizar al respecto con estudios futuros.

En relación a esto también se pueden considerar futuras líneas de investigación, que aporten datos sobre las razones por las cuales se introducen tempranamente SLM, y la influencia que ejercen las publicidades de estos productos en la toma de decisión por parte de los adultos para su uso.

Con respecto a la información que obtuvimos del personal del CPI, institución que promociona la LM y promueve su práctica con espacios y charlas informativas, creemos conveniente dar más información y capacitación al personal sobre LM para que puedan reforzar sus conocimientos, aunque ellos no lo consideren necesario .

XIII. AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a la Escuela de Nutrición de la Universidad de Buenos Aires que nos guió en nuestro camino como profesionales,

A Sonia Naumann y María Eugenia Mirri, por guiarnos, alentarnos en cada una de las etapas y apoyarnos en este camino nuevo y tan importante para nosotras,

Al personal del CPI, por permitirnos trabajar en el establecimiento para que nosotras podamos llevar adelante nuestro trabajo,

A los profesores que nos formaron siempre con pasión por la profesión,

A nuestras familias y amigos que acompañaron cada paso que dimos dentro y fuera de la facultad.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) OMS [Internet]. Obesidad y sobrepeso. Nota N°311. c2016 - [citado el 16 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es>
- (2) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia Naos. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid: Agencia española de Seguridad Alimentaria; 2005. Disponible en: <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos>
- (3) Victoria, C. Los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales. De la concepción a los dos años de vida. Arch. argent. pediatr. 2012; 110 (4). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752012000400007
- (4) CESNI [Internet]. Carmuega, C: Importancia de los primeros 1000 días.c2010 – [citado el 25 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.cesni.org.ar/index.php/la-importancia-de-los-primeros-1000-dias>
- (5) Saavedra JM, Dattilo AM. Factores alimentarios y dietéticos asociados a la obesidad infantil: recomendaciones para su prevención antes de los dos años de vida. Rev. Perú. med. exp. salud pública. 2012; 29 (3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000300014&script=sci_arttext

- (6) Ruben MM, Cabreriso MS, Rolando C, Torassa E, Zagaglia S, Kovalskys I, Molinas J. Frecuencia de obesidad infantil y determinación de los factores asociados. Invenio: *Rev. de invest. académica*. 2014; 12 (31): 191-202. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4776709>
- (7) Chávez Caraza KL, Rodríguez de Ita J, Guzmán Santos J, Segovia Aguirre JG, Altamirano Montealvo, DC, Matías Barrios VM. Altered perception of the nutritional status of preschoolers by their parents: A risk factor for overweight and obesity. *Arch. Argent. Pediatr.* 2016; 114 (3): 237-243. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v114n3/en_v114n3a09.pdf
- (8) Rodríguez Martín A, Novalbos Ruiz JP, Villagran Pérez S, Martínez Nieto JM, Lechuga Campoy JL. La percepción del sobrepeso y la obesidad infantil por parte de los progenitores. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2012; 86 (5): 483-494. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000500003
- (9) OMS [Internet]. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños. c2011 – [citado el 16 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/
- (10) Unicef.Org. [Internet]. Lactancia materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial. c 2011 – [citado el 23 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
- (11) Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. [Internet]. Lactancia

- materna. c2016 – [citado el 16 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/202-5-lactancia-materna>
- (12) Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. [Internet]. ENNyS. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados. c2007 - [citado el 3 de julio de 2016] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000257cnt-a08-ennys-documento-de-resultados-2007.pdf>
- (13) Antún MC, González V, Mirri ME, Naranja K, Pedemonti B, Rossi ML, Yomal A. Consejería nutricional en estaciones saludables. Actualización en Nutrición. 2014; 15 (3) Disponible en: http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol15/num_3/RSAN15377.pdf
- (14) FAO. [Internet]. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. c 2011 - [citado el 2 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-w0073s.pdf>
- (15) OMS. [Internet]. Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil. c2014 – [citado el 5 de julio de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206450/1/9789243510064_spa.pdf?ua=1
- (16) UNICEF-WHO. [Internet] Levels and trends in child malnutrition. c2015 – [citado el 5 de Julio de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2015/en/
- (17) Cesani MF, Luis MA, Torres MF, Castro LE, Quintero FA, Luna MA. Sobrepeso y obesidad en escolares de Brandsen en relación a las condiciones socioambientales de residencia. Arch. argent. pediatr. 2010;

en:http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000400002

- (18) Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud. 1^{era} Edición. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2013.
- (19) Whitaker KL, Jarvis MJ, Beeken R, Boniface D, Wardle J. Comparing maternal and paternal Intergenerational transmission of obesity risk in a large population-based sample. *Am Jour Clin Nutr.* 2010; 91 (6):1560-1567. Disponible en: <http://ajcn.nutrition.org/content/91/6/1560.long>
- (20) Matthew M, Davis M, MD, MAAP, MC Gonagle K, PhD, SchoeniRF, Stafford F. Grandparental and Parental Obesity Influences on Childhood Overweight: Implications for Primary Care Practice. 2008; vol21 no.(6): 549-554. Disponible en: <http://www.jabfm.org/content/21/6/549.long>
- (21) Manios Y, Costarelli V, Kolotourou M, Kondakis K, Tzavara CH, Moschonis G. Prevalence of obesity in preschool Greek children, in relation to parental characteristics and region of residence. *BMC Public Health* 2007; 7 (178). Disponible en: <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-178>
- (22) Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2005;162(5):397-403
- (23) Yan J, Liu L, Zhu Y, Huang G, Wang PP. The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis. *BMC Public Health.* 2014;14:1267. Disponible en:

