

<https://doi.org/10.48061/SAN.2026.27.2.85>

LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y DECISIONES PARENTALES EN LA ALIMENTACIÓN DURANTE LOS PRIMEROS TRES AÑOS DE VIDA

BREASTFEEDING, COMPLEMENTARY FEEDING AND PARENTAL FEEDING DECISIONS DURING THE FIRST THREE YEARS OF LIFE

Miriam Tonietti¹, Laura Beatriz López¹, Adriana Roussos¹, Chuan Chuan Lin¹

¹ Sociedad Argentina de Nutrición. Grupo de Trabajo "Nutrición Transgeneracional y Salud Futura"

Correspondencia: Miriam Tonietti

E-mail: mtonietti@yahoo.com.ar

Presentado: 23/1/26. Aceptado: 25/4/26

RESUMEN

Introducción: La alimentación en los primeros años de vida es determinante para el crecimiento y el desarrollo saludable. El objetivo del estudio fue describir los patrones y entornos alimentarios que acompañan la lactancia materna en niños y niñas hasta los tres años, así como las motivaciones, influencias y conocimientos que guían las decisiones parentales al momento de elegir los alimentos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal aplicando un cuestionario virtual autoadministrado a residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Rosario. La muestra estuvo compuesta por 496 niños/as nacidos a término, con peso ≥ 2500 g. Se analizaron variables sociodemográficas, creencias y comportamientos parentales, prácticas de lactancia, conocimientos sobre etiquetado frontal y fuentes de influencia alimentaria. Análisis estadístico: software R (v4.3.1), pruebas de Kruskal-Wallis y chi-cuadrado, nivel de significancia: 0,05.

Resultados: 90,3% de los niños/as fue alguna vez amamantado. En lactantes de 0-6 meses la lactancia exclusiva alcanzó el 43,3% y la mixta el 55,7%. Las fórmulas infantiles fueron percibidas como una alternativa segura y nutritiva cuando la lactancia no es posible. Se observó una introducción temprana de frutas y vegetales, bajo consumo de legumbres y un incremento de snacks y bebidas azucaradas con la edad. El 88% de los cuidadores expresó interés por una alimentación saludable, aunque el 42% reportó escasa información sobre el etiquetado frontal. El pediatra fue la principal fuente de orientación (69%), seguido por otros profesionales y redes sociales.

Conclusión: Los resultados evidencian prácticas alimentarias en las que persisten hábitos que requieren fortalecimiento, especialmente en relación con el valor de la lactancia materna exclusiva, la calidad de las bebidas y la comprensión del etiquetado nutricional. Se recomienda promover estrategias educativas dirigidas a padres y cuidadores para optimizar la alimentación durante la primera infancia.

Palabras clave: lactancia materna; fórmulas infantiles; alimentación complementaria; prácticas alimentarias.

ABSTRACT

Introduction: Nutrition in the first years of life is crucial for healthy growth and development. This study aimed to describe the feeding patterns and environments that accompany breastfeeding in children up to three years of age, as well as the motivations, influences, and knowledge that guide parental food choices.

Methods: An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted using a self-administered online questionnaire, applied to residents of the Metropolitan Area of Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, and Rosario. The sample consisted of 496 full-term infants weighing ≥ 2500 g. Sociodemographic variables, parental beliefs and behaviors, breastfeeding practices, knowledge about front-of-package labeling, and sources of dietary influence were analyzed. Statistical analysis: R software (v4.3.1), Kruskal-Wallis and chi-square tests, significance level: 0.05.

Results: 90.3% of the children had been ever breastfed. Among infants aged 0-6 months, exclusive breastfeeding reached 43.3% and mixed breastfeeding 55.7%. Infant formulas were perceived as a safe and nutritious alternative when breastfeeding is not possible. Early introduction of fruits and vegetables, low consumption of legumes, and an increase in snacks and sugary drinks with age were observed. 88% of caregivers expressed interest in healthy eating, although 42% reported limited infor-

mation about front-of-package labeling. The pediatrician was the main source of guidance (69%), followed by other professionals and social media.

Conclusion: The results show persistent infant feeding habits that require strengthening, especially the importance of exclusive breast feeding, the quality of beverages and understanding of nutritional labeling. It is recommended to promote educational strategies aimed at parents and caregivers to optimize nutrition during early childhood.

Keywords: breastfeeding; infant formula; complementary feeding; feeding practices.

