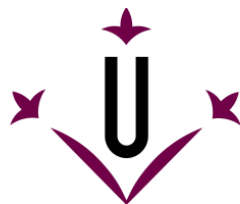


Universidad de Lleida  
Facultad de Medicina  
Grado en Nutrición Humana y Dietética

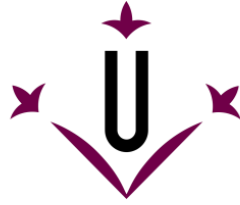


Universitat de Lleida

**RECOMENDACIONES DE LA  
ALIMENTACIÓN EN LA PRIMERA  
INFANCIA: EVALUACIÓN DEL  
SEGUIMIENTO EN LA  
ALIMENTACIÓN DE NIÑOS DE  
GUARDERIAS DE GESTIÓN  
PRIVADA DEL MUNICIPIO DE  
LLEIDA**

Autor: Ester Beltrán Sorolla

Curso 2017/2018



Universitat de Lleida

**RECOMENDACIONES DE LA  
ALIMENTACIÓN EN LA PRIMERA  
INFANCIA: EVALUACIÓN DEL  
SEGUIMIENTO EN LA  
ALIMENTACIÓN DE NIÑOS DE  
GUARDERIAS DE GESTIÓN  
PRIVADA DEL MUNICIPIO DE  
LLEIDA**

Trabajo de Final de Grado presentado por:

Ester Beltrán Sorolla

Tutor: Teresa Hernández Jover

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	4
1. RESUMENES.....	5
1.1 RESUMEN.....	5
1.2 RESUM.....	6
1.3 ABSTRACT.....	7
2. ANTECEDENTES.....	8
2.1 LACTANCIA.....	9
2.1.1 Lactancia materna (LM).....	9
2.1.2 Lactancia artificial (LA).....	9
2.2 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	11
2.2.1 Alimentación a partir de los 6 meses.....	12
2.3 GUARDERÍAS.....	14
3. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	17
4.1 OBJETIVOS GENERALES.....	17
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	18
5.2 MATERIALES.....	18
5.3 MUESTRA.....	18
5.4 RECOGIDA DE DATOS.....	18
5.5 CALENDARIO DE REALIZACIÓN.....	19
5.6 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	20
6. RESULTADOS.....	21
6.1 BLOQUE A: LACTANCIA.....	22
6.2 BLOQUE B: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	24
6.3 BLOQUE C: DIETAS RESTRICTIVAS.....	27
6.4 BLOQUE D: GUARDERÍA.....	28
6.5 BLOQUE E: HÁBITOS ALIMENTARIOS.....	28
7. DISCUSIÓN.....	34
7.1 LACTANCIA.....	34
7.2 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	36
7.3 DIETAS RESTRICTIVAS.....	40
7.4 GUARDERÍAS.....	41
7.5 HÁBITOS ALIMENTARIOS.....	41

8. CONCLUSIONES.....	44
9. BIBLIOGRAFÍA.....	46
10. ANEXOS.....	48

## **AGRADECIMIENTOS**

El presente trabajo fue realizado bajo la supervisión de Teresa Hernández, a quien me gustaría expresar mi agradecimiento por su paciencia, tiempo y dedicación.

Asimismo, agradezco a todos los colaboradores, las guarderías de gestión privada del municipio de Lleida, que voluntariamente han querido participar en este estudio, sin ellas no se hubiera podido llevar a cabo.

Gracias a mis padres porque siempre han creído en mí y desde un principio sabían que iba a conseguir todo lo que me propusiera.

Gracias a mis compañeros de piso por animarme día sí y día también.

Pero, sobre todo, dar gracias a Maria. Ella me ha transmitido parte de los conocimientos necesarios para hacer posible este trabajo. Me ha tendido su mano para cualquier duda y me ha ayudado cuando lo necesitaba.

A todos, muchas gracias.

# **1. RESUMENES**

## **1.1 RESUMEN**

Una correcta alimentación del niño, desde que nace hasta los tres años, contribuye a crear unos buenos hábitos alimentarios, además de actuar como factor protector de ciertas enfermedades.

El objetivo principal de este estudio es conocer el tipo de alimentación que siguen los niños y niñas menores de tres años que acuden a guarderías de gestión privada del municipio de Lleida.

Es un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado mediante la administración de un cuestionario, con un total de 40 preguntas, a las familias de los niños que acuden estos centros.

Los resultados permiten conocer el tipo de alimentación de los niños que asisten a las guarderías de gestión privada del municipio de Lleida.

Como conclusión se obtiene que no se cumplen cada una de las recomendaciones proporcionadas por la guía “Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años)”. La alimentación de los niños que asisten a guarderías de gestión privada es bastante parecida al compararlo con los que asisten a guarderías de gestión pública, aunque en las de gestión privada se siguen mejor ciertas recomendaciones.

Palabras clave: lactancia materna, alimentación complementaria, recomendaciones, guarderías.

## 1.2 RESUM

Una correcta alimentació del nen, des de que neix fins als tres anys, a més de facilitar un bon estat nutricional i un creixement òptim, contribueix a adquirir uns hàbits alimentaris saludables i actuar com a factor protector de certes malalties.

L'objectiu principal d'aquest estudi és conèixer el tipus d'alimentació que segueixen els nens i nenes menors de tres anys que van a llars d'infants de gestió privada del municipi de Lleida.

És un estudi observacional, descriptiu i transversal realitzat mitjançant l'administració d'un qüestionari, amb un total de 40 preguntes, a les famílies dels nens que van a aquests centres.

Els resultats permeten conèixer el tipus d'alimentació dels nens que assisteixen a les escoles bressol de gestió privada del municipi de Lleida.

Com a conclusió s'obté que no es compleixen cadascuna de les recomanacions proporcionades per la guia "Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años)". L'alimentació dels nens que assisteixen a llars d'infants de gestió privada és bastant semblant al comparar-lo amb els que assisteixen a guarderies de gestió pública, encara que en les de gestió privada es segueixen millor certes recomanacions.

Paraules clau: lactància materna, alimentació complementària, recomanacions, llar d'infants.

### **1.3 ABSTRACT**

A correct feeding of the child, from birth to three years, helps to create good eating habits, in addition to acting as a protective factor for certain diseases.

The main objective of this study is to know the type of feeding of those children under three years of age who go to private management nurseries in the city of Lleida.

It is an observational, descriptive and cross-sectional study conducted by administering a questionnaire, with a total of 40 questions, to the families of the children who attend these centers.

The results allow to know the type of feeding of the children who attend the nurseries of private management of the city of Lleida.

As a conclusion, it is obtained that each of the recommendations provided by the guide "Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años)" have not been achieved. The feeding of children who attend privately managed nurseries is quite similar when compared to those who attend public nurseries; although in private management certain recommendations are followed better.

Key words: breastfeeding, complementary feeding, recommendations, nurseries.



## **2. ANTECEDENTES**

La alimentación influye de una manera decisiva en el proceso de desarrollo de los niños y niñas. La importancia de una alimentación sana y equilibrada está justificada tanto desde el punto de vista de la salud como desde la prevención de enfermedades.

Por ello debemos concienciar a las familias de la necesidad de alimentar correctamente a los niños para que el proceso de desarrollo y crecimiento se produzca de manera satisfactoria.

La niñez es la etapa de la vida donde más cambios se producen. Estos cambios tienen que ver con el crecimiento tanto físico como intelectual de los niños, en ello radica la importancia de la alimentación infantil (1).

El niño, desde que nace hasta que tiene 3 años, aprende a mamar, masticar, manipular alimentos además de descubrir nuevos olores, gustos, texturas... con la finalidad de que se incorpore, poco a poco, a la alimentación familiar. La educación de la conducta alimentaria en esta franja de edad tiene el objetivo de conseguir un buen estado nutricional y un correcto aprendizaje de los hábitos alimentarios saludables.

Los padres han de tener claro que son ellos los responsables de adquirir los alimentos que consumirá el niño y decidir cuándo, cómo y dónde se comerán pero son los niños quien deciden si quieren o no comer y que cantidad, ya que, como los adultos, son capaces de regular su ingesta (2).

El momento de la comida ha de ser un espacio de contacto, de relación y afecto. No se puede olvidar que su ritmo es más lento por lo que para que se genere una buena relación entorno de las comidas, la paciencia y el tiempo que se dedican son imprescindibles.

## 2.1 LACTANCIA

### 2.1.1 Lactancia materna (LM)

La leche humana (LH) no es una simple colección de nutrientes sino un producto vivo de gran complejidad biológica, activamente protectora e inmunomoduladora que estimula el desarrollo adecuado del lactante.

El lactante recibe una leche compuesta fundamentalmente por componentes hidrosolubles y liposolubles (3). De esta forma, a lo largo de una toma completa, el lactante recibe un producto dinámico, variable, con características distintas y ajustadas al momento específico en que se encuentra (Figura 2).

Múltiples investigaciones demuestran los beneficios de la lactancia materna, entre los que se encuentran:

- 1) Desarrollo de la microbiota.
- 2) Disminución de las complicaciones infecciosas y diarreas.
- 3) Mayor desarrollo intelectual y motor.
- 4) Protección frente a determinadas enfermedades crónicas en la vida adulta (alergias, obesidad, diabetes...) (4).

La leche materna se administrará de forma exclusiva desde los 0 a los 4-6 meses de vida ya que el lactante solo es capaz de succionar y deglutir, además de no tener la capacidad de digerir ciertas proteínas (5).

La OMS/UNICEF ha publicado unas recomendaciones para las maternidades con el fin de aumentar las posibilidades de una lactancia materna con éxito. En síntesis, la lactancia materna ha de ser: precoz, exclusiva y a libre demanda (6).

No hay contraindicación a la lactancia materna, salvo casos de madres con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), con el virus linfotrópico VHTL1, tuberculosis, drogadicción, cáncer...o lactantes con galactosemia o fenilcetonuria.

### 2.1.2 Lactancia artificial (LA)

La lactancia materna exclusiva (LME) debe considerarse la referencia o “patrón de oro” de la alimentación del lactante y del niño pequeño. El lactante no amamantado deja de obtener numerosos beneficios existiendo evidencia suficiente para afirmar que estos lactantes están expuestos a un mayor riesgo de morbimortalidad:

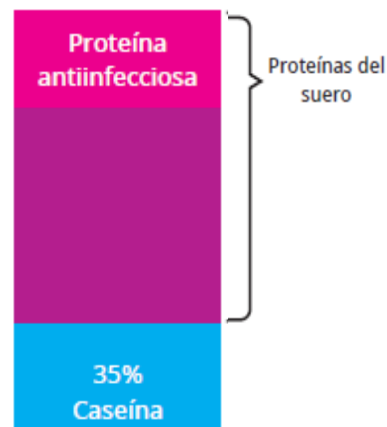


Figura 2. Composición de la leche humana (6).

## 1. Riesgos a corto plazo

- a) **Peor adaptación gastrointestinal:** La alimentación con sucedáneos provoca un tránsito intestinal más lento, 3 horas para el vaciado gástrico frente a 1 hora en los niños que toman leche materna. La ausencia de hormonas en los sucedáneos (insulina, hormona de crecimiento...) retrasa la maduración del epitelio intestinal y el cierre de las uniones intercelulares favoreciendo el paso de antígenos y bacterias a la circulación sistémica los primeros días de vida, hecho que hace que sean más susceptibles a las intolerancias alimenticias.
- b) **Aumento en la incidencia y duración de procesos infecciosos:** El lactante no dispone de factores que estimulen su inmunidad y que ejerzan un efecto barrera frente a agentes infecciosos o potencialmente nocivos.
- c) **Aumento en la incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante.**
- d) **Aumento de la mortalidad postneonatal.**

## 2. Riesgos a medio y largo plazo

- a) **Dificultades digestivas o de alimentación:** el sabor del sucedáneo no se modifica, sin embargo, la leche materna traslada los aromas y sabores de la dieta materna al lactante amamantado. Por ello la administración de sucedáneos puede dificultar la adaptación a la alimentación complementaria.
- b) **Peor desarrollo neurológico:** Disminución de la cantidad de ácido salicílico y docosahexaenoico en la sustancia gris y en la sustancia blanca cerebelosa. Menor maduración al año de vida y retraso en la adquisición de los valores adultos de conducción nerviosa central y periférica. Peor desarrollo psicomotor, neurovisual y de la maduración del tronco cerebral.
- c) **Obesidad:** Incremento en un 20% en el riesgo de sobrepeso y un 25% en el de obesidad.
- d) **Cáncer:** Incremento de un 9% para leucemia linfoblástica aguda, 24% para linfoma de Hodgkin, y 41% para neuroblastoma.
- e) **Enfermedades autoinmunes** (enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca...).
- f) **Diabetes Mellitus tipo I y II (7).**

## 2.2 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

El grupo de expertos convocados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, denominó Alimentación Complementaria (AC) al proceso que se inicia con la introducción gradual y paulatina de alimentos diferentes a la leche materna, para satisfacer las necesidades nutrimentales del niño y no necesariamente para destetarlo, hasta integrarlo a la dieta de su familia (8).