<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1267>

- (24) Bracho F, Ramos E. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos: ¿Es un factor de riesgo para presentar malnutrición por exceso? *Rev. chil. pediatr.* v.78 n.1 Santiago feb. 2007. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000100003
- (25) Chávez KL, Rodríguez de Ita J, Guzmán JS, Segovia JG, Altamirano Montevalvo DC, Barrios MM. Alteración de la percepción del estado nutricional por parte de padres de preescolares: un factor de riesgo para obesidad y sobrepeso. *Arch Argent Pediatr.* 2016; 114(3):237-242/243
- (26) Mitchell R, Wake M, Canterford L, Williams J. Does maternal concern about children's weight affect children's body size perception at the age of 6.5?—A community-based study. *International Journal of Obesity.* 2008; 32:1001–1007. Disponible en: <http://www.nature.com/ijo/journal/v32/n6/full/ijo200812a.html>
- (27) Maximova K, McGrath JJ, Barnett T, O'Loughlin J, et al. Do you see what I see? Weight status misperception and exposure to obesity among children and adolescents. *Int J Obes (Lond)* 2008;32(6):1008-15. Disponible en: <http://www.nature.com/ijo/journal/v32/n6/full/ijo200815a.html>
- (28) Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, Mullany E, otros. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet.* 2014;384(9945):766-781. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614604608>

- (29) Pedraza DF. Obesity and poverty: conceptual references for its analysis in Latin America. Saúde e Sociedade. Sao Paulo.2009; vol 18, (n°1):103-117. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100011
- (30) Durán P. Transición epidemiológica nutricional o el “efecto mariposa”. Arch. arg. pediatría. 2005; 103 (3).
- (31) Arnaiz MG. [Internet]. La Obesidad como problema social: La idealización sobre su carácter Crónico, Plurifactorial y Epidémico. c2007 – [citado el 7 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.ankulegi.org/wp-content/uploads/2012/03/0205Gracia-Arnaiz.pdf>
- (32) González Rodríguez P, Larrosa Haro A. Desnutrición y Obesidad en Pediatría. 2^{da} Edición. México: Alfil; 2013.
- (33) Swinburn B, Egger G, Raza F. [Internet]. Medioambientes Obesogénicos Prevención de Obesidad. c1999 – [citado el 23 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2013/deporte/presentaciones/kovalskys.pdf>
- (34) Ayala GA, López B I, Muñoz CH. Efecto del contacto materno precoz en el recién nacido a término. Rev. Peditr. Stgo Chile. 1993; 36 (3/4): 127-34. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=138060&indexSearch=ID>
- (35) Villalón H, Álvarez P. Efecto a corto plazo del contacto precoz piel a piel sobre la lactancia materna en recién nacidos de término sanos. Rev. Chil. Pediatr. 1993; 64 (2):124-128. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v64n2/art08.pdf>

- (36) OMS. [Internet]. Inicio temprano de la lactancia materna. Iniciativa Hospital Amigo del niño. c2009 – [citado el 25 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/
- (37) Hernández R, Chaparro E, Díaz C, Martha Carbajal M, Cieza É, Cerpa R. Frecuencia de hepatitis a en niños y adolescentes de cinco ciudades del Perú. Rev. perú. med. exp. salud pública. 2015; 32 (3): 23-38
- (38) Latham M. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Colección FAO: Alimentación y nutrición. c2002 – [citado el 23 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s00.htm>
- (39) Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Guías Alimentarias para la población infantil de la Argentina. c2010 – [citado el 23 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000319cnt-A04-guias-alimentarias-pob-inf-equipos.pdf>
- (40) OMS. [Internet]. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Lactancia materna. c2016 – [citado el 30 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/
- (41) Ruben MM, Cabreriso MS, Rolando C, Torassa E, Zagaglia S, Kovalskys I, Molinas J. Frecuencia de obesidad infantil y determinación de los factores asociados. Invenio: Rev. Inv. Academic. 2014; 5 (31): 191-202. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4776709>
- (42) OMS. [Internet]. Fomento de una alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño. c2016 – [citado el 22 de julio de 2016]. Disponible en:

