

ARTÍCULOS ORIGINALES

LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LA QUEBRADA DE HUMAHUACA: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA

Breast Feeding and Complementary Feeding in the Quebrada de Humahuaca: a Qualitative Approach

Sonia Naumann¹, Luisa Pinotti¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La alimentación en los primeros años de vida resulta fundamental para asegurar un óptimo crecimiento y desarrollo de los niños. OBJETIVO: Relevar la situación de lactancia materna (LM) y alimentación complementaria (AC) en la población de 0 a 5 años originaria de la Quebrada de Humahuaca (Provincia de Jujuy). MÉTODOS: Diseño mixto cuali-cuantitativo, con observación participante y entrevistas semiestructuradas y abiertas. RESULTADOS: Se observó una duración de LM de un año y medio y más, con una interrupción precoz de la lactancia materna exclusiva (LME) en más de tres cuartas partes de la muestra estudiada. La AC mostró dos modalidades diferentes: una instalada por el acceso de las madres al mercado laboral, compuesta por insumos de origen industrial, como arroz, harina, fideos, golosinas y bebidas azucaradas; y otra caracterizada por insumos no procesados de origen local, como maíz, quinoa, carne de llama, etc. El primer alimento complementario a la LME es la sopa colada y el segundo, las leches de fórmula y en polvo. CONCLUSIONES: La situación podría reflejar una mayor disponibilidad y accesibilidad a alimentos con elevado contenido de azúcares y grasas. Si esto se combina con un estilo de vida sedentario, la población estaría expuesta a enfermedades del síndrome metabólico como obesidad, hipercolesterolemia y diabetes. Se sugiere adecuar las recomendaciones de alimentación infantil a las singularidades culturales y locales, con el objetivo de optimizar la edad de introducción de AC a la LME. También es conveniente adaptar las recomendaciones al equipo de salud local a fin de concientizar sobre los riesgos de los alimentos obesogénicos.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Nutrition in early life is essential for optimal child growth and development. OBJECTIVE: To study the situation of breast feeding (BF) and complementary feeding (CF) in 0- to 5-year-old children from Quebrada de Humahuaca (Province of Jujuy). METHODS: A qualitative-quantitative approach was applied, with participant observation and semistructured and open interviews. RESULTS: The duration of BF was one and a half year or more, with an early interruption of exclusive breast feeding (EBF) in more than three quarters of the sample. Regarding CF, there are two different modes: one installed by the access of mothers to the labor market, comprising industrial inputs such as rice, flour, noodles, sweets and sugared beverages; the second one, based on own local inputs such as maize, quinoa, llama meat, etc. The first complementary food for EBF is strained soup and the second one is formula and powder milk. CONCLUSIONS: The situation may reflect a greater availability and accessibility of food high in sugars and fats. Combined with a sedentary life style, this can lead to diseases of the metabolic syndrome such as obesity, hypercholesterolemia and diabetes. It is convenient to adapt the infant feeding recommendations to local cultural uniqueness, in order to optimize the age of introduction of CF to the EBF. They should also be adapted to the local health team so as to raise awareness about the risks of obesogenic food.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna - Alimentación suplementaria - Población rural - Obesidad - Sobrepeso

KEY WORDS: Breast feeding - Supplementary feeding - Rural population - Obesity - Overweight

¹ Centro de Investigaciones sobre Problemáticas Alimentario-Nutricionales, Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia", Categoría Iniciación en Investigación en Salud Pública. Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 14 de marzo de 2012
FECHA DE ACEPTACIÓN: 30 de agosto de 2012

CORRESPONDENCIA A: Sonia Naumann
Correo electrónico: sonia.naumann@gmail.com

Rev Argent Salud Pública, 2012; 3(12):6-14

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han demostrado las ventajas inmunológicas y nutricionales que presentan la lactancia materna (LM) y una alimentación complementaria (AC) adecuada y oportuna durante los primeros años de vida. Actualmente se subraya la importancia de esa etapa para la salud integral de los niños, ya que en ella se entrelazan los factores de nutrición, cuidado, atención, relaciones familiares y redes de apoyo.¹ La práctica de la LM constituye una estrategia significativa de salud pública, dado que contribuye a lograr un óptimo nivel de desarrollo, nutrición y crecimiento de los niños, protege la salud de las mujeres, permite espaciar los embarazos y promueve la defensa del medio ambiente.^{2,3}

El orden de nacimiento, la edad materna y el peso al nacer son importantes determinantes de la mortalidad infantil.⁴ En Argentina se han realizado trabajos significativos sobre la alimentación en los primeros años de vida, entre ellos la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) del Ministerio de Salud de la Nación,⁵ la Encuesta de Lactancia Materna de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil⁶ y la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadística y Censos.⁷ Tanto la ENNyS como la EPH⁷ proporcionan información valiosa acerca de la situación nutricional de la población de 0 a 5 años en conglomerados urbanos, aunque los resultados no pueden ser extrapolados a las áreas rurales. A su vez, la ENNyS ha tomado como universo de estudio a los niños de 6 a 60 meses de edad, por lo cual la información acerca de la situación de LM resulta insuficiente. Sin embargo, los resultados obtenidos a partir de una muestra conformada por niños de 6 a 23 meses sirven como orientación, ya que el estudio recoge datos de los seis primeros meses de vida a través de la aproximación al indicador de lactancia materna exclusiva (LME) y concluye que durante ese lapso, una vez iniciada la LM, el 31% de los niños no consumió otros alimentos. Dado que no se contempló el registro del consumo de otras leches, el porcentaje de niños con LME podría ser inferior.⁸ Por su parte, la Encuesta de Lactancia Materna de 2007 mostró una prevalencia de LME del 36% al sexto mes de vida, mientras que la de 2010 marcó un descenso y alcanzó el 28%.⁹ De acuerdo con la ENNyS, 16% de los menores de 5 años, 35% de los niños de 6 a 24 meses y 20% de las mujeres en edad fértil presentan anemia en Argentina, con variaciones según la región del país.¹⁰⁻¹²