Por sus numerosos beneficios a la salud de los niños, se cree que la lactancia materna exclusiva es el alimento óptimo para el niño durante los primeros seis meses de vida; considerándose también que la exclusividad por mayor tiempo ya no satisface los requerimientos nutrimentales del niño, siendo ésta la razón principal para introducir después de este periodo, alimentos diferentes a la leche materna.

Entre los objetivos que persigue la AC, destacan:

- ✓ Prevenir las deficiencias de energía y de proteínas debidas a una disociación entre la disponibilidad de estos nutrimentos en la leche materna y los requerimientos del niño en función de su crecimiento.
- ✓ Prevenir la deficiencia de nutrimentos con énfasis en el hierro y zinc.
- ✓ Fomentar el gusto por los distintos sabores y texturas de los alimentos.
- ✓ Fomentar hábitos alimentarios correctos, que serán la base de los futuros patrones de alimentación.
- ✓ Desarrollar habilidades que permitan una transición fluida entre la dependencia total del niño con los padres para alimentarse, a la alimentación por sí mismo.
- ✓ Fomentar la capacidad innata del niño para autorregular la cantidad de alimentos que consume (9).

Además, a la hora de elaborar las comidas se ha de tener en cuenta aspectos importantes de seguridad e higiene. En el caso de los niños, constituye un grupo de población especialmente sensible porque, por un lado, su sistema inmunitario es inmaduro y, por tanto, menos capaz de combatir cualquier infección o intoxicación causada por alimentos alterados, y, por otro lado, su peso es inferior al de un adulto por lo que pequeñas cantidades de un producto alterado son suficientes para causar trastornos importantes en su estado de salud (2).

## **2.2.1 Alimentación a partir de los 6 meses**

### ➤ **De los 6 meses al año**

A partir de los 6 meses de edad se produce uno de los cambios principales en la alimentación del bebé. Es entonces cuando se debe empezar a ofrecer al niño otro tipo de alimentos, además de la leche. Es lo que se conoce como el inicio de la alimentación complementaria.

Los nuevos alimentos que se vayan incorporando a la dieta del bebé deben ofrecerse de uno en uno, esperando al menos 3 días antes de introducir uno nuevo, para observar posibles reacciones, intolerancias o alergias. Se deben cocinar de la forma más sana posible (vapor, hervido, plancha), evitando el uso de sal y añadiendo un chorrito de aceite de oliva (10).

Hay ciertos alimentos que se deben priorizar y estos son:

- Cereales integrales con o sin gluten
- Frutas y hortalizas
- Legumbres
- Carnes, pescado y huevo
- Aceite de oliva virgen extra
- Agua

En el anexo 1 se encuentra un ejemplo de menú para niños de 6 meses a 1 año (11).

### ➤ **Baby-led weaning**

Baby-led weaning (BLW) es un método alternativo de alimentación infantil que promueve la autoalimentación del bebé a partir de los seis meses de edad, en lugar de la alimentación convencional con cuchara. A pesar de que el BLW no se menciona especialmente en las recomendaciones de la OMS, es cada vez más popular.

La principal característica de este método de alimentación es que los bebés participan en la familia, las comidas y los alimentos "enteros" que se les ofrecen. Significa que aunque los padres ofrezcan los alimentos es el niño quien decide qué, cuánto y qué tan rápido comer. El término subraya el hecho de que el bebé

es un compañero activo en el proceso de alimentación, y no un destinatario pasivo a llenar con comida (12).

Cada niño tiene su propio ritmo por lo que se comienza con trozos de comida que sean fáciles de coger y masticar con las encías (fruta madura, verduras al vapor, pan...). Preferiblemente poner a su alcance comida saludable. Dejar que la coja con sus propias manos u ofrecérsela en la mano. Los trozos han de ser de tamaño algo superior a su puño para que vaya chupando sin miedo a que se atragante. Poco a poco iremos variando el tamaño y consistencia de los alimentos. Para evitar atragantamientos se han de evitar alimentos potencialmente peligrosos como las frutas secas enteras, uvas...

Es aconsejable que el bebé haya tomado un poco de leche antes de empezar a comer ya que, por un lado, cuando tienen hambre y no obtienen el alimento con la facilidad que quieren, se frustran mucho. Por otro, porque después no realizará su toma de leche bien si ya se ha llenado antes y no se puede olvidar que la leche sigue siendo el alimento principal para esta etapa (13).

➤ **A partir de un año**

La alimentación del niño de 1 a 3 años es de suma importancia, no solo para una óptima salud nutricional en esta edad, sino también porque es cuando se empiezan a establecer los hábitos y costumbres alimentarios que van a mantenerse a lo largo de la edad pediátrica y que garantizan un crecimiento y desarrollo adecuados (14).

El menor gasto del metabolismo basal y en el crecimiento condiciona que tenga una menor necesidad energética por kilogramo de peso corporal, y, por tanto, una menor ingesta total, por lo que puede dar la sensación de que come menos.

El calendario de incorporación de nuevos alimentos (anexo 2) es siempre una información orientativa. La comunicación entre la familia y el equipo de pediatría puede ajustar las edades de incorporación de nuevos alimentos, dependiendo del desarrollo y las características del bebé (2).

Existen unas normas generales que pueden resumirse en tres características: variación, equilibrio y moderación según se observa en el anexo 3 (2). Y según

esto se pueden elaborar dietas que satisfagan estas características, las cuales se deben adaptar a cada niño. Estas normas básicas son:

- ✓ Consumo de leche y/o lácteos dos veces al día.
- ✓ Consumo de verdura y/u hortalizas diariamente, siendo recomendable tanto en la comida como en la cena, es decir, dos raciones al día. Si bien los purés son la forma de presentación más aceptada por los niños, es conveniente que se acostumbren a tener que masticar, por lo que hay que darlo en forma de ensalada de tomate, ensaladilla, etc., o en otras preparaciones de fácil masticación.
- ✓ Aumentar el consumo de pescado, siendo más recomendable para este grupo de edad el pescado blanco. Determinados pescados azules (especialmente los túnidos grandes) pueden tener contaminantes. Es importante su consumo para satisfacer los requerimientos de ácidos grasos de cadena larga, especialmente DHA cuya importancia en la prevención de enfermedades crónicas está demostrada.
- ✓ Teniendo en cuenta su contenido en el pescado blanco, es recomendable su ingesta por lo menos 3-4 veces a la semana.
- ✓ Los pasteles y chucherías solo deben ser consumidos de manera ocasional (menos de 1 vez por semana), así como zumos y refrescos. A este respecto hay que recordar que las bebidas en la edad pediátrica son leche y agua (14).

Además de dichas recomendaciones, hemos de tener en cuenta el tipo de cocción, especialmente en hortalizas y verduras, eligiendo la cocción al vapor o hervido para minimizar las pérdidas de nutrientes (2).

Es conveniente evitar la sal en la preparación de las comidas, así como ofrecer alimentos salados (verduras en vinagre y determinadas conservas, carnes saladas y embutidos, pastillas de caldo y sopas deshidratadas).

## **2.3 GUARDERÍAS**

Cuando el niño realice alguna comida en la escuela infantil, es recomendable:

- ✓ Facilitar a las familias las programaciones alimentarias como mínimo de 3 semanas, que después se pueden ir repitiendo con pequeñas variaciones correspondientes a la adaptación con alimentos de temporada, con diferentes tipos de preparaciones (más frías o calientes en función de la época del año), a las

fiestas y celebraciones, etc., así como a la evolución en la incorporación de nuevos alimentos.

- ✓ Especificar el tipo de preparación y los ingredientes que componen el puré, el plato de verdura, de ensalada, de arroz, de pasta, etc.
- ✓ Especificar el tipo de carne y de pescado, con el fin de evitar que se repitan demasiado a menudo las mismas variedades.
- ✓ Que los menús ofrecidos por la escuela se puedan adecuar a los posibles trastornos o a las enfermedades más frecuentes de los niños (intolerancias, diabetes, alergias...). En este sentido, y por la corta edad de los niños, es conveniente seguir las indicaciones del equipo de pediatría correspondiente (2).



### 3. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alimentación infantil es una de las grandes preocupaciones de muchas familias. Por este motivo se han llevado a cabo numerosos estudios e investigaciones relacionados con este ámbito.

Desde la Agencia de Salud Pública de Cataluña se realizó, en el año 2016, una revisión bibliográfica sobre la alimentación en la primera infancia para crear una nueva guía alimentaria actualizada: **“Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años)”** (Figura 3).

Este documento ha sido redactado por dietistas-nutricionistas de la Agencia, además de ser revisado por un gran número de profesionales de la salud.

En esta guía se recogen consideraciones generales en la alimentación de 0 a 3 años, las recomendaciones establecidas en función de la edad, diferentes ejemplos de menús para las guarderías y un apartado de seguridad e higiene en la preparación de biberones y alimentos en general.

Además, gracias a la acogida que ha recibido, se publicó otro documento que recoge las inquietudes y preguntas más repetidas durante las jornadas de presentación de la guía con sus respectivas respuestas.

A raíz de la publicación de dicho documento surgió la posibilidad de realizar el Trabajo de Final de Grado sobre la alimentación de los niños de Lleida que acuden a guarderías de gestión privada en el municipio de Lleida para comprobar si se siguen o no las recomendaciones que se recogen en la guía, y de comparar los resultados con los obtenidos anteriormente en las guarderías de gestión municipal.



Figura 3. Guía Agencia de Salud Pública de Cataluña (2).

## **4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **4.1 OBJETIVOS GENERALES**

- ✓ Conocer el tipo de alimentación que siguen los niños que asisten a guarderías privadas del municipio de Lleida.
- ✓ Comprobar si la alimentación de los niños que asisten a guarderías privadas del municipio de Lleida se adecua a las “Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años)” realizadas por la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Comparar el tipo de alimentación que siguen los niños que asisten a guardería de gestión privada con la que siguen los niños de guarderías municipales.
- ✓ Conocer si las guarderías de gestión privada del municipio de Lleida tienen en cuenta las “Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia ( de 0 a 3 años)”

## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

El estudio llevado a cabo se trata de un estudio observacional de tipo descriptivo transversal.

### **5.2 MATERIALES**

Para poder realizar el estudio se redactó un cuestionario (anexo 4) con un total de 40 preguntas y con el objetivo de recoger el máximo de datos posible.

Dicho cuestionario se basa en la información descrita en la guía alimentaria “Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (0 a 3 años)”, y consta de 5 bloques:

- Bloque A: Recoge información sobre la lactancia materna y, en su defecto, la lactancia artificial; así como las medidas de higiene que se llevan a cabo en la preparación de biberones.
- Bloque B: Recoge información sobre la alimentación complementaria, las cocciones que se utilizan, la edad de introducción de algunos alimentos y la forma de introducirlos.
- Bloque C: Recoger información sobre el seguimiento de algún tipo de dieta restrictiva, vegetariana, vegana o suplementada.
- Bloque D: Comprobar si las guarderías que forman parte del estudio siguen las recomendaciones descritas por la guía a la hora de proporcionar las programaciones semanales a las familias.
- Bloque E: Recoge información sobre los hábitos alimentarios de cada familia, como las raciones semanales de cada grupo de alimentos o la cantidad de alimentos superfluos que ofrecen a los niños durante la semana.

### **5.3 MUESTRA**

La muestra del estudio está formada por 202 niños que asisten a las guarderías de gestión privada de Lleida, con edades comprendidas entre los 5 meses y 3 años.

### **5.4 RECOGIDA DE DATOS**

La recogida de datos se realizó a través de las guarderías de gestión privada. Desde un principio se les envió a cada una de ellas un correo informativo explicando el estudio que estamos llevando a cabo y su importante colaboración.

Una vez confirmadas las guarderías que querían colaborar se confirmó número de niños y se entregó al director los cuestionarios pertinentes para que fueran

administrados a las familias de los niños. Posteriormente, las familias devolvían los cuestionarios y se iban a recogerlos.

El censo de guarderías privadas era de 30 centros de los cuales han participado 11 y que son los siguientes:

1. El Caragolet
2. Maristes
3. Cuca de llum
4. FEDAC Dominiques
5. L'Estonnac
6. Episcopal
7. Trenet
8. Fes-Flash
9. Sant Jaume les Heures
10. Arc iris
11. Sagrada Familia

## **5.5 CALENDARIO DE REALIZACIÓN**

El estudio se llevó a cabo durante 2 meses y medio, dividido en 6 etapas:

- 1 Búsqueda de artículos científicos abordando el tema y redacción
- 2 Confección del cuestionario
- 3 Recogida de datos de las guarderías
- 4 Entrado de los datos a IBM SPSS Statistics 24
- 5 Procesamiento estadístico de los datos
- 6 Análisis de resultados y redacción de los mismos

ABRIL						
L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

MAYO						
L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

JUNIO						
L	M	M	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Figura 4: Calendario del periodo del estudio.