<http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/es/>

- (43) Worobey J, Lopez MI, Hoffman DJ. Maternal behavior and infant weight gain in the first year. *Jour. Nutr. Educ. Behav.* 2009; 41 (3): 75-100. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1499404608007069>
- (44) Grummer-Strawn LM, Scanlon KS, Fein SB. Infant feeding and feeding transitions during the first year of life. *Pediatrics.* 2008; 122 (2): 88- 105
- (45) Owen C Martin R, Whincup P, Smith G, Cook D. Effect of infant feeding on the risk obesity. *Worl J Pediatr* 2015; 11(2):101-107
- (46) Confalone M, Cesaroni S, Díaz MC, Ismael J. [Internet]. Guías para la realización de guías de práctica clínica en Evaluación de Tecnologías Sanitarias del INC. c2005 – [citado el 3 de agosto de 2016]. Disponibles en: <http://www.msal.gob.ar/imagen/stories/bes/graficos/000000256cnt>
- (47) Winslow CE. The Untilled Fields of Public Health. *Science.* 1920; 51(1306):p 23-33.
- (48) García I. Promoción de la salud: una antología. *Publicación Científica Rev. Esp. Salud Pública.* 1997; 7:317-320. [citado octubre 20 de 2016]. Disponible en: www.scielosp.org/pdf/resp/v71n3/recension.pdf
- (49) Lalonde M. El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. En: OPS. *Promoción de la Salud: una antología.* Washington, D.C.: OPS; 1996. p. 4.
- (50) Leavell HR y Clark EG. Niveles de prevención. *Preventive Medicine for the doctor in his community.* 2.ª ed. Nueva York, Mc Graw Hill, 1958
- (51) PAHO/OMS [Internet] Carta de Ottawa para la Promoción de Salud; c1986. [citado el 20 de Octubre de 2016]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- (52) UNICEF [Internet]. 10 pasos para la lactancia materna eficaz. [citado el

- 20 de Octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/nutrition/breastfeeding.html>
- (53) UNICEF. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. 1990, Florence, Italy. [citado el 20 de Octubre de 2016]. Disponible en: <https://shar.es/1F4fdQ>
- (54) OMS/UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo del Niño. 2009. [citado el 10 de Septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/
- (55) UNICEF. Iniciativa del Hospital Amigo de la Madre y el niño. 1994. [citado el 10 de Septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_LMHospitalAmigo.PDF
- (56) UNICEF, OMS, OPS. Sección I: La Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño: Un capítulo de la estrategia mundial. En: UNICEF, OMS, OPS. Lactancia, Promoción y Apoyo en un Hospital Amigo de la Madre y del Niño. Módulo 3. Argentina. 2014. p. 8-18 [citado el 10 de Septiembre de 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/salud_lactancia_2014.pdf
- (57) UNICEF Argentina Comunicación [Internet]. UNICEF lanza campaña de promoción de la lactancia materna prolongada junto a Natalia Oreiro. [citado el 19 de Septiembre de 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/media_25710.htm
- (58) Ministerio de Salud de la Nación. Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño. Lineamientos para su Implementación. 2012. 4° Edición. [citado el 29 de Septiembre de 2016]. Disponible en: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/A03.pdf>

- (59) OMS [Internet]. Nutrición. Alimentación Complementaria. [citado el 29 de Septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
- (60) OPS. Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado. Washington DC, 2003. [citado el 27 de Septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/a85622/es/
- (61) Unicef. [Internet] Lactancia materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial. [citado el 27 de Septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
- (62) OMS [Internet]. Nutrición. Alimentación Complementaria. [citado el 29 de Septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
- (63) Roviroso A. Semana de la Lactancia Materna 2014. CESNI. [citado el 9 de Septiembre de 2016]. Disponible en: www.cesni.org.ar/wp-content/uploads/2015/02/Semana-Lactancia-2014.jpg
- (64) OMS-UNICEF. Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra; 1981 [citado el 9 de Septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/es/>
- (65) Lathan MC. Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo. FAO. Roma; 2002. [citado el 9 de Septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s00.htm>
- (66) Lipps Birch L. Effects of Peers Models' Food Choices and Eating Behaviors on Preschoolers' Food Preferences. Child Development 1980; 51: 489-96.

- (67) Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de los Andes. Marzo 2015 N° 18 A10. Ed Franco Revista 51 de Estudios Sociales. Disponible en: https://res.uniandes.edu.co/pdf/descargar.php?f=./data/Revista_No_18/10...pdf
- (68) Universidad de Murcia. La Percepción. España. Disponible en: <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
- (69) Sonis A, Lanza AR. Dirección. Política de Salud. En: Sonis A. Atención de la Salud. Buenos Aires, Argentina: Ed. El Ateneo; 1984. p. 35
- (70) Ley 23.849: Convención sobre los Derechos del Niño. Infoleg. 10 de octubre de 1990. [citado el 10 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>
- (71) Ley 26061: Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Infoleg. 21 de octubre de 2005. [citado el 10 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
- (72) Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio Nacional de Desarrollo Social. Programa Primeros Años. Acompañando la Crianza. [citado el 10 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.politicassociales.gov.ar/PrimerosAnios>
- (73) Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación. Programa Primeros Años. Acompañamiento y sostén para la crianza, juntos por los primeros años. Documento técnico. Segunda Etapa. [citado el 10 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_intervencion/