La anemia por deficiencia de hierro ocasiona diversas alteraciones funcionales en la salud del niño.^{13,14} A los seis meses, los bebés atraviesan un período de alta velocidad de crecimiento con una escasa ingesta de hierro.¹⁵ Varios estudios actuales demuestran que el hierro de la leche humana se absorbe mejor que el de la leche de vaca o de las fórmulas enriquecidas con hierro.¹⁶ La ENNyS también revela que la introducción de los primeros alimentos complementarios se produce a una edad temprana y, en general, es inadecuada. Un estudio descriptivo sobre esta encuesta nacional detalla entre sus conclusiones que en el estado nutricional coexisten condiciones de déficit y exceso, con diferencias significativas según provincia, región y nivel socioeconómico.¹⁷ En promedio, se observa una prevalencia similar de baja talla, sobrepeso y obesidad, que refleja un fenómeno recurrente: los grupos más vulnerables llevan una dieta alta en carbohidratos de absorción rápida, compuesta por alimentos refinados¹⁸ que tienen un bajo costo, son fáciles de transportar y además se obtienen a través de las ayudas gubernamentales.¹⁹

En lo que respecta a las poblaciones rurales originarias, queda mucho por hacer, aunque se han efectuado relevamientos con tobos en la provincia de Buenos Aires (Villa Lapi, Quilmes),^{20,21} mapuches en Río Negro²² y mapuches/tehuelches en Chubut.²³⁻²⁶

A partir de la demanda efectuada por las instituciones locales de salud y los conocimientos directos sobre particularidades culturales en relación con la gestación, la alimentación, el crecimiento y el desarrollo de los niños, se consideró fundamental contar con información válida (actualmente no disponible) acerca de la alimentación en los primeros años de vida y, en especial, en poblaciones rurales originarias como la comunidad de la Quebrada de Humahuaca. La prevalencia de malnutrición (en este caso, con las condiciones de sobrepeso y obesidad observadas en niños y adolescentes de la región) y la singular diferencia entre géneros reafirmaron la necesidad de conocer la situación de LM y AC en la franja de 0 a 5 años inclusive, a fin de orientar acciones de prevención y promoción de la salud al inicio del ciclo vital.^{27,28} En consecuencia, el objetivo de esta investigación fue relevar la situación de lactancia materna (LM) y alimentación complementaria (AC) en la población de 0 a 5 años originaria de la Quebrada de Humahuaca (Provincia de Jujuy).

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, que combinó estrategias cuanti-cualitativas.²⁹ Para mejorar la aproximación a la realidad de las familias y la comprensión de los datos, se priorizó la metodología cualitativa por sobre la cuantitativa. Las técnicas utilizadas incluyeron entrevistas semiestructuradas abiertas, observación participante en el ámbito de los hogares (unidad de análisis: binomio madre-último hijo nacido vivo) y entrevistas semiestructuradas a los efectores locales de salud (unidad de análisis: integrantes del equipo del primer nivel de atención). El trabajo de campo, desarrollado en tres campañas entre octubre y noviembre de 2010, se llevó a cabo en el Área Programática N°16 del Hospital de Maimará, Quebrada de Humahuaca y Puna de la Provincia de Jujuy.

Con la ayuda de los agentes locales, se seleccionaron dos ámbitos de observación: hogares y efectores de salud (el hospital y los puestos sanitarios). Se realizó un muestreo por conveniencia, que incluyó a 30 madres con niños de 0-5 años. En lo que respecta al equipo de salud, se entrevistó a diez integrantes de la Quebrada y la Puna (un jefe del Área Programática, dos médicos, dos enfermeros, cuatro agentes sanitarios y un chofer).

Para la definición y operacionalización de algunas de las siguientes variables, se consultó a la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación:³⁰ edad de la madre en años cumplidos (menos de 20, entre 20 y 34 inclusive, más de 34); edad de la madre con el primer embarazo en años cumplidos (10-14, 15-19, 20-24, más de 25); edad gestacional de la madre con respecto al último hijo (niño pretérmino: menos de 37 semanas de gestación, niño a término: 37-42 semanas de gestación, niño posttérmino: más de 42 semanas de gestación); edad del niño (0 a 5 meses y 29 días, 6 a 11 meses y 29 días, 12 a 23 meses y 29 días, 24 a 60 meses); sexo (masculino o femenino); peso al nacer (muy bajo: < 1499

g; bajo: ≥ 1500 y < 2499 g; normal: ≥ 2500 g); número de orden del último nacido vivo registrado, en relación con todos los nacidos vivos anteriores que ha tenido la madre; lugar de ocurrencia del parto (institucional o no institucional); asistencia alimentaria (se recibe o no se recibe); sistemas de aprovisionamiento de alimentos de los grupos familiares; hábitos vitales; duración de la lactancia materna en meses cumplidos; edad de introducción del primer alimento complementario a la leche materna en meses cumplidos; tipo de alimento complementario a la leche materna; motivo por el cual se introdujo el primer alimento distinto a la leche materna; alimentación complementaria;³¹ consumo de alimentos típicos; opinión de las madres sobre los sistemas locales de salud.

Las entrevistas dirigidas a las madres fueron informales e incluyeron historias alimentarias cualitativas de 24 horas a las 30 encuestadas.³² Se indagó fundamentalmente acerca de la lactancia y los primeros alimentos, así como sobre otros alimentos y preparaciones consumidos por sus hijos menores de 5 años.