(En este estudio, a fin de simplificar la redacción el término madres se utiliza de manera inclusiva para referirse tanto a madres como a padres, y niño para aludir indistintamente a niños y niñas)

INTRODUCCIÓN

La alimentación durante los primeros 36 meses de vida resulta determinante para el estado de salud y la predisposición a enfermedades en etapas posteriores. La lactancia materna (LM) es esencial en los primeros meses para garantizar una adecuada nutrición. En Argentina, los datos de la Encuesta Nacional de Lactancia Materna 2022 (ENaLac) muestran que 9 de cada 10 niños de 0 a 6 meses reciben LM y cerca de la mitad lo hace de forma exclusiva (LME), aunque esta proporción desciende con la edad ¹.

La lactancia continuada aumentó en la última década, alcanzando el 80,6%. La ENNyS 2 reveló que, si bien casi todos los niños inician LM, solo el 56,5% lo hace en la primera hora y la LME en menores de 6 meses es del 43,7%, con marcadas diferencias regionales. La introducción temprana de fórmula, agua y semisólidos es frecuente, asociándose a menor duración de LM, factores como la mayor edad materna y el trabajo fuera del hogar, mientras que la atención en el sistema público y la multiparidad actúan como protectores².

A diferencia de la abundante información sobre LM, los datos sobre alimentación complementaria son limitados y provienen principalmente de la ENNyS ¹³ y ²². Estos estudios, junto con evidencia reciente, señalan una incorporación temprana de alimentos y bebidas de baja calidad nutricional y escasa diversidad, fuertemente influida por las condiciones socioeconómicas de las familias⁴.

El presente trabajo se realizó teniendo como propósitos conocer los patrones y entornos alimentarios que acompañan la lactancia materna en los niños hasta los tres años y las motivaciones, influencias y conocimientos que priorizan los padres al momento de elegir los alimentos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se analizaron los datos procedentes de un cuestionario virtual autoadministrado no validado, implementado por una consultora de investigación de mercado a un grupo de personas seleccionadas residentes en el Área Metropolitana de las localidades de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Rosario.

La recolección de datos se realizó entre septiembre y noviembre de 2024, abarcando una muestra de 496 niños de 0 meses a 3 años, nacidos a término (37 semanas gestacionales o más), con un peso >2500 gramos. Se establecieron cuatro puntos de corte por edad: de 0 a 6 meses, 7 a 12 meses, 13 a 24 meses y 2 a 3 años. Los niños fueron seleccionados mediante un muestreo por bola de nieve en función de sus características sociodemográficas y categorías de edad.

Se analizaron las siguientes variables:

Características sociodemográficas del respondedor: sexo, edad, lugar de residencia, número de hijos y edades. Se realizó una segmentación de la población según niveles socioeconómicos (NSE: ABC1, C2, C3 y D1), de acuerdo con su poder adquisitivo, nivel educativo, tipo de ocupación y condiciones de vida. ABC1: segmento de mayor nivel socioeconómico: hogares con altos ingresos, elevado nivel educativo (universitario o superior), ocupaciones profesionales, directivas o empresariales, y acceso a bienes y servicios de alta calidad. C2: Representa a la clase media alta: ingresos medios-altos, educación media o terciaria, y ocupaciones formales con estabilidad laboral. C3: Comprende a la clase media baja: ingresos moderados, educación secundaria completa o incompleta y empleos técnicos, administrativos o de servicios. D1: Agrupa a los sectores de menores recursos dentro de la población urbana, con bajos ingresos, niveles educativos bajos y ocupaciones informales o de baja calificación.

Creencias y comportamientos de los padres: comportamientos relacionados con el aporte de alimentos

y bebidas de acuerdo con las creencias sobre su valor nutricional, la adecuación/inadecuación a las necesidades del niño/a y su impacto sobre la salud. Comportamientos relacionados con la planificación del menú.

Creencias sobre las fórmulas y otros componentes lácteos: beneficios nutricionales y no nutricionales de su consumo.

Prácticas de lactancia: Lactancia materna exclusiva o parcial, edad de destete.

Conocimientos y comportamientos parentales: sobre el etiquetado frontal de alimentos y su influencia en las elecciones de compra, adherencia a recomendaciones sobre alimentación provenientes de pediatras, de otros efectores de la salud y/o de otros comunicadores/influencers.

Hábitos de crianza: Asistencia a jardín de infantes: frecuencia, horario, comidas en el jardín. Participación de otros cuidadores en el cuidado del niño.

Características de la alimentación del niño: Se analizaron los patrones de consumo a partir del análisis de un diario de consumo que evaluó la ingesta de alimentos y bebidas durante un período de 4 días, incluyendo tanto días hábiles como fines de semana. Los alimentos se agruparon en las siguientes categorías: leche materna, leche, yogures y quesos, frutas, vegetales, bebidas, carne y productos cárnicos, cereales y derivados, huevo, preparaciones con cereales y vegetales sin carne, preparaciones con cereales, vegetales y carne, panificados y postres, legumbres, dulces, aceites y grasas y snacks.