documento tecnico.pdf

- (74) Ministerio de Desarrollo Social. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Estándares de inclusión para los Centros de Desarrollo Infantil. Julio, 2015. [citado el 10 de noviembre de 2016] Disponible en: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/10/Estandares-de-inclusion-COCEDIC-Consejo-federal.pdf>
- (75) Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Red en todo estás vos. Niñez. Centros de Primera Infancia. [citado el 11 de noviembre de 2016] Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/redentodoestasvos/ninez/centros-de-primera-infancia>
- (76) Decreto N° 306/09. Separata del Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires. N°3153/09. Anexo I: Programa Centros de Primera Infancia. [citado el 11 de noviembre de 2016] Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/educacion/lua/archivos/dto_gcba_306_09a.pdf
- (77) Dietz HW. Childhood Weight Affects Adult Morbidity and Mortality. J. Nutr. 1998 Feb 1; 128 (2):411-414. Disponible en: <http://jn.nutrition.org/content/128/2/411S.full.pdf+html>
- (78) Liga de la Leche Argentina. Primera Encuesta de Opinión Pública sobre Lactancia Materna. Mitos y creencias acerca de la lactancia materna en la Argentina. 2015. [citado el 11 de noviembre de 2016] Disponible en: <http://www.ligadelaleche.org.ar/encuesta-sobre-lactancia-materna>
- (79) Programa Nutricional [Internet]. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Ciudad. [citado el 10 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/programasdesalud/plan-integral->

de-enfermedades-cronicas-no-transmisibles/programanutricional

- (80) Programa Nutricional. 7° Encuesta Antropométrica a la población menor de 6 años. Dirección de Programas Centrales (DGRyPS) Ministerio de Salud. Gobiernos de la Ciudad de Buenos Aires. 2013. [citado el 10 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/informe_7a_encuesta_antropometrica_2013_-_final.pdf
- (81) Azzaretti L. Informe Nutrición 2009. Secretaría de Extensión Universitaria y Bienestar Estudiantil. Programa Integral de Acción Comunitaria en Barrios Vulnerables. Universidad de Buenos Aires. Disponible en: http://www.uba.ar/extension/barrios/detalle_novedad.php?id=31
- (82) Azzaretti L, De Oliveira Andrade A, Díaz S, Tello F. Abordaje de la malnutrición infantil en el ámbito escolar a través de una práctica de extensión universitaria. Secretaría de Extensión Universitaria y Bienestar Estudiantil. XI Congreso Iberoamericano de Extensión Universitaria. Nov 2011. Disponible en: <http://www.unl.edu.ar/iberoextension/dvd/archivos/ponencias/mesa1/abordaje-de-la-malnutricion-.pdf>
- (83) Mitchell R, Wake M, Canterford L, Williams J. Does maternal concern about children's weight affect children's body size perception at the age of 6.5? A community-based study. *International Journal of Obesity*. 2008; 32:1001–1007. doi:10.1038/ijo.2008.12 Disponible en: <http://www.nature.com/ijo/journal/v32/n6/full/ijo200812a.html>
- (84) Rodríguez MA, Novalbos Ruiz JP, Villagrán Pérez S, Martínez Nieto JM, Lechuga Campoy JL. La percepción del sobrepeso y la obesidad infantil de los progenitores. *Rev Esp Salud Pública* 2012; 86: 483-494.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n5/03_original1.pdf

- (85) Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2005;162(5):397-403. Disponible en: <http://aje.oxfordjournals.org/content/162/5/397.long>
- (86) Tabares OD, Soler quintana ML, Ramos Rodríguez AO, González Masón L. Aspectos Epidemiológicos relacionados con el tipo de lactancia durante el primer año de vida. *Rev Cubana Med Gen Integ.* 2001 Ago;17(4) p.336-343. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400005
- (87) Gorrita Pérez R. Impacto de la lactancia sobre la morbilidad en el primer año de vida. *Medimay* 2004;10(1). [citado el 6 de noviembre] Disponible en: <http://www.revcmhhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/128>
- (88) WHO. Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante. [Internet]. [citado el 6 de noviembre] Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/
- (89) FAO. Glosario de términos [Internet]. [citado el 6 de noviembre] Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf>
- (90) OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra, 1989. citado el 6 de noviembre] Disponible en: http://web.archive.org/web/20130624043440/http://ihan.es/publicaciones/folletos/Presentaci%C3%B3n_libro.pdf

XV. ANEXOS

XV.I. Consentimiento Informado:

Sr/a. madre y/o padre y/o adulto responsable del niño/a que concurre al Centro de Primera Infancia “La Tortuga Manuelita”, salita de 1 y 2 años, ubicado en el barrio de Cildañez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Solicitamos su voluntaria participación para ser entrevistado/a en el marco del Proyecto de tesis **“Descripción del estado nutricional, lactancia materna y percepción del estado nutricional de niños de 1 y 2 años por parte de los padres o adultos responsables”** realizado en el mes de septiembre de 2016 por las estudiantes Ailen Corredera González, Laura Iermoli, Natalia Mantini y María Marta Latrecchiana; y dirigido por la Prof. Mgter. Sonia Naumann y la Lic. María Eugenia Mirri. El presente trabajo de investigación constituye un proyecto de formación de grado para la finalización de la carrera de Lic. en Nutrición de la Universidad de Buenos Aires.

El objetivo de este estudio es realizar una evaluación nutricional de los niños/as, conocer su historia de lactancia materna y la percepción que tienen los padres y/o cuidadores del estado nutricional de los niños/as.

Para poder realizar el trabajo es necesario registrar determinadas mediciones antropométricas: peso y talla, debiendo ser tomadas con los/las niños/as descalzos y con ropa liviana, durante su jornada escolar en el CPI.