Para analizar los resultados, se realizó un registro minucioso de las entrevistas individuales entabladas con las madres y el equipo de salud. Además, después de tener en cuenta las observaciones participantes llevadas a cabo en los ámbitos de hogares y efectores locales de salud, se confeccionaron las correspondientes notas de campo con descripciones detalladas. La elaboración de los registros constituyó una etapa inicial del análisis, que acompañó el desarrollo del trabajo de campo y permitió ajustar los instrumentos y verificar las hipótesis emergentes. La tarea continuó con el procesamiento de las anamnesis alimentarias a las madres y las entrevistas al equipo de salud, que fueron analizadas con la planilla de cálculos Excel.

La metodología consistió en sistematizar y archivar digitalmente los datos obtenidos, y la transcripción de las entrevistas grabadas y las notas tomadas. Luego se seleccionaron los pasajes considerados relevantes según las categorías de interés. Una vez efectuada la búsqueda de conceptos sobre la base de la información obtenida, se definieron los ejes y las interpretaciones acerca de los problemas planteados. A partir de las anamnesis alimentarias, se tomó como dato principal la mención de cada uno de los alimentos y se conformaron grupos en función de la frecuencia de mención. Los datos fueron resumidos en frecuencias absolutas (número de personas que dijo haber consumido ese alimento o preparación el día anterior) y relativas (porcentaje de personas que dijo haber consumido ese alimento o preparación el día anterior, calculado sobre el total de encuestas). Los grupos (leche materna; lácteos y derivados; carnes, huevos y derivados; frutas; verduras; cereales, legumbres y derivados; azúcares y dulces; grasas y aceites; infusiones) se definieron sobre la base de las *Guías Alimentarias para la Población Argentina*,³³ con una adaptación a las particularidades locales y culturales exhibidas en el trabajo de campo. También se recogió información sobre el tipo de preparación consumida, clasificada según el alimento preponderante: con cereales,

con carnes y con verduras.

Se aseguró la participación voluntaria de los encuestados. Se solicitó la autorización por escrito a cada persona interviniente. Se presentó un resumen ejecutivo, el documento completo del proyecto y el nombre del encuestado designado, así como la forma de contacto. La información fue proporcionada sin identificar al encuestado o a la institución donde se desempeña, a fin de mantener la confidencialidad. Esta investigación contó con la aprobación del Comité Provincial de Bioética de Jujuy.

RESULTADOS

La muestra de hogares, representativa de las localidades de Maimará, Volcán, Tumbaya, San Pedrito, Tunalito, Tres Pozos, Pozo Colorado, Colorados y San José de Chañi, estuvo conformada por 30 madres de niños de 0 a 5 años. La muestra de efectores locales de salud quedó constituida por 10 integrantes del equipo del primer nivel de atención.

La muestra incluyó un 63,33% de niñas (19) y un 36,67% de niños (11), con la distribución de edades que presenta la Tabla 1. El 36,7% de las encuestas (11) correspondió al primer hijo del grupo familiar; el 30% (9), al segundo; el 3,3% (1), al tercero; y el restante 30% (9), al cuarto o posterior. La totalidad de los niños estudiados nacieron en establecimientos de salud, y un 10% de ellos lo hizo con bajo peso. En lo que respecta a las madres y su distribución por edades, los datos proporcionados mostraron un 53,33% (16) de entre 20 y 34 años, un 33,33% (10) de más de 34 años y un 13,33% (4) de menos de 20 años.

Un 40% de las mujeres (12) no había terminado la escuela primaria, y el 53,33% (16) manifestó haber quedado embarazada por primera vez entre los 15 y los 19 años. El 83,33% (25) de las madres tenía la edad gestacional (EG) registrada en la libreta sanitaria pediátrica; de ellas, un 16% (4) presentó una EG menor a 37 semanas. De estos niños pretérmino, el 50% (2) registró un bajo peso al nacer. El resto de las madres, es decir, el otro 84% (21) presentó una EG de entre 37 y 42 semanas, correspondiente a un niño a término.

Las actividades laborales de las madres difieren según la zona de residencia, que condiciona la forma de aprovisionamiento de alimentos y define ciertas características de la alimentación de los niños durante los primeros años de vida. Las familias residentes en la Quebrada realizan trabajos

TABLA 1. Distribución etaria de niños.

Edad de los niños	n (%)
0 a 5 meses	1 (3,3)
6 a 11 meses	11 (36,7)
12 a 23 meses	8 (26,7)
24 a 60 meses	10 (33,3)
Total	30 (100,0)

Fuente: Elaboración propia.

formales o informales vinculados al circuito turístico: venta de artesanías en plazas, servicio gastronómico y hotelería. Esta situación se advirtió principalmente en Maimará y Purmamarca, localidades que –junto a Volcán y Tumbaya– mostraron la mayor disponibilidad y accesibilidad de alimentos y productos industrializados del área.

“Los padres pasan muchas horas en las plazas, vendiendo o haciendo cosas para el turismo, y los chicos comen salchichas, hamburguesas (...) Las mujeres, es como que se van olvidando de lo que es la cocina tradicional; si vos hablás con las madres jóvenes, desconocen lo que era la cocina andina. Tal vez eso no se ve tanto en la Puna, pero en la Quebrada prácticamente se ha perdido la costumbre de la cocina sana (...) Hay mucha fritura, muchas, muchas grasas”. (Jefa de Atención Primaria de la Salud [APS] del Hospital de Maimará)

En cambio, las madres residentes en la zona alta, el cerro o la Puna suelen realizar pastoreo de llamas y ganado menor. Allí, últimamente, el acceso a las verduras y las frutas es difícil debido a las condiciones del suelo y al cambio climático, que redujo notablemente el flujo del agua. El tipo de vida que llevan estas madres en el cerro es, en parte, compartido por las que están involucradas en actividades agrícolas en la Quebrada, como se observó en Tunalito y San Pedrito.