Análisis Estadístico: El análisis descriptivo fue realizado utilizando el software R (versión 4.3.1) Las variables categóricas y las variables continuas fueron descritas mediante proporciones y medidas de tendencia central, según correspondiera. Se exploraron las frecuencias absolutas y relativas de cada categoría, y en el caso de variables continuas, se calcularon medidas como mediana y rango intercuartílico. Para explorar asociaciones entre variables, se evaluaron previamente los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas mediante las pruebas de Shapiro-Wilk y Levene, respectivamente. Según los resultados, se aplicaron la prueba de Kruskal-Wallis y la prueba de chi-cuadrado de independencia. Se consideró un umbral de significancia estadística de $p < 0.05$ para todas las pruebas realizadas.

Consideraciones éticas: Se obtuvo consentimiento informado antes de la participación, garantizando la voluntariedad, el derecho a retirarse y la ausencia de procedimientos invasivos. El estudio se desarrolló conforme a las normas éticas nacionales e internacionales, incluyendo la Declaración de Helsinki, y cumplió con las leyes argentinas N.º 17.622 y N.º 25.326, asegurando el anonimato y la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

De un total de 538 personas contactadas se obtuvieron 496 respuestas efectivas (92%), y el 89% de las encuestas fueron respondidas por madres y el resto por padres. Los casos eliminados se debieron a respuestas incoherentes o falta de respuesta. La edad media de los participantes fue de 33,4 años (rango: 19–51 años). Las características sociodemográficas de los encuestados se presentan en la Tabla 1.

En relación con la lactancia materna, el 90,3% de los niños había sido alguna vez amamantado. Al momento de la encuesta, el 76,7% de los niños de hasta 24 meses estaba siendo amamantado. La edad media de destete de los que ya no recibían leche materna fue de 7,8 meses (mediana: 6; rango: 1–20 meses), sin diferencias significativas según NSE ni edad materna. Durante los primeros 6 meses, el 92,5% consumió leche materna, porcentaje que descendió a 67,6% entre los 7-12 meses, a 56,4% entre 13-24 meses y a 25,3% entre los 2 y 3 años. Entre los amamantados del grupo etario 0 a 6 meses, la lactancia exclusiva se observó en el 43,3% de los casos, mientras que la lactancia mixta (leche materna + fórmula) alcanzó el 55,7% (Figura 1).

Respecto del consumo de fórmulas infantiles, 87% o más de los encuestados consideró que resultan la mejor alternativa cuando la lactancia exclusiva no puede sostenerse, y que su utilización proporciona tranquilidad a quienes no pueden amamantar o requieren complementar la alimentación. Se destacaron beneficios vinculados a la participación paterna, el bienestar materno y la percepción de seguridad nutricional. También se las percibió como un alimento completo en vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos, prebióticos y grasas (74%), adecuado para cubrir las necesidades del primer año de vida. Sin embargo, un 38% no identificó diferencias nutricionales relevantes entre la fórmula y la leche de vaca, sin observarse variaciones significativas según nivel socioeconómico ($p=0,42$). Otros aspectos mencionados fueron su rol como solución práctica a problemas de alimentación (72%), su capacidad de favorecer el bienestar emocional del niño y de la familia (75%), y la tranquilidad que genera a los cuidadores en el proceso de crianza (66%).

El análisis de los registros alimentarios mostró que, a partir de los 6 meses, casi todos los niños incorporaron frutas y que un 38% de los menores de 6 meses también las consumieron. El consumo de vegetales cocidos fue elevado en el primer año, disminuyendo posteriormente; alrededor del 50% de los mayores de un año

incorporaron vegetales crudos. Los cereales y derivados más frecuentes fueron pastas, arroz, polenta, pan y galletitas. El consumo de carnes inició mayormente en forma de papillas, incrementándose en preparaciones diversas con la edad. El huevo presentó una ingesta estable desde los 7 meses, aunque entre el 20–30% no lo consumió en el período registrado. El consumo de legumbres no superó el 27%. En relación con aceites, grasas y frutos secos, se observó incorporación de estos últimos en un 10–20% de los niños desde los 7 meses; la palta fue más frecuente en el grupo de 7–12 meses. Un 21,9% de los mayores de 2 años consumió snacks. Más del 95% de los mayores de 7 meses ingirió agua, aunque se registró también un alto consumo de bebidas azucaradas, jugos, licuados e infusiones, a pesar de su recomendación negativa en las guías hasta los 2 años (Tabla 2).