Se realizará una encuesta a la madre, padre o adulto responsable del niño/a para constatar los datos personales, alimentarios y sobre la historia de lactancia materna del niño/niña a su cargo; y al personal del Centro de Primera Infancia. Consideramos relevante realizar este estudio porque puede aportar conocimientos significativos para la etapa de desarrollo y crecimiento del niño/a.

Si usted se rehusara a participar de dicho estudio puede hacerlo sin necesidad de expresar las razones de tal decisión.

Todos los datos personales recolectados en el marco de este estudio serán tratados de forma confidencial, resguardando la privacidad de los participantes, y sólo se utilizarán con el objetivo del estudio mencionado anteriormente.

Desde ya agradecemos su colaboración.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en la fecha/...../ 2016 se me ha

informado sobre el estudio que se está llevando a cabo.

Vínculo con la/el niña/o:

Firma, aclaración y documento (tipo y nro).....

XV.II. ENCUESTA A MADRES, PADRES U OTRO ADULTO RESPONSABLE DE LOS NIÑOS

NÚMERO DE ENCUESTA:.....

FECHA DE ENCUESTA:.....

PERSONA ENTREVISTADA:

A) MADRE.... B) PADRE....C) OTRO ADULTO (ESPECIFICAR).....

DATOS PERSONALES DEL NIÑO O NIÑA

1-NOMBRE Y APELLIDO*:.....

2- NÚMERO DE ORDEN:.....

3- FECHA DE NACIMIENTO: __ / __ / ____

4- EDAD: (MESES CUMPLIDOS):.....

5- SEXO: M - F

6-LUGAR DE NACIMIENTO:.....

7- PESO DE NACIMIENTO (en gramos referido) :.....

8- SEMANA DE GESTACIÓN EN LA QUE NACIÓ EL NIÑO:.....

DATOS PERSONALES DE LA MADRE, PADRE Y/O CUIDADOR DEL LACTANTE.

1- NOMBRE/S y APELLIDO/S*:.....

2- NACIONALIDAD:.....

3- LUGAR DE RESIDENCIA:.....

4-TIEMPO DE RESIDENCIA

5- EDAD (años):.....

6- ¿LA MADRE ES PRIMERIZA? : SI..... NO....

7- EDAD DE SU PRIMER EMBARAZO.....

8- NÚMERO DE HIJOS:.....

9- NIVEL DE EDUCACIÓN MÁXIMO ALCANZADO:

A) PRIMARIO INCOMPLETO

B) PRIMARIO COMPLETO

C) SECUNDARIO INCOMPLETO

- D) SECUNDARIO COMPLETO
- E) Terciario Incompleto
- F) Terciario Completo
- G) Universitario Incompleto
- H) Universitario Completo

I) OTROS:

10-¿TRABAJA ACTUALMENTE?: A) SI B) NO

11-¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?:.....

12-¿ES BENEFICIARIO DE ALGÚN PLAN O AYUDA SOCIAL? SI.... NO....

¿CÚAL/ES?.....

ANAMNESIS

LACTANCIA MATERNA:

1) ¿CUÁL FUE EL PRIMER ALIMENTO QUE RECIBIÓ EL NIÑO AL NACER?

- A) LECHE MATERNA
- B) ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA.
- C) LECHE ARTIFICIAL
- D) OTRAS OPCIONES.

SI RESPONDE LECHE MATERNA CONTINUAR. Si NO RESPONDE LECHE MATERNA PASAR A LA PREGUNTA 2.

1. a) ¿SE PRENDIÓ AL PECHO DURANTE LA PRIMERA HORA DE VIDA? SI...NO...NO SÉ...
 (PASAR A PREGUNTA 3)

2) ¿ALGUNA VEZ AMAMANTÓ? SI... NO... (SI CONTESTA QUE NO, PREGUNTAR POR LOS MOTIVOS MOTIVOS Y PASAR A PREGUNTA 11)

- A) ME QUEDÉ SIN LECHE
- B) EL BEBÉ DEJÓ SOLO
- C) TUVE QUE SALIR A TRABAJAR

- D) ME LO INDICÓ EL MÉDICO
- E) EL BEBÉ NO AUMENTA DE PESO
- F) ME ENFERMÉ
- G) QUEDÉ EMBARAZADA
- H) DECISIÓN MATERNA
- I) EL BEBÉ SE ENFERMÓ
- J) YA ERA GRANDE
- K) OTROS

3) ¿AMAMANTA ACTUALMENTE CON LECHE MATERNA? SI.... NO....