“Es más cómodo dar el pecho, porque hay mamás que están trabajando –por ejemplo, las mamás del cerro–, que se van a las ovejas y no los van a llevar. Se van a las 11, 12 de la mañana y vuelven a eso de las 6, 7, 8 de la tarde. Imaginate que no cocinan; cocinan temprano antes de irse, comen algo y llevan algo –supongo yo– para comer en la tarde, pero por eso el bebe se prende más al pecho”. (Jefa de APS del Hospital de Maimará)

De las madres entrevistadas, el 63,33% (19) había amamantado a sus hijos anteriores, y un 53,33% (16) se encontraba dando el pecho. Ante la pregunta de cuál era el primer alimento que habían recibido sus hijos, el 86,67% (26) hizo referencia a la leche materna; el porcentaje restante mencionó la leche en polvo o sucedáneos de la leche materna, argumentando principalmente que “la leche materna no alcanzaba”. Según lo señalado por las madres, la duración de la LM promedió 16,6 meses, mientras que los integrantes de los equipos de salud consignaron una duración aún más prolongada (condicionada por múltiples factores, tales como pautas culturales transmitidas de generación en generación, actividades desarrolladas y entornos de subsistencia).

“¿Sabe por qué le digo así? Porque la gente, ya nos lo decían nuestros abuelos, los chicos que maman hasta los cinco años... seis años... son malos. Rebeldes se ponen (...) No sé por qué les dan tanto tiempo. Que yo sepa, es hasta los dos años o año... año y medio... y no más de eso (...) Yo nunca he dado así. Por ejemplo el chico tiene que hablar... hablar o bien caminar, porque si uno le quita así nomás el pecho sin que hable, ni camine, les cuesta más. Mis antebuelos me lo han enseñado así, ¿ve? Que dé sus pasitos y ya cuando dice ‘papá’, ‘mamá’, ya está bien.

Hay algunos que son como mañeros, cuando les pone uno algo al pecho, se hacen mañeros, más cochinos se hacen pues, más malos.” (Madre y abuela informante, Maimará)

“Porque el niño desea, ¿vivo? (...) Si no se le da, se le revienta la yel [sic] [hígado, para hacer referencia al disgusto infantil (N. del E.)]”. (Madre de un niño de casi tres años, Volcán)

Cabe destacar la interrupción precoz de la LME en el 76,67% de las madres entrevistadas (23), a una edad promedio general de cuatro meses. Dentro de este grupo, los niños recibieron el primer alimento diferente a la leche materna a los 3,2 meses en promedio. Las entrevistas al equipo de salud no sólo mostraron una cierta discrepancia entre los consejos alimentarios impartidos por los agentes sanitarios y las prácticas llevadas a cabo por las madres, sino que también reflejaron la dificultad para abordar esta temática de manera conjunta.

“Nosotros decimos a los seis meses, pero ellas a veces les dan más temprano, a los cuatro meses (...) Ellas les dan muuucha sopa, aunque desde acá se les recomienda hacerles su papillita”. (Agente sanitario de Lipán, Puna)

“Y cuando vos ves qué le dan... en general le incorporan los caldos. Sopita... colada, que es lo mismo que nada, que darle agua, digamos. Hay una cultura de la sopa en esta zona, y en general el chico tiene que comer una sopa no punsuda (sic), como le dicen acá, no consistente, sino una sopa aguada”. (Jefa de APS del Hospital de Maimará)

Las entrevistas realizadas a las madres reflejan la temprana introducción de alimentos, eligiendo siempre como primer alimento la sopa colada. Al respecto comentaba una madre y esposa del encargado del comedor de Lipán, Puna:

–¿Y a qué edad me habías dicho que empezaban... que empiezan a comer?

–Depende...

–Más o menos... lo que ustedes observan.

–Cuatro meses, tres meses como mínimo. Los chiquititos, los gemelitos, ya comen ellos sopita líquida. Yo los vi, por eso le digo.

(...)

–¿Entonces a los tres, cuatro meses ustedes ven que ya empiezan con la sopita?

–Sí.

(Entrevista con madre y esposa del encargado del comedor de Lipán, Puna)

Entre las madres que habían iniciado la alimentación de sus hijos con leche materna (26), el 73,1% (19) manifestó que el primer complemento de la LME fue la sopa, mayormente preparada de forma colada, seguida por preparaciones de mayor densidad calórica y viscosidad provenientes, en su mayoría, de la olla familiar. A la sopa colada le siguieron, en orden de mención, las categorías de leche en polvo y sucedáneos lácteos (15,4%, n=4), mate cocido (7,7%, n=2) y papillas (3,8%, n=1). En la Tabla 2 se presenta el número total de menciones consignadas por las madres de niños de 0 a 5 años, divididas en grupos de alimentos. Se decidió definir un grupo particular para la leche materna

debido a que la práctica de amamantamiento se realizaba fundamentalmente a libre demanda. Para conocer en mayor profundidad las preparaciones, se clasificaron según los ingredientes utilizados: con cereales y derivados, con carnes y huevo o con hortalizas y vegetales feculentos (Tabla 3). Probablemente la sopa también explica la elevada frecuencia de menciones registradas en las entrevistas.

"Verdura en la sopa nomás, a veces un puré, arroz hervido... Pero la sopa sí, doctorita [sic] ... la sopa". (Madre, Purmamarca)

El grupo de azúcares y dulces reunió un elevado número de menciones. Se observó una alta y temprana ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono simples, principalmente con el agregado de azúcar a las mamaderas y mate cocido, así como un importante consumo de jugos artificiales y gaseosas.

