

Licenciatura en Nutrición  
Trabajo Final Integrador

Autora: Graciela Lilian Achdjogli

**CONOCIMIENTO PATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN  
COMPLEMENTARIA EN NIÑOS/AS DE 6 A 12 MESES DE  
EDAD**

2018

Tutoras: Lic. Celeste Concilio y Lic. Eleonora Zummer

*Citar como: Achdjogli GL. Conocimiento paterno sobre alimentación complementaria en niños/as de 6 a 12 meses de edad. Licenciatura en Nutrición. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2018*



# CONOCIMIENTO PATERNO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL NIÑO/A DE 6 A 12 MESES DE EDAD

Autor: Achdjogli G.

graysachd@hotmail.com

Universidad Isalud

---

## Resumen

**Introducción:** La alimentación complementaria es el proceso que se inicia cuando la lactancia materna exclusiva no alcanza a satisfacer las demandas nutricionales del niño/a, para ello resulta fundamental colaborar en la transición de una dieta líquida a la de consumo familiar y contribuir a la incorporación de hábitos saludables de alimentación a los efectos de lograr un óptimo crecimiento y desarrollo en el niño/a.

**Objetivos:** Evaluar el grado de conocimiento que tienen los papás de niños/as de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria, determinar el conocimiento sobre el momento de inicio así como la progresión de los alimentos mes a mes y sobre la frecuencia de comidas, definir el tipo de alimentos referidos como adecuados por el padre, indagar acerca de la introducción de agua, el uso temprano de sal y azúcar así como también el conocimiento sobre potenciales alimentos alergénicos, sobre las fuentes de donde obtuvieron información e identificar los conocimientos que tienen sobre las medidas de higiene.

**Material y Métodos:** Diseño descriptivo de corte transversal, observacional. Se realizó una encuesta con preguntas abiertas a una población seleccionada en forma aleatoria conformada por 40 papás de niños/as de entre 6 y 12 meses de edad en CABA, la misma se llevó a cabo en el mes de Octubre de 2018.

**Resultados:** Los resultados obtenidos muestran que los papás presentan conocimientos adecuados sobre alimentación complementaria en el niño/a. El 62.5% de la población incluyen los primeros alimentos de manera oportuna, es decir a los 6 meses, el 17.5% lo aplica de manera precoz y el 20% lo hace en forma tardía. De los alimentos a incorporar al niño/a, el 97.5% eligió el zapallo y el 75% la manzana. De la frecuencia de comidas, resultaron adecuados en todos los rangos etarios, a los 6 meses en un 52.5%, 7 y 8 meses en un 77.5% y entre 9 y 12 meses en un 75%. Evaluando la introducción de agua, sal y azúcares se observa que, el 62.5% decidió incorporar el agua a partir de los 6 meses resultando favorable, sobre la inclusión de sal y azúcares, el 87.5% optó por no incorporar sal a las comidas y sobre los azúcares el 85% lo hizo de manera adecuada también. Con respecto a las prácticas básicas de higiene el 100% de la población resultó positivo para esta variable. De las fuentes de información el 85% refirió obtener conocimientos a través del médico pediatra, en gran medida. Acerca del análisis sobre conocimiento de alimentos alergénicos, el 72.5% lo atribuyó en mayor preponderancia a los pescados y mariscos.

**Conclusión:** Si bien los papás presentan conocimientos adecuados sobre alimentación complementaria resulta imprescindible continuar reforzando y enriqueciendo estos conocimientos haciendo educación alimentaria mediante la implementación de talleres o charlas para que de esta manera se logre aumentar la difusión del tema en estudio.

**Palabras clave:** Alimentación complementaria; conocimientos; padres

# PARENTAL KNOWLEDGE ON COMPLEMENTARY FOOD IN THE CHILD FROM 6 TO 12 MONTHS AGE

Autor: Achdjogli G.

graysachd@hotmail.com

Universidad Isalud

---

## Summary

**Introduction:** Complementary feeding is the process that begins when exclusive breastfeeding fails to meet the nutritional demands of the child, it is essential to collaborate in the transition from a liquid diet to the family consumption and contribute to the incorporation of healthy eating habits in order to achieve optimal growth and development in the child.

**Objectives:** To evaluate the degree of knowledge that dads have of children from 6 to 12 months on complementary feeding, to determine the knowledge about the moment of beginning as well as the progression of the food month by month and about the frequency of meals, to define the type of foods referred to as adequate by the father, inquire about the introduction of water, the early use of salt and sugar as well as knowledge about potential allergenic foods, about the sources from which they obtained information and identify the knowledge they have about the measures of hygiene.