(EN CASO DE RESPONDER SI PASAR A LA 5)

4) ¿POR QUÉ MOTIVO ABANDONÓ LA LACTANCIA MATERNA? (PASAR A LA 6)

- A) ME QUEDÉ SIN LECHE
- B) EL BEBÉ DEJÓ SOLO
- C) TUVE QUE SALIR A TRABAJAR
- D)ME LO INDICÓ EL MÉDICO
- E) EL BEBÉ NO AUMENTABA DE PESO
- F) ME ENFERMÉ
- G) QUEDÉ EMBARAZADA
- H) DECISIÓN MATERNA
- I) EL BEBÉ SE ENFERMÓ
- J) YA ERA GRANDE
- K) OTROS

5) AMAMANTA EXCLUSIVAMENTE CON LECHE MATERNA? NO..... SI..... (PASAR A LA 7)

6) ¿HASTA QUE EDAD AMAMANTÓ **EXCLUSIVAMENTE CON LECHE MATERNA?**

(MESES CUMPLIDOS)

- A) MENOS DE 1 MES
- B) 1 MES
- C) 2 MESES
- D) 3 MESES

- F) 4 MESES
- G) 5 MESES
- H) 6 MESES
- I) 7 MESES
- J) 8 MESES
- K) MÁS DE 8 MESES (*ESPECIFICAR*)

7) ¿HASTA QUE EDAD AMAMANTARÍA O HUBIERA AMAMANTADO SÓLO CON LM A SU HIJO/A?

- A) MENOS DE 1 MES
- B) 1 MES
- C) 2 MESES
- D) 3 MESES
- F) 4 MESES
- G) 5 MESES
- H) 6 MESES
- I) 7 MESES
- J) 8 MESES
- K) 9 MESES
- L) 10 MESES
- M) 11 MESES
- N) 12 MESES
- O) MÁS DE 12 MESES

PASAR A LA 11 SOLO SI ESTA CON LME

8) ¿CUÁL FUE LA EDAD DE INCORPORACIÓN DEL PRIMER ALIMENTO O BEBIDA DIFERENTE A LA LECHE MATERNA? (*INCLUIDA AGUA, FÓRMULAS INFANTILES, MEDICAMENTOS*)

- A) MENOS DE 1 MES
- B) entre 1 A 2 MESES
- C) entre 2 a 3 MESES
- D) entre 3 a 4 MESES
- E) entre 4 a 5 MESES

- F) entre 5 y 6 MESES
- G) a los 6 meses
- H) entre 7 y 8 MESES
- I) MÁS DE 8 MESES (*ESPECIFICAR*)

9) ¿CUÁL FUE ESE PRIMER ALIMENTO O BEBIDA?

- A) FÓRMULAS INFANTILES
- B) MEDICAMENTOS
- C) AGUA
- D) PAPILLAS
- E) OTROS

10) ¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE INTRODUCCIÓN DE ESE ALIMENTO O BEBIDA?

- A) NOTABA QUE SE QUEDABA CON HAMBRE
- B) ERA MÁS CÓMODO DARLE OTRO ALIMENTO QUE AMAMANTARLO
- C) ME LO INDICÓ EL MÉDICO
- D) EL BEBÉ NO AUMENTABA DE PESO
- E) ME ENFERMÉ Y NO PUDE SEGUIR AMAMANTANDO
- F) QUEDÉ EMBARAZADA
- G) ME LO SUGIRIÓ UNA AMIGA/VECINA/PARIENTE
- H) NO LE GUSTABA TOMAR LA TETA
- I) YA ERA GRANDE
- J) OTROS (*Especificar*).....

11) ¿CONOCE CUAL ES LA EDAD RECOMENDADA HASTA LA CUAL DEBE DARLE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A SU HIJO? NO - SI

SI RESPONDE QUE SI:

- A)1 MES
- B)2 MESES
- C)3 MESES
- D)4 MESES
- E)5 MESES
- F)6 MESES
- G)7 A 9 MESES

H) 10 A 12 MESES

I) MÁS DE 1 AÑO

12) ¿CONOCE CUAL ES LA EDAD RECOMENDADA HASTA LA CUAL DEBE DARLE LACTANCIA MATERNA (EXTENDIDA O COMPLEMENTARIA) A SU HIJO/A?

A) HASTA LOS 6 MESES

B) ENTRE LOS 6 MESES Y 1 AÑO

C) ENTRE 1 AÑO Y 1 AÑO Y MEDIO

D) ENTRE 1 AÑO Y MEDIO Y 2 AÑOS

E) MÁS DE 2 AÑOS

13) ¿CONSIDERA QUE LA LECHE MATERNA EVITA ENFERMEDADES? SI... NO...

¿CUÁLES?

A) INFECCIOSAS

B) GRIPALES

C) RESFRÍOS

E) DIARREAS

F) VÓMITOS

G) ALÉRGICAS

H) ANEMIA FERROPÉNICA

I) OTRAS.....

14) EN SU OPINIÓN, LA LACTANCIA MATERNA PREVIENE EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA?

A) SI

B) NO

LACTANCIA ARTIFICIAL:

15) ¿ALGUNA VEZ TE EXTRAJISTE LECHE? SI..... NO.....

16) HASTA LA ACTUALIDAD, ¿HA CONSUMIDO ALGUNA LECHE O FÓRMULA? ¿CUÁL?

17) SI TIENE QUE ELEGIR ENTRE ALIMENTAR CON LECHE MATERNA Y LECHE DE

FÓRMULA, ¿CUÁL OPCIÓN ELEGIRÍA? ¿POR

QUÉ?.....

.....
.....
18) ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES VENTAJAS Y DESVENTAJAS QUE IDENTIFICA?

DESVENTAJAS	VENTAJAS	
		LACTANCIA MATERNA
		SUCEDÁNEOS (OTRAS LECHES)

19) ¿A QUÉ EDAD CREE QUE HAY QUE INCORPORAR ALIMENTOS DISTINTOS A LA LECHE MATERNA COMO LAS PAPILLAS? CÚAL ES LA EDAD RECOMENDADA?