Un 63,33% de las madres (19) calificó su relación con el equipo de salud a nivel local como buena o muy buena, mientras que sólo el 23,33% (7) la consideró mala o muy mala, y el 13,33% restante recurrió a la opción "no sabe/no contesta". De acuerdo con los datos consignados, el 83,33% (25) recibió asesoramiento del equipo sanitario sobre lactancia y alimentación infantil, el 10% (3) no lo tuvo y un 6,67% (2) no recordaba el hecho. Un 50% de las madres (15) consultaba a sus propias madres respecto a la alimentación de los hijos, en tanto que la otra mitad prefería acercarse al equipo de salud; dentro de este último grupo, dos de cada tres mujeres recurría al puesto sanitario de su localidad, mientras que un tercio de ellas realizaba la consulta fuera del área programática de Maimará.

Al momento de realizarse las entrevistas, un 53,33% de las madres (16) tenía una huerta para el consumo personal, mientras que el 26,67% (8) contaba con animales tales como llamas y ovejas (en el cerro) o gallinas ponedoras (en la Quebrada). El 86,67% (26) recibía algún tipo de asistencia alimentaria, y el restante 13,33% (4) no la percibía. Estas ayudas percibidas por el grupo familiar y referidas por las

madres, fueron registradas como "menciones", dado que un mismo grupo familiar podía percibir más de una ayuda. Así el total de menciones por las ayudas alimentarias percibidas fue de 50. La ayuda más presente en las familias bajo estudio, entregada en los puestos de salud durante los controles de los niños, fue la leche en polvo fortificada (44%, n=22), seguida por la Asignación Universal por Hijo (26%, n=13), la tarjeta alimentaria (18%, n=9), los comedores comunitarios y escolares (10%, n=5) y la pensión de siete hijos (2%, n=1). El uso de la transferencia de dinero a través de la tarjeta alimentaria reflejó, en cierto modo, las dificultades en materia de costo, disponibilidad y accesibilidad a los alimentos en zonas como la Puna.

DISCUSIÓN

Según las recomendaciones nutricionales impartidas por el equipo de salud, el momento oportuno para introducir la AC era a los seis meses; asimismo, la bibliografía especializada para el período de seis a ocho meses considera adecuada la complementación de una a dos ingestas diarias con una densidad calórica de 0,93 kcal/g.³⁴ Aunque no se dispuso de análisis bioquímicos que confirmaran el valor del alimento más mencionado en este estudio (sopa colada), los testimonios y la observación participante permitieron estimar una densidad calórica inferior a la recomendada. Se trata del alimento reconocido como primer complemento y vinculado con las representaciones sociales de lo liviano, lo adecuado y lo sano para el lactante.^{28,35} Esto coincide con lo registrado por el equipo sanitario local, que señaló que esta práctica podía ser responsable del descenso en la curva de progresión de peso que mostraban los niños al iniciar la AC.

El segundo alimento más mencionado por las madres como complemento a la LME correspondió a leche en polvo y sucedáneos lácteos. Cuatro de las encuestadas dijeron haber iniciado la alimentación de sus hijos a través de esta opción. Durante las últimas dos décadas, al estudiar cómo inciden la leche materna y la alimentación con fórmulas infantiles en el crecimiento, la ganancia de peso, el contenido de grasa y la prevalencia de obesidad, se observó un valor mayor de masa grasa en los niños que consumen productos sucedáneos. Las principales diferencias entre la alimentación con fórmulas o con leche materna incluyeron un mayor aporte energético, una velocidad más rápida de ingesta, un vaciado gástrico más lento y una mayor liberación de insulina.³⁴

Según la ENNyS, un 95,4% de los niños argentinos iniciaban su alimentación mediante LM, con frecuencias similares en las diferentes regiones.⁵ En este estudio y a partir de las entrevistas dirigidas a las madres, se observó una situación similar a la descrita por la encuesta nacional. Por su parte, el presente estudio reveló que más del 75% de las madres entrevistadas habían introducido el primer alimento distinto a la leche materna de manera precoz. Las recomendaciones del equipo de salud con respecto al momento oportuno para complementar la LME resultaron acordes con los lineamientos vigentes y consensuados a

TABLA 2. Grupos de alimentos ingeridos por niños de 0 a 5 años, número de menciones según referencia materna.

Grupo de alimentos	n (%)
1. Verduras	151 (26,40)
2. Azúcares y dulces	118 (20,63)
3. Cereales, legumbres y derivados	93 (16,26)
4. Lácteos y derivados	82 (14,34)
5. Grasas y aceites	37 (6,47)
6. Infusiones	31 (5,42)
7. Carnes, huevos y derivados	23 (4,02)
8. Frutas	21 (3,67)
9. Leche materna	16 (2,80)
Total	572 (100)

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 3. Tipos de preparaciones ingeridas por niños de 0 a 5 años, número de menciones según referencia materna.