## 5.6 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Durante la realización del estudio se encontraron varias limitaciones, como pueden ser:

1. Predisposición negativa de las familias a la hora de contestar el cuestionario.
2. La tardanza o no colaboración de las guarderías.
3. La tendencia a no contestar con sinceridad las preguntas de los hábitos alimentarios.

## 6. RESULTADOS

Antes de realizar el análisis de resultados se calculó el porcentaje de respuesta de cada una de las guarderías de gestión privada, teniendo en cuenta el número de niños matriculados y el número de encuestas devueltas (Figura 5).

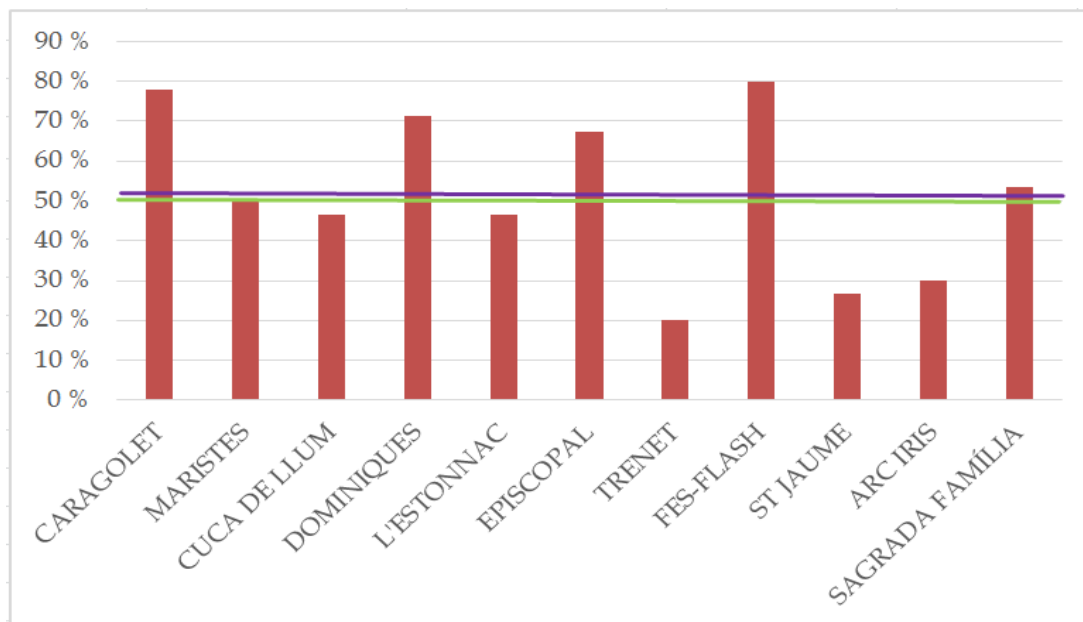


Figura 5: Porcentajes de respuesta de las guarderías privadas. La línea verde indica el 50% de encuestas respondidas y devueltas; la línea violeta indica la media de respuestas, la cual es de 52%.

La muestra está formada por 202 niños/as, de los cuales 83 son niños y 119 son niñas. Un 91,6 % son de origen no extranjero y el resto de origen extranjero (Figura 6).

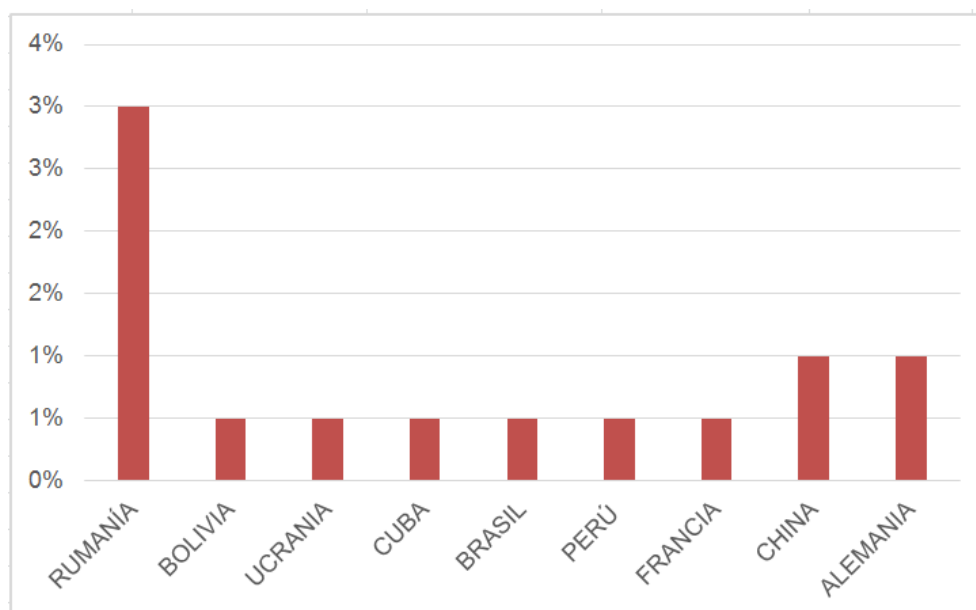


Figura 6: Porcentajes correspondientes a los países de procedencia de familias extranjeras.

El adulto que mayoritariamente responde al cuestionario es la madre de los niños (88,6%), seguido de los padres (10,9%) y por último de las abuelas (0,5%)

La media de edad de los niños participantes en el estudio es de 24 meses, con un intervalo de edad de 5-37 meses. El número total de hijos varía entre 1-4, aunque más de la mitad (60,9%) corresponde al número total de hijos igual a 1.

Un 7,9 % (16 niños) fueron prematuros. El peso medio de todos los niños es de 3,23kg, con un intervalo entre 1,2kg - 4,69kg.

## 6.1 BLOQUE A: LACTANCIA

El 80,2% de las madres de niños de origen no extranjero y nacidos a término optaron por el amamantamiento materno al nacer el niño; además continúan la lactancia materna hasta los 11 meses, con un intervalo de 1 semana-37 meses. Respecto al amamantamiento materno exclusivo el periodo de administración es de 4,66 meses (18,64 semanas), con un intervalo de 0 a 12 meses.

En relación a los prematuros (16 niños), 11 tomaron leche materna al nacer, el resto con leche adaptada. Los niños prematuros tomaron leche materna hasta los 8,3 meses y de manera exclusiva durante 4,5 meses.

En caso de los niños de origen extranjero (8,5%), un 82,4% de las madres optaron por la leche materna, con una duración media de 12,4 meses, siendo 6,1 meses de media lactancia exclusiva.

En general un 51,4% de los niños fue amamantado exclusivamente con leche materna durante los 6 primeros meses.

Al año de vida un 39,1% de los niños continuaba tomando leche materna.

Las madres que no optaron por la leche materna al nacer, es decir, que administraron leche adaptada, es debido a 4 causas diferentes (Figura 7).

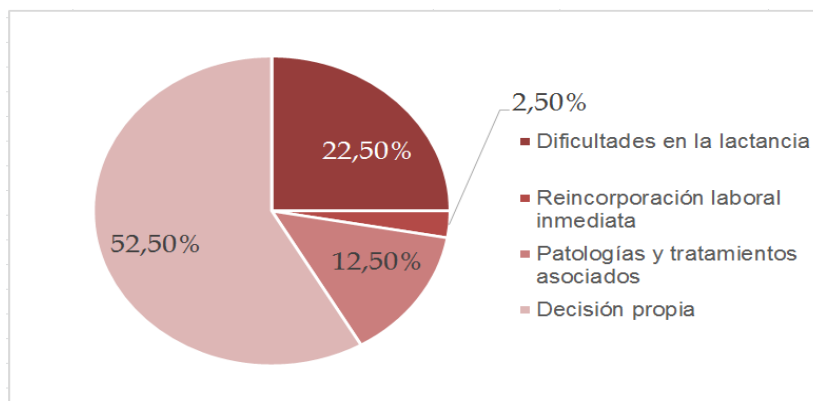


Figura 7: Porcentajes de los motivos por los cuales las madres no optaron por la leche materna.

Al 81% de los niños se les ofreció leche adaptada:

- De los que optaron por leche materna al nacer, el 75,3% tomaron también leche adaptada.
- La edad media de inicio de la leche adaptada es de 3,6 meses (14,71 semanas).
- Además, el 49,7% continuaron dando el pecho después de introducir la leche adaptada.

La introducción de la leche adaptada, tanto en el caso de optar por leche materna como no, es debido es diferentes causas (Figura 8).

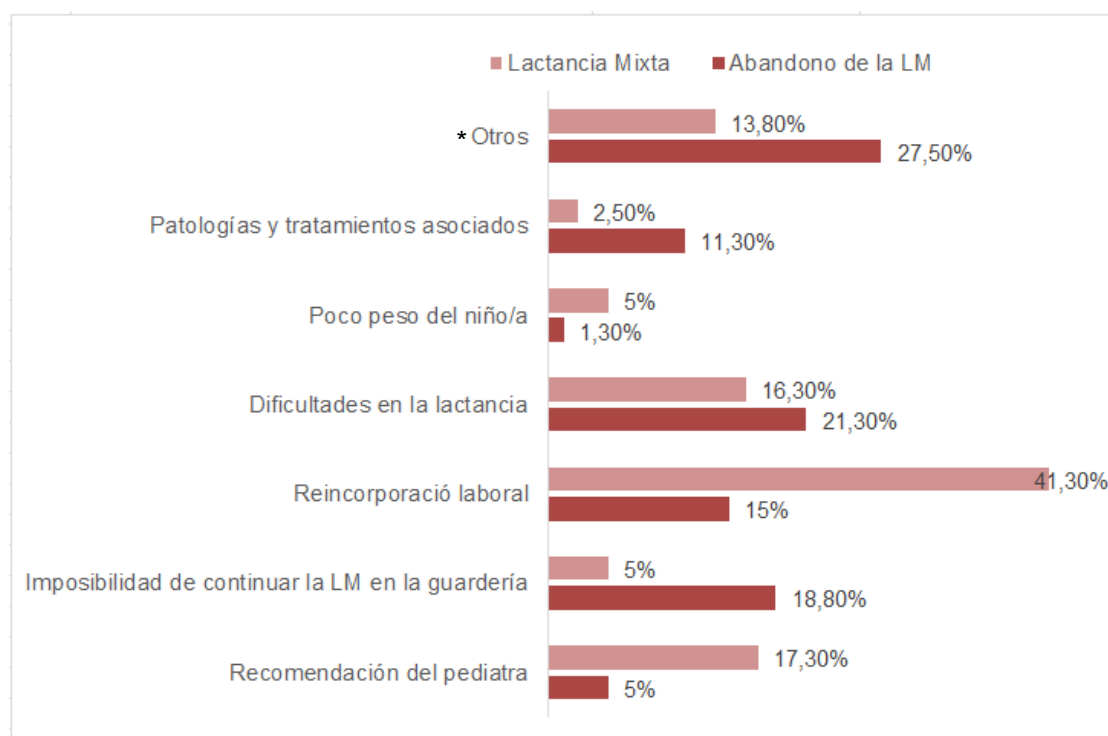


Figura 8: Motivos por los cuales las madres decidieron introducir leche adaptada. \*Otros: la mayoría de casos fue por decisión propia o por experiencias con hijos anteriores.

El 84,1% de los participantes preparan o han preparado biberones. De estos el 91,8% toma medidas de higiene en su preparación:

- El 14,3% afirma que solo se lava las manos antes de preparar el biberón.
- El 22% únicamente esteriliza el biberón en cada preparación.
- El 57,1% realiza las dos operaciones antes de preparar los biberones.

La gran mayoría (94%) utiliza o utilizaba agua embotellada en la preparación de los biberones en cambio el resto (6%) utiliza o utilizaba el agua del grifo. Además un 2,4% del total reutiliza o reutilizaba la leche sobrante del biberón.



Respecto al uso de calienta-biberones, el 13,5% afirma que lo utiliza o utilizaba sobre todo por la noche, el 10,6% de manera puntual y el 75,8% no utilizan.

Un 27,8% ofrece o ha ofrecido agua en el periodo de lactancia materna exclusiva.

## 6.2 BLOQUE B: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La media de edad de la introducción de la alimentación complementaria es de 5,6 meses (22,43 semanas), con valores que varían entre los 2-19 meses.

El 37,5% de los niños se les ofrece la alimentación complementaria antes de los 6 meses (Figura 9).