- A) 3 MESES
- B) 4 MESES
- C) 5 MESES
- D) 6 MESES
- E) 7 MESES
- F) 8 MESES
- I) OTROS (ESPECIFIQUE)

20) ¿A QUÉ EDAD CREE QUE DEBE INCORPORAR LA CARNE DE VACA, POLLO O CERDO EN LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO?

- A) ANTES DE LOS 6 MESES
- B) 6 MESES
- C) 7 MESES
- D) 8 MESES
- E) 9 MESES

- F) 10 MESES
- G) 11 MESES
- H) 12 MESES O MÁS

21) EN SU OPINIÓN LA LACTANCIA MATERNA EN RELACIÓN A LA LECHE ARTIFICIAL O LECHE DE FÓRMULA ES....?

- A) MUCHO MÁS SALUDABLE
- B) UN POCO MÁS SALUDABLE
- C) IGUAL DE SALUDABLE
- D) MENOS SALUDABLE
- E) NO SABE/ NO CONTESTA

22) CONSIDERA QUE LA FÓRMULA INFANTIL EVITA ENFERMEDADES?

- A) SI
- B) NO

¿CUÁLES?

- A) INFECCIOSAS
- B) GRIPALES
- C) RESFRÍOS
- E) DIARREAS
- F) VÓMITOS
- G) ALÉRGICAS
- H) ANEMIA FERROPÉNICA
- I) OTRAS

23) ¿CONSIDERA QUE LA LECHE DE FÓRMULA BRINDA DEFENSAS AL NIÑO, DE LA MISMA MANERA QUE LA LECHE MATERNA?

- A) SI
- B) NO

24) EN EL CPI ¿LE DAN ALGÚN CONSEJO O MATERIAL INFORMATIVO CON RESPECTO A LA NUTRICIÓN DE SU HIJO? ¿DE QUÉ TIPO? ¿CON QUÉ FRECUENCIA?

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL DEL NIÑO O NIÑA.

25) EN UNA ESCALA DEL 1 AL 5, DONDE 1 ES MENOS SALUDABLE Y 5 MÁS SALUDABLE, CÓMO CONSIDERA LA SALUD GENERAL DEL NIÑO?

- A)- NADA SALUDABLE
- B)- POCO SALUDABLE
- C)- SALUDABLE
- D)- BASTANTE SALUDABLE
- E)- MUY SALUDABLE

26) CÓMO CALIFICARÍA EL PESO DEL NIÑO?

- A) MUY BAJO PESO
- B) BAJO PESO
- C) PESO NORMAL
- D) ALTO PESO
- E) MUY ALTO PESO

27) CONSIDERA QUE EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO ES:

- A) SALUDABLE/ ADECUADO
- B) NO SALUDABLE/INADECUADO
- C) NO SABE

28) ESTÁ PREOCUPADO POR EL ESTADO NUTRICIONAL DE SU HIJO/A?

- A) SI - B) NO

29) CON RESPECTO AL PESO DEL NIÑO, USTED CONSIDERA QUE TENDRÍA QUE:

- A) BAJAR DE PESO
- B) MANTENER SU PESO
- C) AUMENTAR DE PESO

30) ¿ALGUNA VEZ ALGÚN PROFESIONAL LE HIZO ALGÚN DIAGNÓSTICO SOBRE EL PESO DE SU HIJO?

- A) SI, OB/SP

B) SI, DN

C) NO

31) ¿LE INDICÓ ALGÚN TRATAMIENTO?

A) SI B) NO pase a la pregunta 33

32) ¿REALIZÓ EL TRATAMIENTO QUE LE INDICÓ?

A) SI B) NO

33) CONSIDERA QUE LA ALIMENTACIÓN GENERAL DEL NIÑO ES:

A) INSUFICIENTE

B) SUFICIENTE

C) EXCESIVA

34) ¿HA RECIBIDO ALGUNA INFORMACIÓN SOBRE LM BRINDADA POR EL PERSONAL DEL CPI?

A) SI B) NO fin del cuestionario.

35) ¿LE RESULTÓ ÚTIL?

A) SI

B) NO

36) ¿CÓMO CALIFICARÍA LA INFORMACIÓN BRINDADA POR EL CPI?

A) MUY ÚTIL

B) ÚTIL

C) POCO ÚTIL

ENCUESTA AL PERSONAL DEL CENTRO DE PRIMERA INFANCIA

DATOS PERSONALES:

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD:

SEXO:

OCUPACIÓN Y/O FUNCIÓN EN EL CPI:

ANTIGÜEDAD EN EL CPI:

1- ¿CONSIDERA IMPORTANTE LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA?

A) MUY IMPORTANTE

B) ALGO IMPORTANTE

C) POCO IMPORTANTE

D) NADA IMPORTANTE

E) NS/NC

2- ¿CONSIDERA QUE SU NIVEL DE INFORMACIÓN ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA Y SUS BENEFICIOS ES?:

A) MUY INFORMADO

B) ALGO INFORMADO

C) POCO INFORMADO

D) NADA INFORMADO

E) NS/NC

3-¿CONSIDERA QUE EL CENTRO DE PRIMERA INFANCIA FACILITA LA LACTANCIA MATERNA? SI - NO

¿CÓMO?