Preparaciones con cereales y derivados	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Arroz con salsa de tomate	4	25,00
Anchi*	3	18,75
Arroz blanco	2	12,50
Arroz con pollo	2	12,50
Arroz con salsa boloñesa	1	6,25
Mazamorra	1	6,25
Pizza con tomate y queso	1	6,25
Mote† hervido	1	6,25
Polenta con salsa	1	6,25
Subtotal	16	100
Preparaciones con carnes y huevo	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Empanadas de carne	2	25,0
Huevo frito	2	25,0
Milanesa frita	1	12,5
Bife a la plancha	1	12,5
Arroz y huevo frito	1	12,5
Papa hervida con huevo	1	12,5
Subtotal	8	100,0
Preparaciones con hortalizas y vegetales feculentos	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Sopa		
de verduras	8	12,70
de sémola	7	11,11
de frangollo	7	11,11
de verduras con fideos	6	9,52
de verduras con arroz	4	6,35
de arroz	3	4,76
de fideos	2	3,17
con verduras y carne de vaca	2	3,17
de verduras con trigoillo	1	1,59
de vitina	1	1,59
de frangollo con chalonga (charqui de cordero)	1	1,59
con verduras, sémola y carne de cordero	1	1,59
con verduras, arroz y carne de cordero	2	3,17
Guiso		
de verduras con arroz	4	6,35
de verduras con fideos	2	3,17
de verduras con fideos y carne de cordero	2	3,17
de verduras con arroz y carne de cordero	2	3,17
Vegetales crudos		
Lechuga y tomate	2	3,17
Lechuga	1	1,59
Otros		
Puré de papas	2	3,17
Puré de zapallo	1	1,59
Papa hervida con perejil y aceite	1	1,59
Ñoquis de papa	1	1,59
Subtotal	63	100,00

* Anchi: sémola de maíz amarillo hervida con agua y azúcar, a la que se le agrega, antes de servir, un cuarto litro de zumo de limón fresco por cada litro de agua.

† Mote: maíz seco, generalmente pelado en una cocción hervida con cenizas de plantas o cal, que puede consumirse solo o en preparaciones.

Fuente: Elaboración propia.

nivel nacional^{36,37} e internacional.³⁸ Aunque ambos estudios no son comparables metodológicamente, y se desconocen los puntos muestrales tomados en el marco de la encuesta nacional, se podría afirmar que los testimonios obtenidos *in situ* reflejan un notable sesgo, provocado por prácticas basadas en imaginarios culturales muy arraigados en la población estudiada.²⁷

Con respecto a los primeros alimentos complementarios a la leche materna, un estudio reciente se propuso relevar y comparar la edad de inicio de la AC y los alimentos incorporados con mayor frecuencia en dos grupos poblacionales muy distintos: uno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=76) y otro de la Quebrada de Humahuaca, en el Hospital de Maimará (n=30). Para ello, utilizó encuestas estructuradas dirigidas a madres lactantes.³⁹ Entre los resultados obtenidos en la muestra de Jujuy, se observó que al quinto mes de vida el 26,7% de los niños ya había recibido un alimento distinto a la leche materna. Este hallazgo reflejaría una temprana edad de introducción de alimentos complementarios a la leche materna coincidente con los resultados de la presente investigación. Asimismo, el estudio comparativo registró preparaciones correspondientes a la AC similares a las aquí observadas, provenientes principalmente de la olla familiar, y tomó muestras de alimentos complementarios de consumo frecuente, a partir de las cuales se calculó la densidad calórica.⁴⁰ Entre esas muestras se encontró la sopa de frangollo, preparación que coincidía con lo consignado por las madres entrevistadas en el marco del presente estudio. Sobre la base de los análisis realizados, se constató que la sopa de frangollo tiene una densidad calórica de 0,56 kcal/g y que, si se la ingiere como único alimento en la etapa de seis a ocho meses de edad, resultaría inadecuada debido a su bajo valor energético. En lo que respecta al aporte de minerales para niños de uno a tres años, se estimó que una porción de 150g cubriría el 80% del hierro, el 8% del zinc y el 33% del calcio de las ingestas dietéticas de referencia 1997-2001.^{41,42} El mote, que contribuiría de una manera no convencional al aporte de minerales (calcio, hierro y zinc) en la dieta de los pobladores,⁴³ no fue mencionado como una preparación habitual en la alimentación infantil de la muestra estudiada.

A fin de elaborar un estándar local, el equipo del Centro de Investigaciones sobre Problemáticas Alimentario-Nutricionales (CISPAN) procesó datos antropométricos obtenidos durante las campañas de 2004 a 2009 y correspondientes a niños de 0 a 18 años de edad residentes en el área programática del Hospital de Maimará, quienes practicaban una economía agropecuaria. Se buscó indagar acerca del grado de obesidad en la región según el índice de masa corporal (IMC), con la población de referencia del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias (NCHS) de los Estados Unidos. Los porcentajes de sobrepeso y obesidad en los varones (13,7%, n=544) prácticamente duplicaron a los de las mujeres (7,44%, n=457).⁴⁴ Como dato significativo, surgió un IMC mayor en los varones, que podría indicar un reparto desigual de alimentos en su favor. A su vez, la situación de malnutrición

por exceso en niños de 0 a 5 años, principalmente en la zona de la Quebrada, reflejaría la mayor accesibilidad a alimentos industrializados con elevado contenido de azúcares y grasas, combinada con un estilo de vida cada vez más sedentario.

Si bien la gente del cerro realiza otras actividades cotidianas, estrechamente relacionadas con el aprovisionamiento directo de alimentos (cría de cabras, ovejas y llamas), es probable que los medios masivos de comunicación estén promoviendo un mayor consumo de productos industrializados.