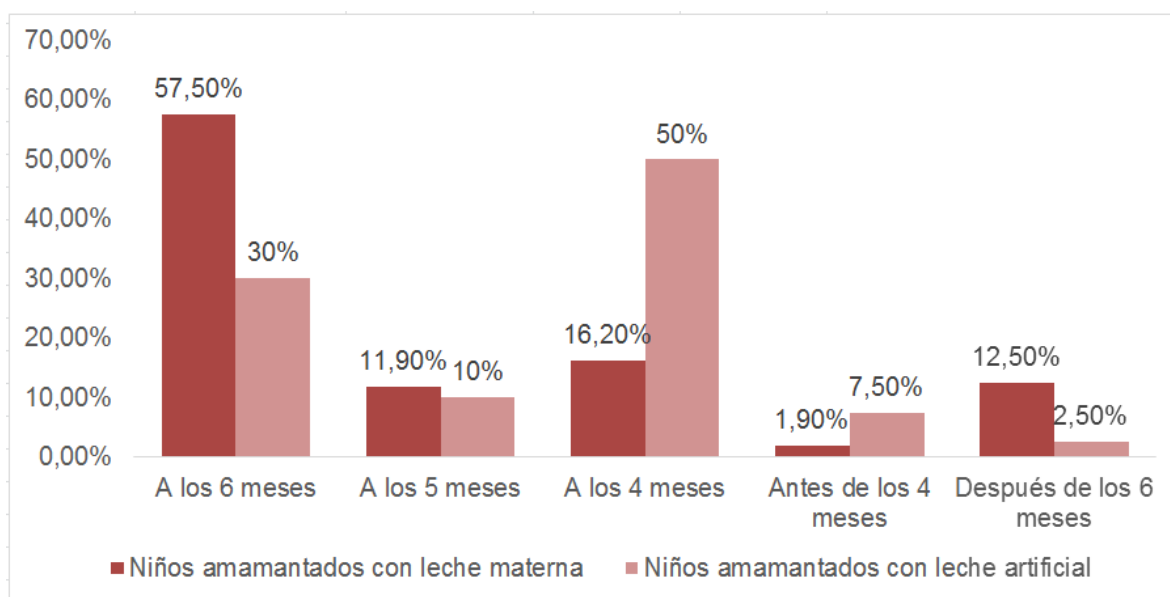


Figura 9: Edad de inicio en meses de la alimentación complementaria, diferenciando los niños que toman o tomaron leche materna con los niños que toman o tomaron leche adaptada.

El 61,5% de los participantes conocen el método de alimentación con sólidos o BLW. De estos el 48% son partidarios o lo han utilizado.

Los que son partidarios o lo han utilizado afirman que es para potenciar la autonomía del niño y descubrir las diferentes, texturas, formas y sabores de los alimentos.

Respecto al método de introducción de los alimentos se encuentran varias maneras de introducirlos, indicando los resultados en la Tabla 1.

	Triturado	Aplastado	Preparados infantiles	Enteros, a trozos	Diferentes formas
Origen no extranjero y no prematuros	71,8%	17,6%	2,4%	17,1%	29,4%
Origen extranjero	85,7%	0%	0%	7,1%	7,1%
Prematuros	62,5%	25%	25%	25%	56,3%
Ingesta de LM	70,6%	16,9%	4,4%	16,9%	31,3%
Ingesta de LA	77,5%	17,5%	2,5%	17,5%	25%

Tabla 1: Métodos de introducción de alimentos según origen de procedencia, nacimiento a término o no y tipo de leche ofrecida.

Respecto a la pregunta de los métodos de cocción de los alimentos ofrecido a los niños, los resultados fueron los siguientes (Figura 10).

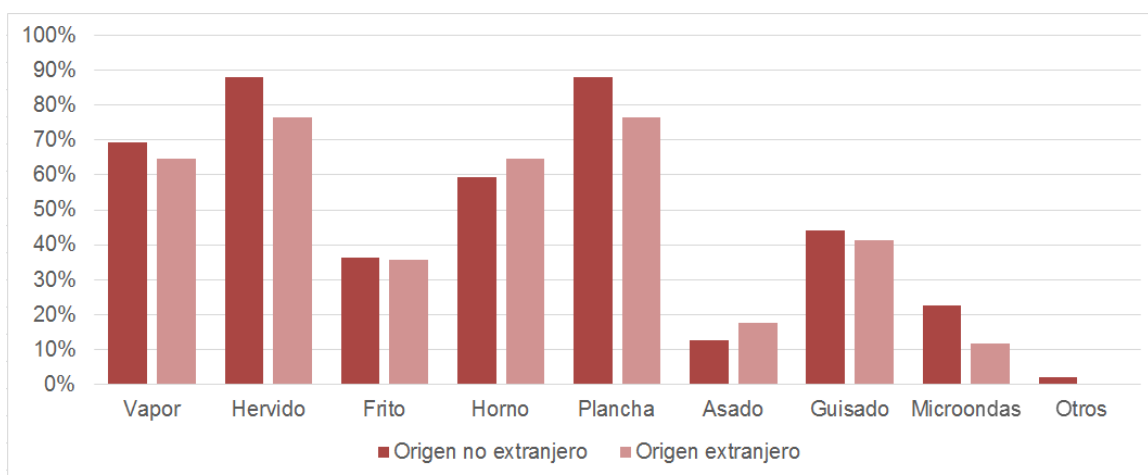


Figura 10: Métodos de cocción utilizados en los participantes de nacionalidad española y de origen extranjero.

Además, un 30,5% afirma que añade sal en las cocciones y un 12,5% que añade azúcar/miel.

El 15,4% de los niños menores de 12 meses añaden sal en las cocciones y un 7,7% azúcar/miel. El 31,6% de los niños igual o mayores de 12 meses añaden sal y un 8,8% azúcar/miel.

Respecto a las grasas utilizadas para cocinar o consumir en crudo, los resultados se encuentran indicados en la Tabla 2.

	Aceite de oliva	Aceite de oliva Virgen Extra	Aceite de semillas	Mantequilla	Margarina	Otros*
Origen no extranjero	46,2%	71,4%	9,9%	3,8%	4,9%	2,2%
Origen extranjero	47,1%	58,8%	17,6%	5,9%	5,9%	0%

Tabla 2: Tipos de grasas utilizadas según el origen de los niños. \*Otros: Los participantes que han señalado esta opción hacen referencia al aceite de coco.

Respecto a la introducción del gluten, al 86,9% de los participantes se les ha recomendado introducirlo después de los 6 meses. La recomendación de esta tendencia está representada en la Figura 11.

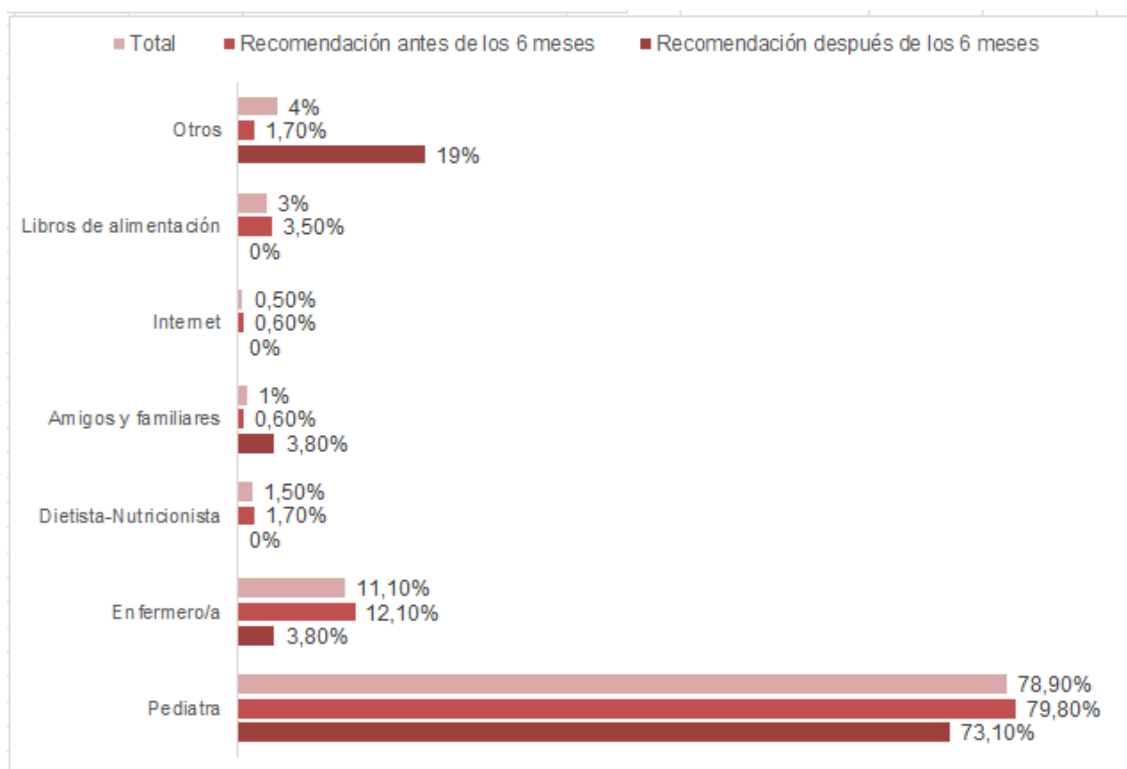


Figura 11: Recomendación de la introducción del gluten, diferenciando las dos recomendaciones posibles y sin diferenciar.

El 65,2% de los encuestados ofrecen farináceos integrales a los niños.

La edad media de introducción de vegetales de hoja verde, como las espinacas o las acelgas, es de 12,09 meses, variando los valores desde los 2 a 36 meses. A un 33,5% de los niños se les introdujo antes de los 12 meses.

En cambio, la edad de introducción de la leche de vaca no modificada es de 14,97 meses, variando de 5 meses de vida hasta los 30. A un 6,2% de los niños se les introdujo antes de los 12 meses.

Al 74% de los que optaron por leche materna se les ofreció también leche de vaca, en la mayoría de los casos a partir del año, menos un 7,4% que se les ofreció antes.

Además el 14,1% de los niños toman bebidas de origen vegetal, siendo un 46,4% de estos casos substitutivo de la leche de vaca, la gran mayoría por intolerancia a la lactosa o alergia a la proteína de la leche de vaca.

El 86,9% de los niños comparten las comidas con el resto de la familia. El resto no lo realizan conjuntamente debido, generalmente, al horario de trabajo de los padres, sobretodo en la colación del mediodía.

### 6.3 BLOQUE C: DIETAS RESTRICTIVAS

Un 5% de los niños llevan una dieta restrictiva, el 10% de los cuales son de origen extranjero.

En la Tabla 3 se muestran los motivos de las dietas restrictivas.

	Niños origen no extranjero	Niños origen extranjero
Motivos de salud	22,2%	0%
Creencias religiosas	0%	0%
Celiaquía	0%	0%
Intolerancia a la lactosa	11,1%	0%
Alergia al huevo	11,1%	100%
Alergia a la proteína de la leche de vaca	22,2%	0%
Alergia al pescado	22,2%	0%
Alergia a los frutos secos	0	0%
*Otros	11,1	0%

Tabla 3: Motivos de la ingesta de dietas restrictivas según el origen del niño. \*Otros: facilitar la digestión.

Ninguno de los niños que forman parte del estudio se les ofrece una dieta vegetariana.

Respecto a los suplementos un 1% toma vitamina B12 y Omega 3, un 0,5% toma calcio y un 2,5% toma vitamina C y vitamina D.

## 6.4 BLOQUE D: GUARDERÍA

El 69,2% realiza la comida del mediodía en el comedor de la guardería:

- El 97,8% afirma que la comida y los menús son proporcionados por la guardería.
- El 81,3% indican que los menús especifican la preparación e ingredientes de los platos.
- El 91,4% afirma que en los menús se especifican el tipo de carne y pescado de los platos.

## 6.5 BLOQUE E: HÁBITOS ALIMENTARIOS

El consumo de carne y pescado se encuentra representado en las tablas 4, 5, 6 y 7, diferenciando el origen del niño, extranjero o no extranjero e indicando el número de raciones que pertenecen a cada grupo.

Carne/semana	% niños	Carne blanca/semana	Carne roja/semana	Embutidos/semana
Ninguna	0%	0	0	0
1 vez	1,1%	1	0-1	0-1
2 veces	2,8%	1-2	0-1	0
3 veces	12,7%	1-3	0-3	0-1
Más de 3 veces	83,4%	0-7	0-5	0-7

Tabla 4: Número de raciones semanales de carne y grupo de niños de origen no extranjero.

La ración media de carne que se ofrece a los niños de origen no extranjero es de 58,42g de peso, con valores que varían de los 20g a los 120g.

Carne/semana	% niños	Carne blanca/semana	Carne roja/semana	Embutidos/semana
Ninguna	0%	0	0	0
1 vez	11,8%	1	0-1	0
2 veces	0%	0	0	0
3 veces	29,4%	0-3	0-3	0-1
Más de 3 veces	58,8%	3-5	1-3	0-3

Tabla 5: Número de raciones semanales de carne y grupo de niños de origen extranjero.

La ración media de carne que se ofrece a los niños de origen extranjero es de 55g de peso, con valores que varían de los 30g a los 100g.