.....

.....

...

.....
.....
.....
.....

4- ¿CONSIDERA QUE LA INFORMACIÓN QUE SE BRINDA A LAS MADRES/PADRES/ADULTOS RESPONSABLES EN EL CPI ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA Y LOS BENEFICIOS PARA LA SALUD DEL NIÑO, MADRE Y SOCIEDAD ES?:

- A) MUY SATISFACTORIO
- B) ALGO SATISFACTORIO
- C) POCO SATISFACTORIO
- D) NADA SATISFACTORIO
- F) NS/NC

5- ¿USTED HA RECIBIDO CAPACITACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA?

- a) SI
- b) NO

5.a EN CASO DE HABER RECIBIDO CAPACITACIÓN EN LACTANCIA MATERNA, ¿CUANDO LA HA RECIBIDO?

- A) ESTE MES
- B) EL MES PASADO
- C) ENTRE 2 Y 6 MESES ATRÁS
- D) ENTRE 6 MESES Y 1 AÑO ATRÁS
- E) HACE MÁS DE 1 AÑO

5.b ¿POR PARTE DE QUIEN LA HA RECIBIDO?

.....
.....
.....

6- ¿CONOCE ALGUNA NORMATIVA O DISPOSICIÓN ACERCA DE ALGUNA REGLAMENTACIÓN PARA LM EN LOS CPI?

7-¿RECOMIENDA O ACONSEJA ALGUNA ACCIÓN PARA PODER MEJORAR LA PROMOCIÓN Y PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL CPI?

- A) SI
- B) NO ME PARECE IMPORTANTE
- C) NO ME PARECE NECESARIO
- D) NS/NC

¿Cuál?

.....

8-EN SU OPINIÓN, ¿LA LACTANCIA MATERNA PREVIENE EL SP Y LA OB EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA?

- A) Si
- B) No
- C) NS/NC

9- ¿SABE HASTA QUÉ EDAD SE RECOMIENDA AMAMANTAR EXCLUSIVAMENTE CON LECHE MATERNA?

- A)1 MES
- B)2 MESES
- C)3 MESES
- D)4 MESES
- E)5 MESES
- F)6 MESES
- G)7 a 9 MESES
- H)10 A 12 MESES
- I)MÁS DE 1 AÑO

10- ¿HASTA QUÉ EDAD CONSIDERA QUE DEBERÍA EXTENDERSE LA LACTANCIA MATERNA, JUNTO CON LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA?

- A) HASTA LOS 6 MESES
- B) ENTRE LOS 6 MESES Y 1 AÑO
- C) ENTRE 1 AÑO Y 1 AÑO Y MEDIO
- D) ENTRE 1 AÑO Y MEDIO Y 2 AÑOS

E) MÁS DE 2 AÑOS

11- ¿A QUÉ EDAD CONSIDERA DEBERÍA INCORPORAR CARNE DE VACA, POLLO O CERDO A LA ALIMENTACIÓN?

- A) Antes de los 6 meses
- B) 6 meses
- C) 7 meses
- D) 8 meses
- E) 9 meses
- F) 10 meses
- G) 11 meses
- H) 12 meses o más

12- ¿HAY ALGÚN SECTOR O LACTARIO PARA CONSERVAR LA LECHE EXTRAÍDA POR LAS MADRES?

- A) SI
- B) NO

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSULTAR USO Y EQUIPAMIENTO.

13- SEGÚN SU OPINIÓN NOMBRAR LA PRINCIPAL VENTAJA Y DESVENTAJA

DESVENTAJAS	VENTAJAS	
		LACTANCIA MATERNA
		SUCEDÁNEOS (OTRAS LECHES)

XV.IV. Guía de antropometría

Antropometría

NÚMERO DE ENCUESTA

Nombre y apellido:

Número de orden:

DNI:

Edad:

Sexo:

Talla (m)

Peso (kg):

IMC/E (M2/años y meses cumplidos):

PUNTAJE Z:

Diagnóstico nutricional según IMC:

XV. V. Guía de observación en el CPI

Infraestructura del CPI:

- existencia de espacios para amamantamiento,
- existencia de heladeras para reservar la leche materna o lactario
- lugares para extracción y conservación de leche materna,
- existencia de afiches, pósters, folletería sobre lactancia materna,
- presencia de anuncios publicitarios de sucedáneos de leche materna,
- existencia de sucedáneos.
- existencia de artículos, alimentos u objetos con nombres comerciales de sucedáneos (cuadernos, biromes, delantales, leches, etc)
- existencia de balanzas y tallímetros para realizar las mediciones antropométricas

Funcionamiento del CPI:

- actividades con padres y niños,
- alimentos ofrecidos a los niños,

- anuncios de talleres o charlas sobre lactancia materna.
- charlas informativas sobre sucedáneos de leche materna
- talleres con los adultos responsables de los niños sobre temas relacionados con la percepción que tienen sobre el estado nutricional de los niños y el cuidado nutricional que ellos reciben dentro del CPI.
- Existencia y funcionamiento de la evaluación dentro del cpi