**Material and Methods:** Descriptive design of cross section, observational. A survey was conducted with open questions to a randomly selected population consisting of 40 dads of children between 6 and 12 months of age in CABA, it was carried out in the month of October 2018.

**Results:** The results obtained show that the parents have adequate knowledge about complementary feeding in the child. 62.5% of the population includes the first foods in a timely manner that is to say at 6 months, 17.5% at an early stage and 20% at a late stage. Of the foods to be incorporated to the child, 97.5% chose the squash and 75% the apple. Of the frequency of meals, they were adequate in all age ranges, at 6 months in 52.5%, 7 and 8 months in 77.5% and between 9 and 12 months in 75%. Evaluating the introduction of water, salt and sugars, it is observed that, 62.5% decided to incorporate the water after 6 months resulting favorable, on the inclusion of salt and sugars, 87.5% chose not to add salt to the meals and on the sugars 85% did it properly as well. With regard to basic hygiene practices, 100% of the population was positive for this variable. Of the information sources, 85% reported obtaining knowledge through the pediatrician, to a great extent. About the analysis on knowledge of allergenic foods, 72.5% attributed it in greater preponderance to fish and shellfish.

**Conclusion:** Although parents have adequate knowledge of complementary feeding, it is essential to continue reinforcing and enriching this knowledge by making food education through the implementation of workshops or lectures so that the dissemination of the topic under study can be increased.

**Keywords:** Complementary feeding; knowledge; parents

## ÍNDICE

1- INTRODUCCIÓN .....	1
2-MARCO TEÓRICO .....	4
2.1 Introducción .....	4
2.2 Crecimiento y desarrollo del niño.....	5
2.3 Lactancia Materna Exclusiva.....	5
2.4 Alimentación complementaria: Definición, Inicio y Justificación .....	6
2.4.1 Desarrollo neuromuscular .....	7
2.4.2 Desarrollo del tracto gastrointestinal.....	9
2.4.3 Función renal.....	10
2.5 Requerimientos nutricionales en el niño de 6 a 12 meses .....	10
2.5.1 Energía .....	11
2.5.2 Hidratos de Carbono.....	12
2.5.3 Proteínas .....	13
2.5.4 Lípidos.....	13
2.5.5 Micronutrientes .....	14
2.6 Alimentación complementaria temprana .....	16
2.7 Alimentación complementaria tardía.....	17
2.8 Alimentación complementaria: frecuencia, cantidad, consistencia y selección de alimentos por mes.....	17
2.8.1 Frecuencia y cantidad de alimentos en niños de 6 a 12 meses.....	17
2.8.2 Consistencia .....	19
2.8.3 Selección de alimentos por edad .....	19
2.9 Introducción del agua, sal y azúcar.....	22
2.10 Medidas de higiene en la alimentación complementaria .....	23
4-PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	34
5-OBJETIVOS .....	34
6-METODOLOGÍA .....	36
7- VARIABLES .....	37

8- RESULTADOS .....	41
9-CONCLUSIONES .....	56
10-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59
11-ANEXOS.....	64

## 1- INTRODUCCIÓN

El primer año de vida se caracteriza por un rápido crecimiento y desarrollo tanto físico como intelectual, así como también se presentan cambios en la composición corporal, por ello, es crucial satisfacer las demandas nutricionales durante esta etapa de la vida. Crecer indica aumento de tamaño, mientras que desarrollo hace referencia a la diferenciación morfológica y funcional. Ambos procesos son el resultado de la interacción tanto de factores genéticos como de las condiciones del medio ambiente en las que vive el niño (físicas, nutricionales, biológicas) (1).

Desde el nacimiento hasta los seis meses de vida el alimento por excelencia en el niño, y tal como recomienda la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), es la leche materna, ya que aporta todos los nutrientes que el niño necesita durante este período. Cabe destacar que la leche materna posee múltiples beneficios al niño ya que no solo provee el mejor aporte metabólico sino que también disminuye la sensibilización a las alergias e incrementa la inmunidad brindando protección al niño contra infecciones, disminuye el riesgo de muerte súbita y le confiere protección frente a enfermedades crónicas, asimismo, favorece la instauración del vínculo madre-hijo. Este vínculo es reconocido, desde hace tiempo, como un componente fundamental para lograr un desarrollo psicosocial adecuado. También presenta ventajas para la madre ya sea desde el punto de vista económico, de practicidad, así como también la protege frente a neoplasias, ovarios y útero, contribuye a acelerar la recuperación del peso, entre otras (1,2).