Pescado/semana	% niños	Pescado blanco/semana	Pescado azul/semana	Marisco/semana
Ninguno	2,2%	0	0	0
1 vez	7,1%	0-1	0-1	0
2 veces	40,1%	1-2	1-2	0-1
3 veces	22%	1-3	0-2	0-1
Más de 3 veces	28,6%	1-5	0-3	0-1

Tabla 6: Número de raciones semanales de pescado y grupo de niños de origen no extranjero.

La ración media de pescado que se ofrece a los niños de origen no extranjero es de 68,08g de peso, con valores que varían de los 0g a los 150g.

Pescado/semana	% niños	Pescado blanco/semana	Pescado azul/semana	Marisco/semana
Ninguno	11,8%	0	0	0
1 vez	17,6%	1	0	0
2 veces	52,9%	1-2	0-1	0
3 veces	11,8%	2-3	0-1	0-1
Más de 3 veces	5,9%	5	0	0

Tabla 7: Número de raciones semanales de pescado y grupo de niños de origen extranjero.

La ración media de pescado que se ofrece a los niños de origen extranjero es de 40,25g de peso, con valores que varían de los 40g a los 100g.

Además se han calculado las raciones semanales de legumbres que se indican en la Figura 12 y 13.

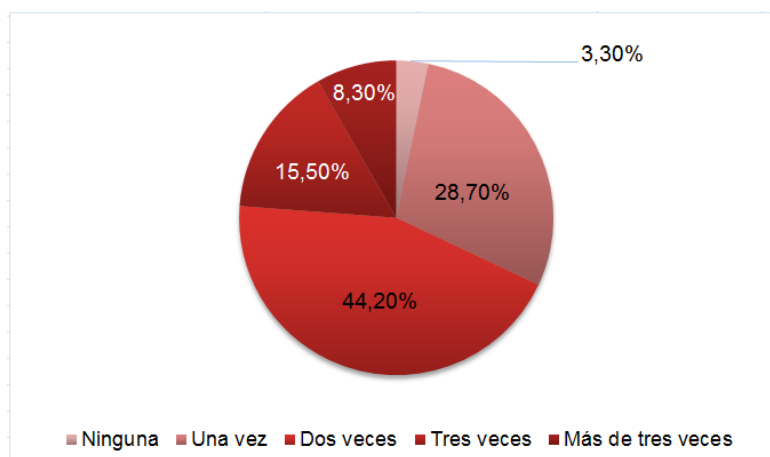


Figura 12: Número de raciones semanales de legumbres y porcentaje de niños no extranjeros que consumen cada uno.

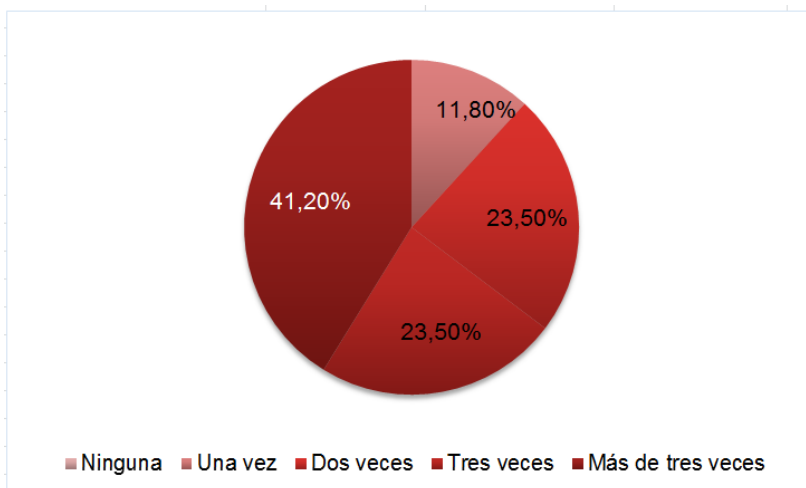


Figura 13: Número de raciones semanales de legumbres y porcentaje de niños extranjeros que consumen cada uno.

Un 94,5% de los niños de origen no extranjero come frutas a diario. Un 42,2% de estos consumen una pieza al día, mientras que el 57,8% consumen dos piezas o más. En cambio un 88,8% de los niños extranjeros comen fruta a diario: un 60% consume 1 pieza al día y el 40% dos piezas o más.

Respecto al consumo de verduras un 88,8% de los niños no extranjeros consume verduras y hortalizas a diario:

- Un 25,2% en la comida.
- Un 10,9% en la cena.
- Un 63,9% en ambas comidas.

La ración media de verdura ofrecida es de 116 g, con valores que varían entre 30-300g.

En cambio un 88,2% de niños extranjeros consume verduras y hortalizas a diario:

- Un 40% en la comida.
- Un 6,7% en la cena.
- Un 53,3% en ambas comidas.

La ración media de verdura ofrecida es de 100 g, con valores que varían entre 30-150g.

Respecto al consumo de huevos y derivados lácteos, las raciones semanales están representadas en las Figuras 14, 15, 16 y 17; además de clasificar el tipo de derivado lácteo que consumen en la Tabla 8.

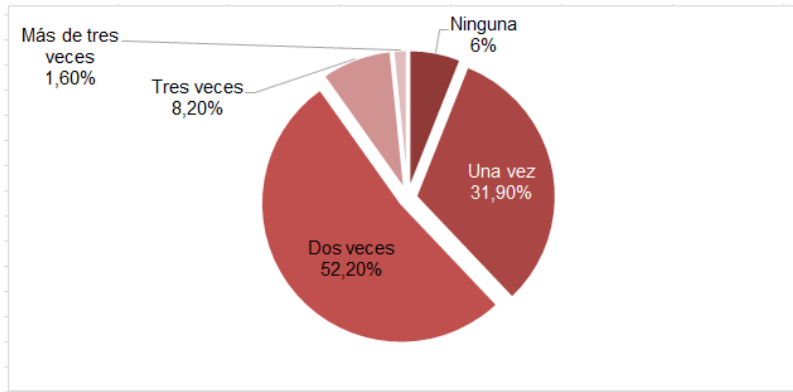


Figura 14: Número de raciones semanales de huevos y porcentaje de niños no extranjeros que los consumen.

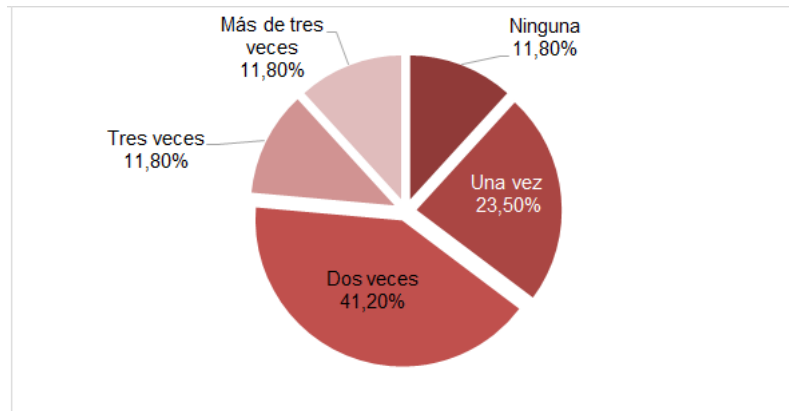


Figura 15: Número de raciones semanales de huevos y porcentaje de niños extranjeros que los consumen.

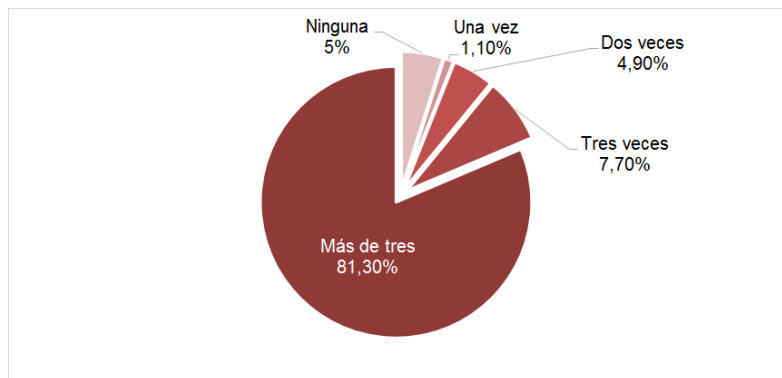


Figura 16: Número de raciones semanales de derivados lácteos y porcentaje de niños no extranjeros que los consumen.

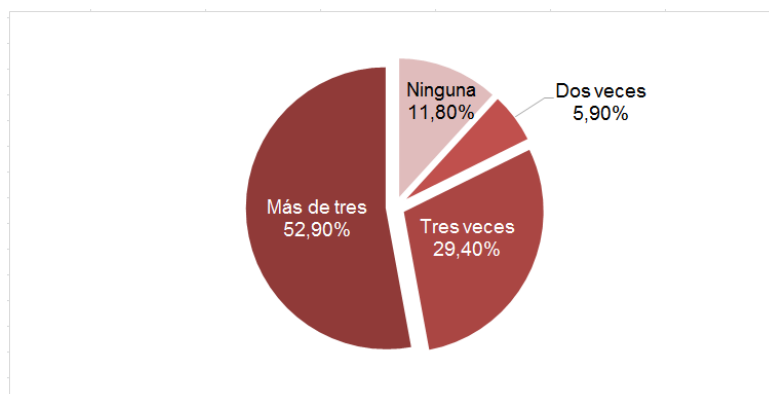


Figura 17: Número de raciones semanales de derivados lácteos y porcentaje de niños extranjeros que los consumen.



	No extranjeros	Extranjeros
Ninguno	3,4%	2,1%
Queso tierno	0%	2,16%
Yogur	24,2%	14,9%
Postre lácteo	1,5%	0%
Queso tierno + Yogur	17,8%	6,4%
Queso tierno + Postre lácteo	0%	0%
Yogur + Postre lácteo	13,8%	2,1%
Todos	28,2%	8,5%

Tabla 8: Tipo de derivado lácteo que se ofrece a los niños.

En general, sin diferenciar el origen de los niños, el consumo de derivados lácteos es el siguiente:

- El 51,5% consume queso tierno.
- El 93,4% consume yogur.
- El 47,2% consume postres lácteos.

Respecto al consumo de alimentos superfluos, tales como la bollería industrial, los resultados se representan en la Figura 18.

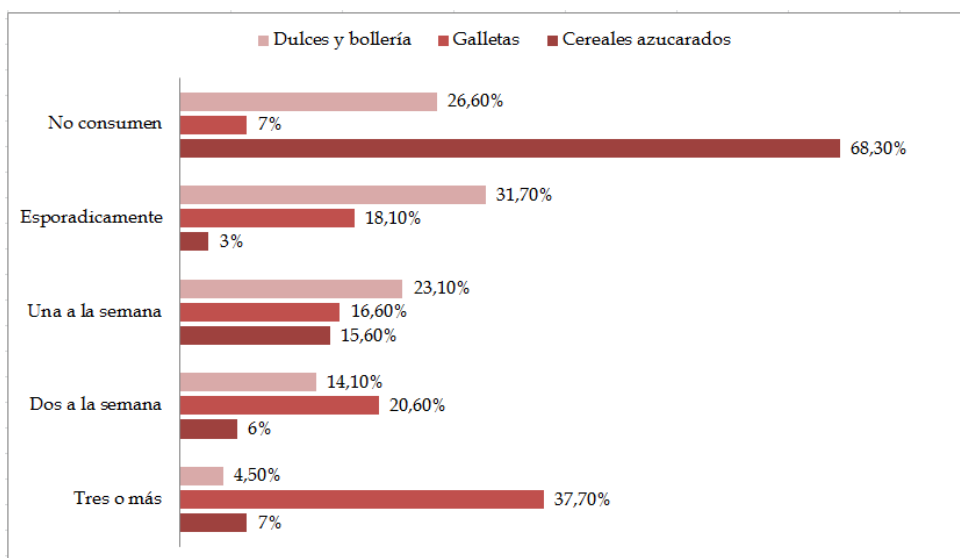


Figura 18: Consumo de alimentos superfluos por parte de los niños, sin diferenciar el origen.

Para terminar con los resultados, un 96,5% de los encuestados creen que tienen en cuenta la sensación de hambre de los niños y un 32,2% piensa que los niños se han de acabar todo lo que se les sirve en el plato:

- El 31,25% de los adultos que creen tener en cuenta la sensación de hambre del niño también creen que se ha de acabar toda la comida servida en el plato.
- El 42,8% de los adultos que no tienen en cuenta la sensación de hambre del niño tampoco creen que se hayan de terminar todo lo servido en el plato.

## **7. DISCUSIÓN**

Los resultados obtenidos en este estudio se han comparado con los obtenidos en el Trabajo Final de Grado “Estudi observacional de l’alimentació que segueixen els nens i nenes menors de tres anys de les escoles bressol municipals de la ciutat de Lleida” (15).