En cuanto a las percepciones parentales, más del 88% manifestó interés por ofrecer una alimentación saludable, enfatizando la importancia de la variedad, la calidad de los alimentos y su origen.

Un tercio de los niños concurría al jardín, de los cuales el 25% lo hacía en jornada completa. En 96% de los casos la madre o el padre refirieron ser los responsables de preparar la comida y/o alimentar al niño.

Sobre el etiquetado frontal, el 42% declaró sentirse poco o nada informado, con diferencias significativas según NSE ($p=0,02986$). No obstante, más del 60% consideró importante la presencia de sellos en la decisión de compra, aunque solo un 35% refirió haber cambiado de marca para elegir productos con menos o sin sellos, sin diferencias por NSE.

Finalmente, en relación con las fuentes de influencia alimentaria, el pediatra fue señalado por el 69% de los encuestados, con mayor adherencia en niños de menor edad. El 28,6% consultó a otros profesionales (puericultoras y nutricionistas principalmente). Asimismo, se evidenció un fuerte impacto de redes sociales: 83,7% siguen cuentas de crianza, destacando cuentas de pediatras, madres/padres, crianza y nutricionistas (Figura 2).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran una elevada prevalencia de lactancia materna (90,3%), con altas tasas de sostenimiento. Sin embargo, menos de la mitad de los niños de hasta 1 año reciben leche materna sin complementar. Estos datos coinciden con los de una encuesta similar realizada por Zapata y col. con más de mil encuestados, en la que el 95% de los niños habían sido amamantados alguna vez, con prevalencias de amamantamiento por edad similares a las nuestras: 92,6% entre 0 y 5 meses, 73,9% de 6 a 11 meses, 70,3% de 12 a 17 meses y 56,5% de 18 a 23 meses. De los que habían abandonado la lactancia materna, la edad de abandono fue similar: 7,8 meses. La frecuencia de LME en los menores de 6 meses fue 47,6% y de lactancia mixta fue 26,4%. La frecuencia de lactancia continua entre los 13 y 24 meses fue 64,9%⁵. Los datos nacionales reportados por Zapata y col. sobre la ENNyS 2 informan que, si bien el 97% de los niños argentinos son amamantados en algún momento, solo 47% de los menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva⁶. En nuestro estudio 2/3 de los niños continuaba recibiendo leche materna entre los 13 y 24 meses, mientras que en la ENNyS lo hacía el 47,7% lo que podría asociarse a una mayor valoración o conocimiento del amamantamiento en la población analizada en nuestra encuesta.

En relación con las fórmulas infantiles, la mayoría de los encuestados (87%) las percibió como una alternativa válida cuando la lactancia exclusiva no puede sostenerse, coincidiendo con Blasi y cols., quienes destacan que las fórmulas infantiles representan la opción nutricionalmente más adecuada⁷. Sin embargo, la percepción de la adecuación nutricional de las fórmulas no toma en cuenta que la leche humana es un biofluido cuyo beneficio trasciende el aspecto meramente nutricional: aporta miles de moléculas bioactivas (de algunas de las cuales aún no se conoce completamente su función) que protegen contra la infección e inflamación, contribuyen a la maduración inmune, al desarrollo de órganos y sistemas y a una colonización microbiana saludable⁸. Por otro lado, un 38% de los encuestados no distinguió diferencias relevantes entre fórmula y leche de vaca, lo que refleja vacíos de conocimiento sobre los riesgos de una introducción precoz de esta última⁷. Gran parte de los encuestados señaló beneficios adicionales en el uso de las fórmulas, como la incorporación del padre u otros cuidadores en la escena de la alimentación con roles compartidos. La “tranquilidad” que refieren madres y padres podría interpretarse como sugieren otros autores, como una respuesta adaptativa ante las exigencias contemporáneas de conciliación entre la maternidad, el trabajo y las expectativas sociales^{9–11}.

Respecto a la alimentación complementaria, se observan algunas desviaciones con respecto a las recomendaciones^{12–15}. El alto consumo de vegetales cocidos durante el primer año, seguido de una disminución posterior, sugiere un patrón de transición hacia alimentos más aceptados por el entorno familiar, en concordancia

con lo reportado por Zapata y col¹⁶, quienes identificaron una reducción en la variedad de alimentos saludables con el avance de la edad. La baja incorporación de vegetales crudos y el consumo limitado de legumbres (no superior al 27%) muestran una brecha entre las recomendaciones y las prácticas reales. Según las guías alimentarias ambos grupos deberían formar parte habitual de la dieta infantil por su aporte de fibra, micronutrientes y proteínas vegetales.