Las principales diferencias observadas entre la alimentación con fórmulas o con leche materna incluyeron un mayor aporte energético, una velocidad más rápida de ingesta, un vaciado gástrico más lento y una mayor liberación de insulina.³⁴ Dado que la insulina es lipogénica, puede propiciar un temprano desarrollo del tejido adiposo, aumentando tanto el número de células como el contenido celular de grasa. La introducción precoz (con una edad inferior a tres meses) de la leche de vaca podría ser un factor desencadenante de la enfermedad en los individuos con cierta predisposición genética. La mayor sensibilidad estaría dada porque en esta etapa no se produce el cierre de la barrera intestinal, lo que permite el paso de antígenos. Durante las primeras semanas de vida, existe un mayor riesgo de desarrollar alergia a la alimentación como consecuencia de la exposición precoz a las proteínas de la leche de vaca. El estado nutricional de hierro en los niños que consumen esa leche se ve afectado por tres factores: el bajo aporte, la presencia de inhibidores de la absorción del hierro y la tendencia a provocar una hemorragia intestinal oculta.³⁴

Este estudio indagó acerca de la situación de LM y AC en los primeros años de vida en la población rural originaria de la Quebrada de Humahuaca. Se observó un promedio de duración de la LM de 16,6 meses, mientras que los integrantes de los equipos de salud refirieron una duración aún más prolongada. Es de resaltar la interrupción precoz de la LME, siendo la sopa el primer complemento de la LME, mayormente preparada de forma colada. Se trata del alimento vinculado con las representaciones sociales de lo liviano, lo adecuado y lo sano para el lactante. Esto coincide con lo registrado por el equipo sanitario local, que señaló que esta práctica podía ser responsable del descenso en la curva de progresión de peso que mostraban los niños al iniciar la AC. A la sopa colada le siguieron, en orden de mención, las categorías de leche en polvo y sucedáneos lácteos, mate cocido y papillas. El grupo de azúcares y dulces reunió un elevado número de menciones, a lo que se suman el sedentarismo y la creciente influencia de las publicidades que promueven el consumo de alimentos industrializados, altos en carbohidratos y grasas. Estos son sólo algunos de los condicionantes que explicarían el aumento del sobrepeso y la obesidad en la población infantil de esta región.⁴⁵ Las entrevistas al equipo de salud no sólo mostraron una cierta discrepancia entre los consejos alimentarios impartidos por los agentes sanitarios y las prácticas llevadas a cabo por las madres, sino que también reflejaron la dificultad para abordar esta temática de manera conjunta.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Este estudio permite: posicionar al equipo de salud local como referente a la hora de buscar asesoramiento en LM y AC; diseñar y difundir materiales y mensajes dirigidos a la comunidad y al equipo de salud, a fin de prevenir la obesidad infantil; adecuar las recomendaciones, incorporando aspectos culturales que podrían explicar el abandono precoz de la LME.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Se recomienda: compartir los resultados observados en este estudio a través de publicaciones científicas y materiales de trabajo; suministrar información sobre las particularidades

socioculturales vinculadas a la alimentación infantil local.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Los datos obtenidos en este estudio pueden resultar de utilidad para: conocer la situación de malnutrición por exceso de los niños en poblaciones rurales originarias de la Quebrada de Humahuaca; identificar características diferenciales –desde el punto de vista nutricional y cultural– de alimentos y preparaciones correspondientes a la AC en dichas poblaciones.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Nirenberg O. Intervenciones en desarrollo infantil. Un marco conceptual orientado a la integralidad. Centro de Apoyo al Desarrollo Local, Cuaderno N° 43; 2006. [Disponible en: http://www.ceadel.org.ar/cuadernos/DesarrInfantil_Intervenciones-43.pdf]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].
- ² The Innocenti Declaration. OMS, UNICEF. [Disponible en: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].
- ³ Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 2005;115(2):496-506.
- ⁴ Puffer R, Serrano C. El peso al nacer, la edad materna y el orden de nacimiento. Tres importantes determinantes de la mortalidad infantil. OPS/OMS, Publicación Científica 724, 1-46; 1975.
- ⁵ Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados 2007. Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: http://msal.gov.ar/html/site/ennys/pdf/documento_resultados_2007_01.pdf] [Último acceso: 17 de agosto de 2012]
- ⁶ Situación de lactancia materna en Argentina 2007. Sociedad Argentina de Pediatría. [Disponible en: <http://www.sap.org.ar/staticfiles/organizacion/subcomisiones/lactancia/LM2007EncuestaNacional.pdf>]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].
- ⁷ Anuario estadístico de la República Argentina. INDEC; 1995.
- ⁸ Calvo E, Aguirre P. Seguridad alimentaria y estado nutricional en una población vulnerable. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2005;103(1).
- ⁹ Situación de lactancia materna en Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación; 2010.
- ¹⁰ Anemia: La desnutrición oculta. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, 2009. Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/html/site/ennys/pdf/anemia-la-desnutricion-oculta.pdf>]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].
- ¹¹ Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento. Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Comité Nacional de Hematología. Sociedad Argentina de Pediatría. *Arch Argent Pediatr*. 2009;107(4):353-361.
- ¹² Sammartino G. Representaciones culturales acerca de la anemia y la suplementación con hierro. *Arch Argent Pediatr*. 2010;108(5):401-408. [Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000500005&lng=es]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].
- ¹³ Walter T, Olivares M, Pizarro F, Muñoz C. Hierro, anemia e infección. En: O'Donnell A, Viteri F, Carmuega E (ed.). Deficiencia de hierro, desnutrición oculta en América Latina. Buenos Aires: Publicación CESNI; 1997.
- ¹⁴ Gillespie S. Major Issues in the Control of Iron Deficiency. The Micronutrient Initiative. UNICEF; 1998.
- ¹⁵ Domellöf M, Dewey KG, Lönnerdal B, Cohen RJ, et al. The Diagnosis Criteria for Iron Deficiency in Infants Should Be Reevaluated. *J Nutr*. 2002;132:3680-3686.
- ¹⁶ La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Extraído y adaptado de Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. Editoras C Shellhorn, V Valdés. UNICEF, Ministerio de Salud de Chile; 1995.
- ¹⁷ Durán P, Mangialavori G, Biglieri A, Kogan L, Abeyá Gilardon E. Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS). *Arch Argent Pediatr*. 2009;107(5):397-404. [Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500005&lng=es]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].
- ¹⁸ O'Donnell A, Grippo B. Obesidad en la niñez y la adolescencia. Buenos Aires: Editorial Científica Interamericana; 2005.
- ¹⁹ Aguirre P. Ricos flacos y gordos pobres. Buenos Aires: Editorial Claves para Todos; 2007.
- ²⁰ Pucciarelli H, Carnese F, Pinotti LV, Guimarey LM. Sexual Dimorphism in School Children of the Villa Lapi Neighborhood (Quilmes, Buenos Aires, Argentina). *American Journal of Physical Anthropology*. 1993;92:165-172.
- ²¹ Guimarey L, Carnese F, Pinotti LV. Crecimiento en escolares de Villa Lapi (Quilmes, Buenos Aires, Argentina). *Arch Lat Nutr*. 1993;43:139-145.
- ²² Pinotti LV, et al. Estándares de crecimiento normal para la población mapuche de Río Negro, N°1. Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; 1993.
- ²³ Pinotti LV, Suárez M. Viejos hábitos alimentarios en la dieta tradicional de tehuelches y mapuches argentinos. *DIAETA*, Revista de la Asociación Argentina de Nutricionistas. 2000;(90):20-35.
- ²⁴ Pinotti L, Álvarez M. A la mesa. Ritos y retos de la alimentación argentina. Buenos Aires: Editorial Grijalbo; 2000.
- ²⁵ Pinotti L. Estándares de crecimiento de la población rural de Chubut. *Inédito*; 2002.
- ²⁶ Pinotti LV (comp.). Aquellos tehuelches de Patagonia Austral. Buenos Aires: Colección Estudios de Salud y Población, Proyecto Editorial; 2004.
- ²⁷ Pinotti LV. Sin embargo existimos. Reproducción biológica y cultural de una comunidad tehuelche. Buenos Aires: Editorial Eudeba; 2001.
- ²⁸ Pinotti LV, Pinto R, Díaz D, Ferrari M, Sammartino G. Interculturalidad, Salud y Cultura. Cuando los alimentos son utilizados como armas de desintegración social