Uno de los primeros puntos a tratar es el porcentaje de respuesta de las guarderías colaboradoras en el estudio. Como se puede observar en la Figura 5, 6 de las 11 guarderías superan el 50% de porcentaje de respuesta. Este hecho indica la baja colaboración de las familias al ser un estudio voluntario, seguramente debido a la extensión del cuestionario, ya que se abordan el máximo de temas alimentarios posibles referentes a los niños. Por otro lado el porcentaje de respuesta de las guarderías de gestión pública de Lleida fue mayor, participando 18 guarderías y solamente 5 no llegaron al 50% de porcentaje de respuesta.

Otro aspecto negativo en el estudio es la baja participación de las guarderías de gestión privada, ya que está en su mano decidir si quieren o no colaborar y debido a ello la muestra del estudio ha sido bastante reducida, ya que de 30 guarderías de gestión privada localizadas en el municipio de Lleida son 11 las que han colaborado en el estudio. Aun así, como muestra la Figura 6, se ha obtenido variedad de culturas, exactamente un 8,4%, un 1,8% menos que en las guarderías de gestión pública.

Respecto a los adultos que responden al cuestionario se observa que la mayoría son las madres, seguramente debido a que la gran parte de las preguntas que se realizan están relacionadas con los primeros meses de vida del niño, sobretodo en el apartado de lactancia. Los resultados obtenidos en las guarderías de gestión pública de Lleida son los mismos.

Para interpretar mejor y de manera más exhaustiva los resultados la mayoría de bloques se han analizado según el origen de la familia, entre otras variables, para observar si hay algún tipo de diferencia.

### **7.1 LACTANCIA**

Un 77,05% de los encuestados han optado por la lactancia materna, el resto opta por la lactancia artificial.

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Academia Americana de Pediatría y la Asociación Española de Pediatría recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los

primeros 6 meses de vida del niño. A partir de este momento, y manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años de edad o más, o bien hasta que madre y niño lo decidan, será necesario añadir gradualmente nuevos alimentos (2).

Según el estudio realizado en niños de origen extranjero, no extranjero y prematuros se les administra en varios casos lactancia exclusiva hasta los 12 meses. Aun así la media total de LM exclusiva es de 5,08 meses, por lo que no se llega a cumplir las recomendaciones. Además, a partir del año se retira por completo la LM en la mayoría de los casos.

Comparando resultados con las guarderías de gestión pública observamos que solamente los niños de origen no extranjero ingieren LM hasta el año de vida, en cambio en las de gestión privada los tres grupos se han beneficiado de las propiedades de dicha leche. En ambas guarderías se llega a la conclusión de que los niños prematuros empiezan antes con la Lactancia mixta.

Si observamos los motivos por los cuales se ha introducido la LA la mayoría ha sido por decisión propia.

Según un estudio realizado en 2016 el principal motivo de las madres para elegir la lactancia artificial fue la incorporación inmediata al trabajo (33,8%), seguido de la falta de recomendaciones y apoyo de los profesionales sanitarios (32,4%) y la separación del lactante por problemas médicos del bebé o la madre (14,8%) (16).

En cambio en nuestro estudio y el realizado en las públicas la incorporación laboral no es el motivo principal por el que las madres introducen la LA, concretamente en las privadas la reincorporación laboral es el último motivo por el que se introduce dicha leche.

Según el estudio nombrado anteriormente, el principal motivo para iniciar la lactancia mixta fue la incorporación laboral de la mujer (39%), seguido de indicación del pediatra (30%), por bajo aumento del peso (16%) y porque la madre deseaba que su marido-pareja también pudiera participar en la alimentación del bebé (15%) (16).

Por otro lado según lo obtenido en este estudio la reincorporación laboral también es la causa más frecuente de ofrecimiento de lactancia mixta (41,30%), seguida por las recomendaciones de la pediatra. En las guarderías públicas coincide en el motivo principal pero seguido de la opción otros.

Volviendo al estudio anterior, se detallan los motivos del abandono de la lactancia materna que serían los siguientes:

1. Un 42,5% indicó dificultades en la lactancia.
2. Un 17,6% a casusa de la reincorporación laboral.
3. Un 5,1% afirma que fue debido al poco peso del niño.

En la muestra obtenida en las guarderías de gestión privada el motivo principal para abandonar la lactancia materna es la opción “otros”, que en la mayoría de los casos corresponde a decisión propia, seguido de dificultades en la lactancia, obteniendo exactamente los mismos resultados que en las guarderías públicas.

Respecto a las medidas de higiene, hay que tener presente que los mismos manipuladores pueden ser portadores de gérmenes y hay que verificar que las herramientas y las superficies de trabajo estén limpias.

El 91,8% de los encuestados que preparan o han preparado biberones toma o ha tomado medidas de higiene para su preparación. Solo un 22% esteriliza únicamente el biberón y no se lava las manos para la preparación, hecho erróneo ya que se puede producir contaminación cruzada. Aun así se puede ver que la muestra estudiada está concienciada de los posibles peligros si no se preparan los biberones con las medidas de higiene correctas.

El agua embotellada para preparar biberones es la opción más escogida por los participantes (94%) a pesar de que el agua del grifo es completamente aceptable, si nadie lo contraindica, y solo el 6% la utiliza.

El biberón se debe preparar en el mismo momento. No utilizar caliente-biberones, ya que mantener la leche tibia favorece el crecimiento de microorganismos patógenos (2). El 75,8% afirma que nunca ha utilizado caliente-biberones por lo que el biberón es preparado en el mismo momento de la toma. Además solo el 2,4% reutiliza la leche sobrante del biberón.

La OMS define como lactancia materna exclusiva (LME) la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua (17). El principal componente de la leche es el agua, lo cual cubre los requerimientos de hidratación del lactante. Debido a esto en el estudio realizado solo el 27,8% ofrece o ha ofrecido agua en el periodo de lactancia exclusiva.

## **7.2 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

El proceso de diversificación alimentaria se ha de iniciar, idealmente, a los 6 meses de edad, nunca antes de los 4 meses. En la muestra estudiada, un poco más de la mitad de los amantados con leche materna cumplen con la recomendación. En cambio a la

mitad de los niños que se les ofreció leche adaptada se les introdujo la alimentación complementaria a los 4 meses. Por ello se puede decir que los niños que toman leche adaptada introducen antes los alimentos diferentes a la leche.

El BLW es un método aparentemente innovador pero más de la mitad de los encuestados lo conocen. A pesar de esto solo es utilizado por el 48% ya que muchos prefieren seguir con el método tradicional que son los triturados y la utilización de la cuchara. Estos últimos no tienen en cuenta la autonomía que se le ofrece al niño para comer solo y descubrir cómo son realmente los alimentos: su forma, su textura, sus colores...

La recomendación actual de no introducir sólidos hasta los 6 meses de edad coincide con un momento del desarrollo en el que la mayor parte de bebés sanos han desarrollado o están desarrollando las habilidades motoras necesarias para iniciar la alimentación complementaria directamente con sólidos (18). Debido a esto los niños que comienzan la alimentación complementaria antes de los 6 meses será más difícil implantar el BLW y se optará por los triturados o alimentación con cuchara.

En la Tabla 1 se recogen los diferentes métodos de introducción de los alimentos, donde los triturados son la elección predominante, superando el 60% en todos los grupos. El mayor porcentaje de utilización de triturados (85,7%) es en los niños de origen extranjero, básicamente es el único método que se les ofrece para alimentarse ya que solo un 7,1% ofrecen alimentos enteros o a trozos o de diferentes formas, descartando por completo los aplastados y los preparados infantiles.

El grupo que más varía la forma de dar los alimentos son los niños no nacidos a término. Aun así no podemos sacar ninguna conclusión definitiva de este grupo ya que la muestra consta de 16 niños y no es significativo.

Los niños que toman o tomaron leche materna, como se ha comentado anteriormente, suelen empezar la alimentación complementaria más tarde, cuando el niño tiene ya desarrolladas las funciones motoras por lo que en nuestra muestra, este grupo es el que tiene el segundo mayor porcentaje en presentar los alimento de diferentes formas y el segundo menor en ofrecer triturados.

Para minimizar la pérdida de nutrientes en la cocción, de verduras y hortalizas, se recomienda cocer al vapor o hervir con una cantidad mínima de agua, así como procurar que la cocción sea rápida tapando el recipiente (2). Como indica la Figura 10 el hervido, junto con la plancha, es el método de cocción más utilizado, tanto en niños de origen extranjero como no extranjero.

Es recomendable ir diversificando las técnicas y preparaciones culinarias: el hervido, la plancha, el guisado, el estofado, el vapor, el asado, el horno, la fritura, etc (2).

Después de los métodos de cocción más utilizados, nombrados anteriormente, sigue el vapor, guisado, frito, microondas y el asado. Todos ellos recomendables, sobre todo a partir de los 12 meses.

Es conveniente evitar la sal en la preparación de las comidas, así como ofrecer alimentos muy salados (verduras en vinagre y determinadas conservas, carnes saladas y embutidos, dados de caldo y sopas en polvo) (2). Además, la aportación de sal proviene de la leche por lo que los niños que están siendo amamantados, tanto con leche materna como con leche artificial no deberían de tomar sal (niños < 12 meses).

Por otro lado en los alimentos para lactantes y niños no se debe añadir azúcar, miel ni edulcorantes. Se podrá añadir a partir de los 12 meses pero cuanto más tarde y menos cantidad mejor (2).

Respecto a los participantes de este estudio solo una pequeña cantidad de casos utiliza sal y azúcar/miel/edulcorantes, y la mayoría a partir de los 12 meses.

El aceite de oliva virgen extra (AOVE) es el de más calidad nutricional y debería ser introducido a partir de los 6 meses. En la Tabla 2 se puede observar que la población es consciente de ello, ya que el más utilizado, tanto en niños de origen no extranjero como extranjero, es el AOVE, seguido del aceite de oliva. Además en los de origen extranjero el porcentaje de utilización del AOVE baja un 12,2% respecto a los de origen no extranjero y por lo tanto hay una subida en el aceite de semillas, es decir, aceite de girasol.

Según la evidencia científica actual, no hay una edad o un momento determinados en los que sea mejor incorporar los alimentos con gluten. Se pueden ofrecer, como el resto de alimentos, a partir de los 6 meses (2). A la gran mayoría de la muestra se les ha recomendado introducir el gluten después de los 6 meses. Esta recomendación ha sido ofrecida, por lo general, por el pediatra y en poquísimas ocasiones por un Dietista-Nutricionista o libros de recomendaciones alimentarias. Sucede exactamente lo mismo para los que les recomendaron introducirlo antes de los 6 meses.

Se puede ofrecer el pan, la pasta y el arroz integrales, ya que son más ricos en nutrientes y fibras (2). Esto es debido a que no se les somete al proceso de refinado y por lo tanto deberían de ser la elección durante la infancia y el resto de las etapas

vitales. El 65,2% de los encuestados ofrecen a los niños farináceos integrales, solo una pequeña minoría decide escoger los refinados.

Hay que evitar las espinacas y las acelgas antes de los 12 meses (y si se utilizan, que no supongan más del 20% del contenido total del plato) por su contenido en nitratos. A partir del año y hasta los 3 años, es necesario que estas hortalizas no supongan más de una ración al día (2). Esta recomendación, en general, se cumple como se puede ver en este estudio ya que la edad media de introducción de vegetales de hoja verde es 12,09 meses aunque un 33,5% los ofrece antes de los 12 meses.

La leche de vaca no se debe ofrecer antes de los 12 meses (2). Los niños menores de un año no son capaces de digerir la leche de vaca no modificada, por este motivo se les ofrece leche adaptada o artificial si no es posible la lactancia materna. La media de edad de la introducción de la leche de vaca en este estudio supera los 12 meses como indican las recomendaciones, solo un 6,2% la ha ofrecido antes de los 12 meses.

Siempre que sea posible es recomendable seguir con la lactancia materna por lo que un 74% de los que optaron por el amamantamiento materno se les ofreció también leche de vaca, de los cuales solamente un 7,4% fue antes de los 12 meses.

Si se sustituye la lactancia materna o la de fórmula por otras fuentes de bebida, fundamentalmente vegetales, pueden producirse importantes consecuencias nutricionales. Actualmente se está asistiendo cada vez más al empleo de estas bebidas en los primeros años. Sería deseable que los envases de bebidas vegetales indicasen que no deben consumirse de forma exclusiva antes del año de vida y que no son un alimento completo ni una alternativa nutricional a la leche de vaca (19). De los niños llevados a estudio solamente una pequeña porción hace uso de dichas bebidas y la mayoría es debido a alergias o intolerancias relacionadas con la leche de vaca.

La alimentación facilita espacios privilegiados para la comunicación, ya que permite el contacto físico, visual y auditivo con la madre, el padre o la figura de apego. Las comidas tienen que ser, pues, espacios de contacto, de relación y de afecto. Hay que potenciarlos para convertirlos en espacios donde estrechar nuestros vínculos. Realizar las comidas en familia y el hecho de disponer del tiempo suficiente y sin interrupciones para hacerlo también son importantes para garantizar que las comidas sean agradables y la ingesta adecuada (2). Un gran número de los casos estudiados realizan las comidas en familias. El resto decide no hacerlo, ya sea por comodidad o por horarios de trabajo.