El patrón observado en los cereales y derivados –con predominio de pan, galletitas y pastas– indica una preferencia por productos refinados, en detrimento de opciones integrales o más saludables. Este hábito, junto con la incorporación de snacks en más del 20% de los mayores de dos años, coincide con estudios que describen la creciente exposición de los niños a alimentos industrializados^{5,16}. Tales prácticas podrían fomentar un aprendizaje alimentario orientado por la palatabilidad más que por la diversidad nutricional, generando riesgos a largo plazo.

El consumo estable de huevo desde los siete meses y la incorporación progresiva de carnes se ajustan a las recomendaciones de consensos internacionales sobre alimentación complementaria^{12,14}. Sin embargo, el 20–30% que no consumió huevo podría reflejar persistencia de temores a alergias o desconocimiento de las nuevas pautas de introducción segura de alimentos potencialmente alergénicos^{13,15}. Esto sugiere la necesidad de reforzar la comunicación profesional sobre la seguridad de estos alimentos y su valor nutricional.

Los hallazgos sobre bebidas son especialmente relevantes: aunque más del 95% de los mayores de siete meses consumió agua, también se observó un consumo elevado de bebidas azucaradas, jugos e infusiones, a pesar de que las guías desaconsejan su ingesta antes de los dos años^{12,13} y en concordancia con estudios locales previos¹⁷. Este patrón podría reflejar la persistencia de hábitos familiares, tradiciones culturales y exposición a mensajes de marketing que normalizan el consumo de azúcar en la infancia.

Por otro lado, más del 60% de los participantes reconoció la importancia del etiquetado frontal en sus decisiones de compra, aunque un 42% declaró sentirse poco o nada informado. Este patrón coincide con Casos y col. y Bugallo y col., quienes describen un conocimiento limitado del sistema de sellos en hogares con niños, especialmente en los estratos socioeconómicos bajos^{18,19}. La diferencia significativa según nivel socioeconómico refuerza la necesidad de estrategias comunicacionales focalizadas, como destacan Alaniz-Salinas y Castillo-Montes en población chilena²⁰. Que solo un 35% haya modificado su elección de marca para optar por productos con menos o sin sellos sugiere que, aunque el etiquetado es percibido como relevante, su efecto sobre el comportamiento sigue siendo limitado. Estudios regionales atribuyen esta brecha entre percepción y acción a factores como los hábitos previos, la disponibilidad de productos y la comprensión parcial de los sellos^{21,22}. En línea con Correa y cols. y Hansen y cols., la efectividad del etiquetado depende no solo de su visibilidad, sino también del nivel de alfabetización nutricional y del contexto sociocultural^{23,24}. Reforzar la educación alimentaria y la comunicación pública sobre el significado de los sellos podría potenciar su impacto en elecciones más saludables.

Finalmente, el pediatra fue señalado como la principal fuente de influencia alimentaria (69%), especialmente en los primeros años, en coincidencia con De Rosso y col., quienes destacan su papel central en la orientación sobre prácticas de alimentación infantil²⁵. Esto refuerza la importancia de fortalecer la formación en comunicación y educación alimentaria en el ámbito pediátrico. Sin embargo, la consulta a otros profesionales –puericultoras y nutricionistas– indica una tendencia hacia la diversificación de fuentes, lo cual puede enriquecer el acompañamiento, aunque también plantea el desafío de asegurar coherencia en los mensajes²⁶. La exposición a contenidos poco rigurosos puede generar tanto oportunidades educativas perdidas como riesgos de desinformación. Además, diversas investigaciones advierten sobre las estrategias de marketing en redes que inciden en las decisiones familiares, especialmente en productos ultraprocesados dirigidos a la infancia²⁷. Frente a este panorama, se hace necesario fortalecer las competencias críticas del entorno de crianza para identificar información confiable y promover entornos digitales más saludables.

Entre las limitaciones del trabajo cabe señalar que es un estudio de corte transversal, con la aplicación de un cuestionario no validado; en el que la población encuestada responde a un perfil proveniente de zonas urbanas y que podría incluir con mayor frecuencia a participantes con mayor acceso a internet, mayor nivel educativo o mayor interés en temas de crianza y nutrición, lo que limita la extrapolación de estos resultados a la población general.