y deterioro de la salud. Primera Jornada Transdisciplinaria sobre el Complejo Salud-Enfermedad. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; 2007.

²⁹ Grimberg M. De conceptos y métodos: relaciones entre epidemiología y antropología. En: Álvarez M (comp.). Antropología y práctica médica. La dimensión sociocultural de la salud-enfermedad. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano. Secretaría de Cultura de la Presidencia de la Nación. Buenos Aires; 1977.

³⁰ Conceptos e indicadores básicos de natalidad. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm#3>]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].

³¹ Alimentación complementaria. OMS. [Disponible en: http://www.who.int/child_adollescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/comp_feeding/es/index.html]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].

³² Menchú-Escobar MT. Método de recordatorio de un día. En: Madrigal-Fritsch H, Martínez-Salgado H (ed.). Manual de encuestas de dietas. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, Perspectivas en Salud Pública; 1996.

³³ Guías Alimentarias para la Población Argentina. Lineamientos Metodológicos y Criterios Técnicos. 1a edición. Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas; 2000.

³⁴ Torresani ME. Efectos adversos en la alimentación infantil. En: Torresani ME. Cuidado nutricional pediátrico, 1a edición, 1a reimpression. Buenos Aires: Editorial Eudeba; 2002.

³⁵ Pinotti LV, Pinto RL, Díaz D. El valor oculto de los alimentos prohibidos por la conquista española. Ponencia: Congreso Latinoamericano de Antropología. Simposio N° 3: Estado del arte y perspectivas de la antropología de la alimentación en América Latina. Rosario; 2005.

³⁶ Guías Alimentarias para la Población Infantil. Consideraciones para los equipos de salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina; 2010.

³⁷ Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. Comité de Nutrición,

Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires; 2001.

³⁸ Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. OPS/OMS. Washington DC; 2003.

³⁹ Grecco CB, Gibson V, Pinotti LV, Ronayne de Ferrer PA. Patrón alimentario de lactantes del noroeste argentino y de la Ciudad de Buenos Aires. Universidad Nacional de Córdoba. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. 2010; volumen 67, suplemento N°2.

⁴⁰ Grecco CB, Gibson V, Sammartino G, Pinotti LV, Ronayne PA. Adecuación de la densidad energética de alimentos complementarios de consumo habitual en dos grupos de lactantes (en prensa).

⁴¹ Grecco C, Zuleta A, Aguirre C, De la Casa L, Pinotti L, Ronayne P. Alimentos tradicionales del noroeste argentino: su composición química. XVII Congreso Argentino de Nutrición. Mar del Plata; 2009.

⁴² RDA (1997-2001). Food and Nutrition Board. Institute of Medicine. National Academy of Science.

⁴³ Pinotti LV, Tessei C, Grecco CV, Ronayne de Ferrer PA. El mote en la Quebrada de Humahuaca, Argentina. Su valor biológico y social. Revista Chilena de Nutrición. 2009;36(Sup. 1).

⁴⁴ Pinotti LV, Díaz Córdoba D, Naumann S, Grecco C, Zuleta A, Aguirre C, et al. Sustitución de patrones alimentarios en la Quebrada de Humahuaca, Jujuy Argentina. Efectos biológicos y sociales en contextos de vulnerabilidad. 1º Simposio de Antropología de la Alimentación: Espacios, memorias, paisajes. XII Congreso de Antropología Social de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español; 2010. [Disponible en: <http://www.antropologiacastillayleon.org/pdfs/posimposios/Antropologia%20de%20la%20alimentacion.pdf>]. [Último acceso: 7 de agosto de 2012].

⁴⁵ Oyhenart E, Dahinten SL, Alba JA, et al. Estado nutricional infante juvenil en seis provincias de Argentina: variación regional. Revista Argentina de Antropología Biológica. 2008;10(1):1-62.