Como única diferencia significativa, si comparamos este estudio con el de guarderías públicas, es que respecto a los métodos de introducción de los alimentos son los niños que toman o tomaron LA los que utilizan más los triturados y los preparados infantiles y no los de origen extranjero (triturados) ni los prematuros (preparados infantiles) como sucede en las privadas. Los demás resultados obtenidos acerca de la alimentación complementaria (tipos de cocción, grasas utilizadas...) son los mismos en ambas guarderías.

### **7.3 DIETAS RESTRICTIVAS**

Una vez que el diagnóstico de alergia o intolerancia a un alimento se ha realizado, el tratamiento indicado es la eliminación de dicho alimento de la dieta, realizando así una dieta restrictiva.

Existe un sobrediagnóstico de las formas de reacciones adversas menos típicas y que conduce con frecuencia al uso injustificado de dietas restrictivas, en periodos importantes para el crecimiento y el desarrollo (14).

En la muestra estudiada solamente el 5% indica que realizan dieta restrictiva, la mayoría de ellos por alergias e intolerancias diagnosticadas y una minoría por motivos de salud no especificados. Las principales patologías que han surgido en este grupo de estudio han sido la intolerancia a lactosa, la alergia al huevo, a la proteína de la leche de vaca y al pescado.

La dieta vegetariana también se considera dieta restrictiva. Una dieta vegetariana puede ser perfectamente compatible con un buen estado de salud durante la lactancia, siempre que se siga una adecuada planificación. No disponer de alimentos funcionales podría dar lugar a un déficit de algunos nutrientes como la vitamina B12, hierro y metionina (14). En la muestra estudiada no hay ningún caso de dieta vegetariana.

Si por alguna causa la alimentación normal fuera insuficiente, se pueden incluir en la dieta alimentos enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales. Siempre con recomendación de profesionales sanitarios. Respecto a la suplementación de los encuestados se puede observar que es poco común, solamente 10 niños toman algún tipo de suplemento, ya que por lo general una dieta correcta cubre todas las necesidades.

Respecto a los resultados obtenidos en las guarderías de gestión pública el 93% de los que realizaban una dieta restrictiva, siendo niños de origen extranjero, era por creencias religiosas, en cambio en este estudio ninguno de los niños de origen

extranjero realizan dieta restrictiva por este motivo. En el estudio nombrado anteriormente también se obtuvieron resultados acerca de celiaquía y alergia a frutas secas. Al tener una muestra mayor la probabilidad de encontrar más variedad de alergia e intolerancias también incrementa.

## **7.4 GUARDERÍAS**

Siguiendo las recomendaciones nombradas en el punto 2.3 se puede observar que se cumplen a la perfección ya que casi el 100% de los encuestados así lo indica. Además el porcentaje restante podría no estar bien informado ya que indican que no se les ha proporcionado dicha informando cuando la mayoría han indicado que sí y asisten a la misma guardería. Exactamente se han obtenido los mismos resultados que en las guarderías de gestión pública.

## **7.5 HÁBITOS ALIMENTARIOS**

Los resultados analizados en este apartado se realizan siguiendo las recomendaciones del punto 2.2.1 y el anexo 4:

- El consumo de carne blanca de los niños estudiados, tanto de origen extranjero como no extranjero, es el correcto. Más del 80% ingiere dicha carne más de 3 veces a la semana, siendo la recomendación entre 3 a 4 veces. La ingesta de carne roja y embutidos es bastante elevada en algunos casos, sobretodo en el grupo de origen no extranjero. En ambos casos hay una priorización por la carne blanca.

La ración media de carne varía entre 55g (origen extranjero) y 58,42 g (origen no extranjero). En ambos casos se supera el gramaje recomendado, más concretamente en los niños entre 6 y 12 meses.

- El consumo de pescado sigue las mismas recomendaciones que la carne blanca (3-4 veces/semana). En el grupo de origen no extranjero un 50,6% consume pescado 3 o más veces a la semana, priorizándose el pescado blanco. En cambio en el grupo de origen extranjero se consume, mayoritariamente, 2 veces a la semana, observando que la ingesta de pescado azul es casi nula.

La ración media de pescado es la correcta ya que varía entre 40,25 g (origen extranjero) y 68,08 g (origen no extranjero), aunque se ha de tener en cuenta la edad del niño ya que entre los 6-12 meses solamente son 30-40 g y por lo tanto el grupo de origen no extranjero estaría superando bastante el gramaje recomendado.

- Las legumbres son una gran fuente de proteína vegetal por lo que su consumo está recomendado entre 2 a 4 veces por semana. Ambos grupos cumplen con dicha recomendación, en especial los de origen extranjero ya que la gran parte ingiere legumbres 3 o más veces por semana, por lo contrario los de origen no extranjero predomina la ingesta 2 veces por semana, seguido de una vez a la semana y en algunos casos la ingesta es nula.
- El consumo de fruta se ha de realizar a diario. En ambos grupos del estudio más del 80% consume fruta a diario. En el caso de los de origen no extranjero predomina el consumo de 2 piezas de fruta al día, por lo contrario en los de origen extranjero predomina una pieza al día.
- El consumo de hortalizas también se ha de realizar a diario. Igual que sucede con la fruta más del 80% la consume a diario, predominando su consumo en ambas comidas (almuerzo y cena). El resto suele intercalar la ingesta, unos días la ofrece para comer y otros para cenar para que haya mayor diversidad, aunque predomina su ingesta en la almuerzo.
- El consumo recomendado de huevos es de 3-4 veces a la semana (20). En ambos grupos predomina la ingesta 2 veces a la semana. Se acerca a lo recomendado pero ninguno de los dos grupos lo cumple, solamente un 9,80% en los de origen no extranjero y un 23,6% en los de origen extranjero.
- El consumo correcto de derivados lácteos es de unas 2 veces al día. En ambos casos los ingieren más de 3 veces por semana, en mayor cantidad los de origen no extranjero. El derivado lácteo predominante es el yogurt, con un 93,4%, seguido del queso tierno y los postres lácteos. Aunque se cumplan con las recomendaciones sería conveniente una reducción de los postres lácteos ya que el contenido en azúcar suele ser bastante elevado.
- Por último el consumo de dulces, bollería, galletas y cereales azucarados debería ser el menor posible, ya que son alimentos superfluos. El consumo de cereales azucarados es bastante bajo ya que el 68,30% no los consumen. El consumo de dulces y bollería incrementa un poco pero la mayoría los suele tomar esporádicamente. El mayor porcentaje de consumo se encuentra en las galletas, un 37,70% de los niños las toman tres o más veces por semana, únicamente el 7% no consumen.

Hay que tener presente que no todos los niños comen la misma cantidad de alimento, y por lo tanto, no es bueno compararlos entre ellos. Cada niño tiene unas necesidades diferentes que, además, varían a lo largo del tiempo (2), por lo tanto la mejor manera de proporcionarle la cantidad de alimento que necesita es respetando su sensación de apetito. En la muestra estudiada la gran mayoría respeta la sensación de apetito del niño. Aun así hay un pequeño porcentaje que piensa que respeta dicha sensación cuando posteriormente indican que el niño se ha de acabar todo el plato. Lo mismo sucede con los que no respetan la sensación de apetito y posteriormente indican que no creen que se hayan de acabar todo el plato. Aunque un 96,5% indique que lo tienen en cuenta no lo podemos afirmar con seguridad debido a estas contradicciones.

Comparando el consumo de todos estos grupos de alimentos anteriores con su consumo en las guarderías de gestión pública se puede observar que mayoritariamente los resultados son bastante parecidos. Las conclusiones obtenidas del consumo de carne y pescado son las mismas: exceso de carne roja y embutidos y preferencia por el pescado blanco. Respecto al consumo de fruta y hortalizas también son consumidas diariamente.

En el consumo de legumbres encontramos una pequeña variación. En el estudio realizado a las guarderías públicas ambos grupos consumían legumbres dos veces a la semana, mientras que en este se ha obtenido que los de origen extranjero consumen 3 o más veces a la semana. También varía el consumo de huevos, incrementándose en una unidad: los niños de este estudio consumen 2 huevos a la semana mientras que los del otro 1 huevo a la semana. Se incrementa la ingesta positivamente ya que se acerca más a las recomendaciones.

El consumo de derivados lácteos es el mismo, predominando también el consumo de yogurt y alcanzando el 50% en postres lácteos, que como ya se ha dicho anteriormente es preocupante por su alto contenido en azúcares.

El consumo de galletas ha disminuido en un 13,1%. El consumo sigue siendo elevado pero toda disminución es positiva en este tipo de alimentos. Por otro lado el consumo de dulces, bollería y cereales azucarados sigue siendo el mismo, se consumen de manera esporádica.

Por último haciendo referencia a la sensación de apetito del niño, sucede exactamente lo mismo en ambos estudios. Los adultos que contestan al cuestionario se contradicen por lo que tampoco se sabe el porcentaje real de encuestados que realmente respetan la sensación de apetito del niño.

## 8. CONCLUSIONES

1. La realización de este estudio ha permitido conocer la alimentación que siguen los niños de 0 a 3 años y que acuden a guarderías de gestión privada del municipio de Lleida. Así se concluye que:
  - La lactancia materna es el método de alimentación escogido al nacer, hasta mínimo los 6 meses. Parte de la población no puede optar por este método debido a la reincorporación laboral o por decisión propia, optando por la leche adaptada.
  - Los niños prematuros inician antes la lactancia mixta por recomendación del pediatra al ser un niño de bajo peso.
  - La alimentación complementaria se inicia a partir de los 6 meses aunque los niños que toma o tomaron leche adaptada la suelen iniciar antes. El método “Baby-led weaning” es cada vez más conocido pero aún hay familias que no son partidarias.
  - Los triturados es la forma más común de empezar a introducir los alimentos, predominado como métodos de cocción el hervido y la plancha y utilizando para su cocción o posterior aliño aceite de oliva virgen extra.
  - Una minoría de los casos realiza dietas restrictivas por motivos de intolerancias o alergias.
  - Hay un consumo excesivo de proteína animal y bajo de proteína vegetal en los niños de origen no extranjero. Se observa también el consumo elevado de postres lácteos y galletas.
  
2. Las recomendaciones que nos aporta la guía “Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años)” no se cumplen al 100% dado que:
  - En algunos niños la lactancia materna exclusiva no se ha realizado hasta los 6 meses.
  - En general no existe una diversificación a la hora de presentar la comida ya que predominan los triturados.
  - Existe un elevado consumo de carne roja y embutidos.
  - Se observa un bajo consumo de legumbres en niños no extranjeros.
  - Se detecta un bajo consumo de pescado azul y huevos.
  - El consumo de farináceos integrales, vegetales de hoja verde, leche de vaca no modificada, AOVE y gluten es el correcto.
  - Existe un elevado consumo de postres lácteos y galletas.

3. Comparando los resultados obtenidos con los de las guarderías de gestión pública del municipio de Lleida podemos concluir, como hechos diferenciales, que en las guarderías de gestión privada:
  - Se benefician de LM los 3 grupos de estudio, no solo los de origen no extranjero.
  - Las dietas restrictivas se realizan únicamente debido a alergias e intolerancias y no por creencias religiosas.
  - Los triturados son más utilizados por los niños de origen extranjero y los preparados infantiles por los prematuros mientras que en el otro estudio ambas formas de introducir los alimentos predominan en los niños que toman o tomaron leche adaptada.
  - Mayor ingesta de legumbres y huevos.
  - Menor consumo de galletas.
4. Las guarderías de gestión privada del municipio de Lleida cumplen las recomendaciones de la guía “Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años)”.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Cancela, M. (2018). Importancia de la alimentación infantil. [Internet] Innatia.com. Disponible en: <http://www.innatia.com/s/c-alimentacion-infantil/a-nutricion-sana-para-ninos.html>.
2. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años). 2016; 32.
3. Lozano de la Torre, M. Lactancia materna. Recomendaciones del comité de lactancia de la AEP. 2005; 279-286.
4. León Cava, N., Lutter, C., Ross, J., Martín, L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. 2002; 15-128.
5. Georgina J. Lactancia materna y desarrollo psicomotor. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(4):402-5.
6. Urquiza Aréstegui. R. Lactancia materna exclusiva ¿siempre? Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 171-176.
7. Ros Arnal, I. Lactancia artificial y leches especiales. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2015; 24: 23-4.
8. D'Auria et al. Baby-led weaning: what a systematic review of the literature adds on Italian Journal of Pediatrics. 2018; 44-49.
9. Pardío-López, J. Alimentación complementaria del niño de seis a 12 meses de edad. Acta Pediátrica de México. 2012; 33 (2): 80-88.
10. Team W. La alimentación del bebé a partir de los 6 meses: complementando la lactancia [Internet]. Bebesymas.com. 2018. Disponible en : <https://www.bebesymas.com/momentoschicco/la-alimentacion-del-bebe-a-partir-de-los-6-meses-complementando-la-lactancia>.
11. Burgess A., Glasauer P. Guía de nutrición de la familia. Roma; 2006.
12. Journal compilation. Baby-led weaning. British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin. 2008; 33:108–110.
13. Consejos para que el baby-led weaning sea un éxito - Natural Wean [Internet]. Natural Wean. 2018. Disponible en: <https://naturalwean.com/consejos-baby-led-weaning-sea-exito/>.
14. Rivero Urgell, M. et al. Libro blanco de la nutrición infantil en España. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza; 2015.
15. Riart Sala, M. Estudi observacional de l'alimentació que segueixen els nens i nenes menors de tres anys de les escoles bressol municipals de la ciutat de Lleida. TFG. UdL. 2017.