CONCLUSIONES:

En conjunto, los resultados obtenidos en este grupo evidencian avances en la incorporación de alimentos recomendados, pero también la existencia de prácticas que podrían comprometer la calidad de la alimentación

infantil. Además, se observó un predominio de patrón lácteo mixto, con una valoración positiva de la participación de otros actores en la alimentación infantil por sobre los beneficios biopsicoemocionales de la lactancia materna exclusiva. Se evidencia una transformación en los entornos de influencia alimentaria, donde las fuentes tradicionales –como el pediatra– coexisten con nuevas formas de asesoramiento mediado por redes sociales. Este escenario plantea desafíos para las políticas de promoción de la alimentación saludable y para el rol de los profesionales de la salud, quienes deben adaptarse a una comunicación más participativa y digitalmente mediada. Fomentar estrategias de educación nutricional que integren el uso responsable de redes sociales y promuevan la alfabetización digital alimentaria podría ser una vía eficaz para mejorar las prácticas familiares en torno a la alimentación infantil.

Conflictos de interés

El estudio se realizó con el financiamiento de Nutricia Bagó.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Perinatal y Niñez. Situación de la Lactancia en Argentina. Encuesta Nacional de Lactancia, 2022. <https://iah.msal.gov.ar/doc/803.pdf> Recuperado el 27 de diciembre de 2025
2. Ministerio de Salud. 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Resumen ejecutivo 2019. <https://iah.msal.gov.ar/doc/705.pdf> Recuperado el 27 de diciembre de 2025.
3. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de resultados 2007. <https://cesni-biblioteca.org/archivos/ennys.pdf> Recuperado el 27 de diciembre de 2025.
4. Toniatti M, López L, Gorelik B, Roussos A, Arias L, Lin Ch. Situación nutricional en los primeros 1000 días del ciclo vital: una puesta al día de los datos disponibles en Argentina. Actualización en Nutrición 2022; 23(2): 103-110.
5. Zapata M E, Roviroso A, Nessier M C y Gómez P. Prácticas de lactancia y alimentación complementaria en niños y niñas menores de 2 años de la Argentina. UNICEF - CESNI 2024. <https://www.unicef.org/argentina/media/22276/file/Pr%C3%A1cticas%20de%20lactancia%20NNyA.pdf>. Recuperado el 27 de diciembre de 2025.
6. Zapata ME, Roviroso A, Nessier MC, Romero Mathieu N, et al. Inequality in breastfeeding and complementary feeding practices in Argentina by household income level in 2018–2019. Arch Argent Pediatr. 2024; 122(4): e202310221.
7. Blasi S N, Britos S, Carosella M V, Toniatti M N. Adecuación de la alimentación complementaria en diferentes escenarios de componente lácteo durante el primer año de vida. Actualización en Nutrición 2024; 25 (2): 57-65
8. Ballard O, Morrow A. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. Pediatr Clin North Am 2013; 60(1): 49-74.
9. Alvarenga WA, Gomes TRC, Silva CHR, Kayzuka GCM, Montigny F, Leite AM, Nascimento LC. Father's influence on breastfeeding continuity or interruption: metasynthesis. Rev Esc Enferm USP. 2025; 59: e20240303.
10. Canton C, Baston C, Álvarez Gatti P, Vecchiarelli C, Osio C. Perspectivas y valoración de la lactancia en los padres varones de una maternidad privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: investigación cualitativa. Arch Argent Pediatr. 2022; 120(3):187–94.
11. Mitchell-Box K, Braun KL. Fathers' thoughts on breastfeeding and implications for a theory-based intervention. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012; 41(6): E41–50.
12. WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Geneva: World Health Organization; 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864> Recuperado el 27 de diciembre de 2025
13. Ministerio de Salud (MSAL) 2021. Guía de práctica clínica sobre Alimentación complementaria para los niños y niñas menores de 2 años. http://leg.msal.gov.ar/pdf/msres1533_2021anexo.pdf Recuperado el 27 de diciembre de 2025
14. Fewtrell J, Bronsky J, Campoy C. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. JPGN 2017; 64: 119–132.
15. Vázquez-Frias R, Ladino L, Bagés-Mesa M C, Hernández-Rosiles V, Ochoa-Ortiz E, Alomía M, Bejarano R, Boggio-Marzet C, Bojórquez-Ramos M C, Colindres-Campos E, Fernández G, García-Sacallao E, González-Cerda I, Guisande A, Guzmán C, Moraga-Marques F, Palacios-Rosales J, Ramírez-Rodríguez N E, Roda J, Sanabria M C, Sánchez-Valverde F, Santiago R J, Sepúlveda-Valbuena N, Spolidoro J, Valdivieso-Falcón P, Villalobos-Palencia N y Koletzko B. Consenso de alimentación complementaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica: COCO 2023. Revista de Gastroenterología de México 2023; 88(1): 57-70.
16. Zapata ME, Cediel G, Arrieta E y col. Ultra-processed foods consumption and diet quality among preschool children and women of reproductive age from Argentina. Public Health Nutrition 2022; 26(11): 2304–2313.
17. Cedro D, Ketelhohn B, Desclée de Maredsous C y col. Consumo de alimentos y bebidas en niños pequeños de Argentina y reemplazos probables según el impacto nutricional: casos de simulación. Actualización en Nutrición 2025; 26(2):103-110.
18. Casos ME; Magariños C; Quintana ND; Razquin MA; Stropeni CB; Spirito MF. Conocimiento sobre alimentos ultraprocesados y etiquetado nutricional de padres, madres y/o tutores de niños y niñas de 6 a 12 años de una escuela pública de la provincia de Buenos Aires. Revista Nutrición Investiga 2023; 8(1): 97-155.
19. Bugallo O, Pinto M, Seré A - (director) Britos S. Etiquetado Frontal y decisión de compra de alimentos con exceso de nutrientes críticos en hogares con niños, niñas y adolescentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Etiquetado frontal, balance a casi dos años de su implementación en la Argentina - Trabajo final integrador - Carrera de Licenciatura en Nutrición - UCA. 2023 <https://uca.edu.ar/es/noticias/etiquetado-frontal-balance-a-casi-dos-anos-de-su-implementacion-en-la-argentina> Recuperado el 27 de diciembre de 2025.
20. Alaniz-Salinas N, Castillo-Montes M, Evaluación del etiquetado frontal de advertencia de la Ley de Alimentos en adultos responsables

de escolares de las comunas de La Serena y Coquimbo. *Rev Chil Nutr* 2020; 47(5): 738-49.

21. Ares G, Antúnez L, Giménez A, Gugliucci V, Vitola A, Machín L, Bove M I. Efectos inmediatos de la implementación del rotulado nutricional frontal en Uruguay- UNICEF 2020 <https://www.unicef.org/uruguay/sites/unicef.org.uruguay/files/2020-06/Efectos%20inmediatos%20de%20la%20implementaci%C3%B3n%20del%20rotulado%20nutricional%20frontal%20en%20Uruguay%20-%20Udelar%20y%20UNICEF.pdf> Recuperado el 27 de diciembre de 2025
22. Malzoni D, Secchi C M. Impacto del etiquetado frontal en el patrón de compra de alimentos envasados en Argentina. *Revista de la SAN. Actualización en Nutrición* 2024; 25(3): 103-110.
23. Correa T, Fierro C, Reyes M, Dillman Carpentier F R, Smith Taillie L, Corvalan C. Responses to the Chilean law of food labeling and advertising: exploring knowledge, perceptions and behaviors of mothers of young children. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2019; 16(1): 21.
24. Hansen E, Rodríguez Cámara M, Carrizo Olalla J. Evaluación del desempeño del Etiquetado Frontal de Advertencia frente a otros modelos en Argentina. Ministerio de Salud, Argentina, 2020 <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-02/investigacion-etiquetado-nutricional-frontal-informe-de-resultados.pdf> Recuperado el 27 de diciembre de 2025
25. De Rosso S, Schwartz C, Ducrot P, Nicklaus S. The perceptions and needs of French parents and pediatricians concerning information on complementary feeding. *Nutrients* 2021; 13: 2142.
26. Muñoz López B. Análisis del impacto de las redes sociales y aplicaciones móviles en la alimentación saludable: una revisión sistemática. Universitat Oberta de Catalunya 2023. <https://openaccess.uoc.edu/server/api/core/bitstreams/5e76258a-c3d3-4b32-954f-791879c69d93/content> Recuperado el 27 de diciembre de 2025.
27. Fundación Interamericana del corazón. Reporte de investigación: Técnicas de marketing dirigidas a niños y niñas en envases de alimentos procesados de Argentina (2017). <https://www.ficargentina.org/investigaciones/reporte-de-investigacion-tecnicas-de-marketing-dirigidas-a-ninos-y-ninas-en-envases-de-alimentos-procesados-de-argentina-2017/> Recuperado el 27 de diciembre de 2025

Tabla 1. Características de las/los encuestados (n: 496)

Característica	n	%
Sexo del encuestado/a		
Masculino	54	10,9
Femenino	442	89,1
Procedencia		
Gran Buenos Aires	146	29,4
CABA	105	21,2
Mendoza	86	17,3
Córdoba	81	16,3
Rosario	58	11,7
Otras ciudades	20	4,0
Nivel socioeconómico		
ABC1 (clase alta y media alta),	86	17,3
C2 (clase media),	116	23,4
C3 (clase media baja)	150	30,3
D1 (clase baja superior).	144	29,0
Nro de hijos en la familia		
Uno	251	50,6
Dos	167	33,7
Tres	64	12,9
Cuatro	13	2,6
Cinco o más	1	0,2
Edad del niño/a que formó parte de la muestra		
1 a 6 meses	121	24,2
7 a 12 meses	105	21,2
13 a 24 meses	124	25,0
25 a 36 meses	146	29,4
Sexo del niño/a		
Masculino	234	47,2
Femenino	262	52,8