16. N. Marta Díaz-Gómez et al. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. Rev Esp Salud Pública. 2016; 90 (15): 1-18.
17. Aguilar Palafox MI., Fernandez Ortega MA. Lactancia materna exclusiva. Rev Fac Med UNAM. 2007; 50 (4): 174-178.
18. Velasco Manrique MV. Medicina naturista. 2014; 8 (2): 64-72.
19. Vitoria Miñana I. et al. Errores dietéticos en el lactante: las bebidas vegetales (parte 1). Acta Pediatr Esp. 2015; 73(8): 195-202.
20. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. L'alimentació saludable en l'etapa escolar. 2017.



## 10. ANEXOS

**Anexo 1: Ejemplo de menú para niños de los 6 meses al año.**

	6-7 meses	8-9 meses	10-11 meses	Desde 12 meses
Con lactancia materna	Papilla, sopa espesa o puré semisólido con carne + aceite. Postre: fruta molida sin azúcar.	Agregar segunda comida y legumbres.	Agregar pescado y huevo.	El niño se incorpora gradualmente a la alimentación familiar (molida)
Sin lactancia materna	Leche en polvo diluida al 7,5% en agua hervida tibia. Azúcar: 2,5%. Cereales 3-5% papilla, sopa espesa o puré semisólido de verduras + cereales + carne molida + aceite. Postre: fruta.	Leche en polvo diluida al 7,5% en agua hervida tibia. Azúcar: 2,5%. Cereales 3-5% Agregar legumbres.	Leche en polvo diluida al 7,5% en agua hervida tibia. Azúcar: 2,5%. Cereales 3-5% Agregar pescado y huevo.	Leche en polvo diluida al 7,5% en agua hervida tibia. Azúcar: 2,5%. Cereales 3-5% El niño se incorpora gradualmente a la alimentación familiar

## Anexo 2: Calendario de incorporación de nuevos alimentos.

Alimentos	0-6 meses	6-12 meses	12-24 meses	≥ 3 años
<b>Leche materna</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Leche adaptada</b> ( en niños que no toman leche materna)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>Cereales, frutas, hortalizas, legumbres, huevos, carne y pescado, aceite de oliva, frutas secas chafadas o molidas</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Leche entera, yogurt y queso entero</b>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Sólidos con riesgo de atragantamiento</b> ( frutas secas enteras, palomitas, granos de uva enteros, manzana o zanahoria cruda)				<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Alimentos superfluos</b> (azúcar, miel, mermeladas, chocolate, postres lácticos, bollería, embutidos)	Cuanto más tarde y menos cantidad mejor (siempre a partir de los 12 meses)			

**Anexo 3: Pesos recomendables de raciones de alimentos proteicos de origen animal.**

<b>Alimento</b>	<b>Gramaje habitual</b>	<b>Cantidades recomendadas para infantes de 6-12 meses</b>	<b>Cantidades recomendadas para infantes de 12 meses a 3 años</b>
1 trozo carne de cerdo o ternera	80 g	20-30 g (1/3 trozo de lomo)	40-50 g (1/2 trozo de lomo)
1 pecho de pollo	150-200 g	20-30 g (1/6 pecho de pollo)	40-50 g (1/3 pecho de pollo)
1 filete de merluza	125-175 g	30-40 g (1/4 filete de merluza)	60-70 g (1/2 filete de merluza)
1 rodaja de merluza	60-100 g	30-40 g (1/2 rodaja de merluza)	60-70 g (1 rodaja pequeña o ½ grande)
1 huevo	S: 53 g M: 53-63 g L: 63-73 g	1 unidad pequeña (S)	1 unidad mediana (M)-grande (L)

**Anexo 4: Cuestionario.**

Quién responde el cuestionario: <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> otro: _____
País de origen: _____ Edad del infante: _____
Sexo: _____ Nº total de hijos: _____ Hijo nº: _____

**CUESTIONARIO**

**A. Lactancia**

1. ¿Cuándo nació su hijo, le dio el pecho?
  - Sí
  - No (*pasar a la pregunta 2*)
  - 1.1 ¿Durante cuánto tiempo le dio el pecho? \_\_\_\_\_
  - 1.2 ¿Durante cuánto tiempo fue de forma exclusiva? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál fue el peso de nacimiento? \_\_\_\_\_
  - 2.1 Fue prematuro/a?
    - Sí
    - No
3. ¿Por qué motivo o motivos decidió no darle el pecho?
  - Dificultades en la lactancia (dolor, pezón plano o pequeño, poca producción de leche...)
  - Reincorporación laboral inmediata
  - Patologías asociadas y/o tratamientos farmacológicos de la madre que lo contraindiquen
  - Decisión propia
4. ¿Tomó su hijo leche adaptada?
  - Sí
  - No
5. ¿En qué momento introdujo la leche adaptada? \_\_\_\_\_
  - a. ¿Continuó dando el pecho?
    - Sí
    - No

6. ¿Por qué motivo introdujo la leche adaptada?
- Recomendación del pediatra
  - Imposibilidad de empezar o seguir la lactancia materna
  - Reincorporación laboral
  - Dificultades en la lactancia (dolor, pezón plano o pequeño, poca producción de leche...)
  - Peso insuficiente del infante
  - Patologías asociadas y/o tratamiento farmacológico de la madre que lo contraindiquen
  - Otros \_\_\_\_\_
7. ¿Toma alguna medida de higiene al preparar los biberones?
- Sí
  - No, no es necesario
- 7.1 ¿Cuál?
- Lavarse las manos
  - Esterilizar el biberón
8. ¿Qué tipo de agua utiliza en la preparación de biberones?
- Grifo
  - Embotellada
9. ¿Reutiliza la leche del biberón que el bebé no ha tomado?
- Sí
  - No
10. ¿Utiliza calienta biberones?
- Sí, sobre todo por la noche
  - No
  - Puntualmente
11. ¿Daba agua en el periodo de lactancia exclusiva?
- Sí
  - No

**B. Beikost o alimentación complementaria**

12. ¿Cuándo empezó a introducir alimentos? \_\_\_\_\_
13. ¿Conoce el concepto de alimentación con sólidos o *Baby-led weaning*?
- Sí
  - No (*pasar a la pregunta 14*)

13.1 ¿Es partidario o lo ha utilizado?

- Sí
- No (*pasar a la pregunta 13*)

13.2 ¿Por qué motivo decidió utilizar este método para introducir los alimentos? (respuesta abierta)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14 ¿Cómo ha introducido los alimentos?

- Triturados
- Aplastados
- Preparados infantiles
- Enteros, a trocitos
- De diferentes formas, alternando

15 ¿Utiliza sal en las cocciones?

- Sí
- No

16 ¿Utiliza edulcorantes, azúcar o miel en los preparados?

- Sí
- No

17 ¿Qué cocciones utiliza para su hijo? (respuesta múltiple)

- Vapor
- Hervido
- Frito
- Horno
- Plancha
- Asado
- Guisado
- Microondas
- Otros\_\_\_\_\_

17.1 ¿Cuál es la grasa/grasas que utiliza?

- Aceite de oliva
- Aceite de oliva virgen extra
- Aceite de semillas (girasol...)

- Mantequilla
- Otros \_\_\_\_\_

18 ¿En qué momento introdujo el gluten? (pan, pasta, galletas...)

- Antes de los seis meses
- Después de los seis meses

18.1 ¿Quién se lo recomendó?

- Pediatra
- Enfermero/a
- Dietista-Nutricionista
- Amigos
- Internet
- Libros de alimentación
- Otros \_\_\_\_\_

19 ¿Utiliza cereales y farináceos integrales? (pan, arroz, pasta, cereales de desayuno...)

- Sí
- No

20 ¿A qué edad introdujo la leche de vaca? \_\_\_\_\_

21 ¿El infante toma bebidas vegetales?

- Sí
- No

21.1 ¿Estas bebidas se toman como sustituyentes de la leche de vaca?

- Sí
- No

22 ¿A qué edad introdujo los vegetales de hoja verde como las espinacas y las acelgas? \_\_\_\_\_

23 ¿El infante comparte las comidas y preparaciones con el resto de la familia?

- Sí
- No

### **C. Dietas restrictivas**

24 ¿Su hijo sigue algún tipo de dieta restrictiva? (sin gluten, sin lactosa, vegetariana, vegana...)

- Sí
- No (*pasar a la pregunta 27*)



25 ¿Cuál es el motivo por el que da a su hijo una dieta restrictiva?

- Alergia o intolerancia
  - Gluten – celiacúa
  - Lactosa
  - Al huevo
  - A la leche de vaca
  - Pescado
  - Frutos secos
  - Otros\_\_\_\_\_
- Creencias religiosas
- Patologías o trastornos diagnosticados por otros profesionales (naturopata, homeópata...)
- Otros\_\_\_\_\_

26. ¿Su hijo sigue una dieta vegetariana o vegana?

- Sí
- No

27. ¿Toma algún suplemento?

- Vitamina B12
- Omega-3
- Calcio
- Hierro
- Otros:\_\_\_\_\_

#### **D. Guardería**

28 ¿Asiste o ha asistido su hijo/a a la guardería?

- Sí
- No

29 ¿Come en la guardería?

- Sí
- No (*pasar a la pregunta 30*)

29.1 ¿La comida la proporciona la misma guardería?

- Sí
- No

29.2 ¿Desde la guardería facilitan las programaciones alimentarias? (menús)

- Sí
- No

29.3 ¿Estas programaciones especifican el tipo de preparación y los ingredientes de cada plato?

- Sí
- No

29.4 ¿Especifican el tipo de carne y pescado?

- Sí
- No

#### **E. Hábitos alimentarios**

30 ¿Cuántas veces a la semana le da carne a su hijo/a?

- Ninguno
- Una
- Dos
- Tres
- Más de tres

30.1 Cuantas veces es:

- Carne blanca (pollo, pavo...) \_\_\_\_\_
- Carne roja (ternera, cerdo...) \_\_\_\_\_
- Embutidos y derivados cárnicos (jamones, patés...) \_\_\_\_\_

30.2 ¿Qué cantidad por comida? \_\_\_\_\_

31 ¿Cuántas veces a la semana le da legumbres a su hijo?

- Ninguna
- Una
- Dos
- Tres
- Más de tres

32 ¿Cuántas veces a la semana le da pescado a su hijo?

- Ninguna
- Una
- Dos
- Tres
- Más de tres

32.1 Cuantas veces es:

- Pescado blanco (merluza, rape, lenguado...) \_\_\_\_\_
- Pescado azul (atún, salmón...) \_\_\_\_\_
- Marisco (gambas, langostinos...) \_\_\_\_\_

32.2 ¿Qué cantidad por comida? \_\_\_\_\_

33 ¿Su hijo come fruta a diario?

- Sí
- No (*pasar a la pregunta 34*)

33.1 ¿Qué cantidad?

- 1 pieza al día
- 2 piezas al día

34 ¿Su hijo come verdura a diario?

- Sí
- No (*pasar a la pregunta 35*)

34.1 ¿Cuándo?

- Para comer
- Para cenar
- Para comer y para cenar

34.2 ¿Qué cantidad por comida? \_\_\_\_\_

35 ¿Le da a su hijo derivados lácteos?

- Sí
- No

35.1 ¿De qué tipo?

- Queso tierno
- Yogur
- Postres lácteos

36 ¿Cuántos huevos a la semana le da a su hijo?

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Tres
- Más de tres

37 ¿Le da dulces y bollería a su hijo?

- Sí
- Esporádicamente
- Un día a la semana
- Dos días a la semana
- Tres días o más a la semana
- No

38 ¿Toma galletas?

- Sí
- Esporádicamente
- Un día a la semana
- Dos días a la semana
- Tres días o más a la semana
- No

39 ¿Toma cereales de almuerzo? (tipo snacks, chocapics...)

- Sí
- Esporádicamente
- Un día a la semana
- Dos días a la semana
- Tres días o más a la semana
- No

40 ¿Cree que su hijo ha de comer tomo lo que usted le sirve en el plato?

- Sí
- No

40.1 ¿Tiene en cuenta la sensación de hambre de su hijo?

- Sí
- No