Figura 1. Frecuencia de tipo de lactancia en menores de 2 años según rango etáreo

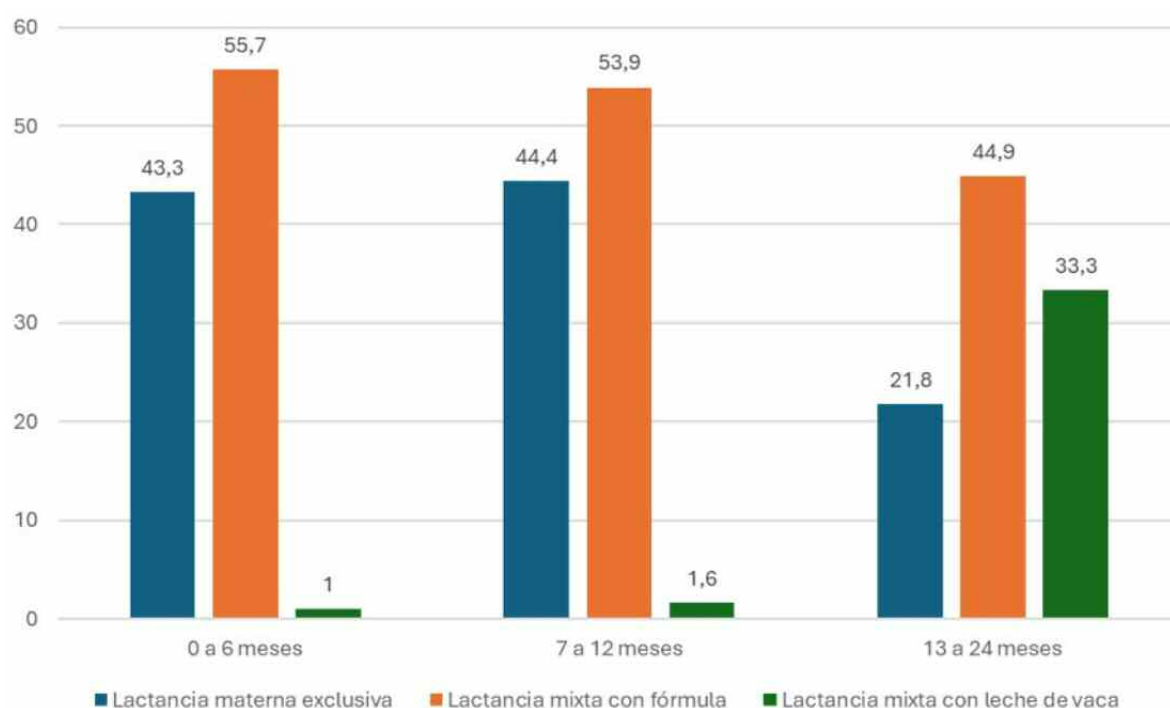


Tabla 2. Alimentos consumidos durante el registro de 4 días según rango etario

	0 a 6 meses		7 a 12 meses		13 a 24 meses		25 a 36 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lactancia materna	112	92,6	71	67,6	70	56,5	37	25,3
Leche-yogures-quesos	86	71,1	94	89,5	119	95,9	144	98,6
Frutas	47	38,8	101	96,1	118	95,2	139	95,2
Vegetales	46	38,0	100	95,2	117	94,3	129	88,4
Bebidas	44	36,3	103	98,1	124	100	146	100
Carne y productos cárnicos	35	28,9	94	89,5	123	99,2	142	97,3
Cereales y derivados	33	27,3	95	90,5	123	99,2	146	100
Huevo	21	17,4	81	77,1	99	79,8	103	70,6
Preparaciones sin carne, cereales y vegetales	11	9,1	25	23,8	53	42,7	50	34,3
Panificados-postres	10	8,3	57	54,3	107	86,3	137	93,8
Legumbres	8	6,6	29	27,6	30	24,2	39	26,7
Preparaciones con carne, cereales y vegetales	8	6,6	46	43,8	90	72,6	104	71,2
Dulces	5	4,1	2	1,9	32	25,8	64	43,8
Aceites y grasas	3	2,5	18	17,1	18	14,5	33	22,6
Snacks	2	1,6	1	0,9	-	-	32	21,9

Figura 2. Cuentas de redes sociales que son seguidas por los padres/madres (en % de respuestas)