Luego de los 6 meses la leche materna no alcanza a cubrir las demandas nutricionales del niño por lo que se hace necesaria la introducción de otros alimentos que complementen la lactancia materna. Esta transición de la leche materna a otros alimentos es lo que se conoce como Alimentación Complementaria y abarca el periodo desde los 6 a 24 meses de edad, según recomendaciones de diferentes Organismos como la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Argentina de Pediatría, entre otros.

Por otro lado, cabe mencionar que, las Guías alimentarias para la Población Infantil contempla tres etapas en la alimentación del niño, a decir, periodo inicial que comprende la Lactancia Materna Exclusiva de 0 a 6 meses, periodo de transición que corresponde a la alimentación complementaria

oportuna que abarca el periodo de 6 a 12 meses y finalmente un periodo de Incorporación a las Pautas Familiares a partir de los 12 meses en adelante.

Dicho de otro modo, la alimentación complementaria del niño debe estar orientada no solo a complementar la leche materna sino también a lograr el desarrollo de la conducta alimentaria desde su más temprano inicio.

Por otra parte, es importante mencionar, que durante esta etapa tanto la maduración digestiva como la maduración renal van progresando así como también avanza la maduración neurológica, lo que fundamenta aún más la incorporación gradual de alimentos nuevos. La selección de alimentos se debe realizar en función de los cambios madurativos y la edad del niño, así como también la frecuencia, cantidad, texturas y consistencias de las preparaciones. Se debe tener cierta consideración con algunos alimentos debido a la elevada cantidad de sodio y azúcares que presentan en su composición como los snacks, gaseosas, jugos artificiales, etc. Asimismo, las Guías Alimentarias para la Población Infantil recomiendan evitar el agregado de sal y azúcar en las preparaciones ya que estos componentes se encuentran de manera natural en los alimentos y son suficientes para satisfacer las necesidades del niño. Es de suma importancia, a la hora de elaborar alimentos para el niño, la implementación de medidas higiénicas a los efectos de evitar contaminaciones y como consecuencia enfermedades, siendo la enfermedad diarreica la más prevalente en niños de 6 a 12 meses de edad (1,3).

Por otra parte, el comportamiento y los hábitos alimentarios que los padres adoptan, generalmente la madre, muchas veces, están influenciados por las costumbres familiares, culturales, socioambientales, creencias que pueden modificar los patrones alimentarios en el niño pudiendo desencadenar estados de malnutrición infantil, ya sea por déficits o por excesos.

Otro aspecto importante a destacar es la exigencia impuesta, desde siempre, a la madre en lo concerniente al cuidado del niño, la alimentación, las tareas del hogar, en fin, múltiples actividades en las que el hombre no era partícipe. Sin embargo, en la sociedad actual, la incursión de la madre en el campo laboral hizo que el rol del padre sea más activo, hoy día es más común ver a padres involucrados y comprometidos en la alimentación de sus hijos, en la crianza, en las labores del hogar, en otras palabras, el rol dinámico del padre de hoy contribuye a establecer una mejor relación y organización de ambos progenitores en lo que respecta al cuidado del niño.

Por todo lo expuesto, surge el interés de realizar el presente estudio con el objetivo de evaluar los conocimientos que tiene el padre sobre alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses, ya sea en lo referente al inicio, alimentos adecuados en este periodo, selección de alimentos, introducción del agua y uso de sal y azúcares en este grupo etario así como también evaluar el conocimiento sobre las medidas de higiene en la alimentación complementaria.



## 2-MARCO TEÓRICO

### 2.1 Introducción

Durante los primeros años de vida el niño requiere una gran demanda nutricional debido a la velocidad en el crecimiento, desarrollo, a sus elevados requerimientos nutricionales y sus características inmunológicas (1). Una nutrición óptima y adecuada desde el primer año de vida resulta crucial para el desarrollo pleno del potencial de cada ser humano; se reconoce que el periodo comprendido entre el nacimiento y los dos años de edad es una ventana crítica para la promoción de un crecimiento, desarrollo óptimo y un buen estado de salud. Por lo tanto cumplir con una adecuada alimentación en esta etapa del niño tendrá impacto positivo sobre la salud, estado nutricional, crecimiento y desarrollo tanto al corto, como mediano y largo plazo.

Las deficiencias nutricionales tempranas, a largo plazo, están íntimamente vinculadas a una menor capacidad de trabajo, rendimiento intelectual, salud reproductiva y estado de salud en general durante la adolescencia y la etapa adulta (4). Asimismo, estas deficiencias pueden acarrear enfermedades como la desnutrición, que en los dos primeros años de vida, es causa de desnutrición crónica reflejándose en un retardo en el crecimiento de la talla con respecto a la edad impactando negativamente tanto el desenvolvimiento cognitivo como el rendimiento escolar (5). Por esto, la importancia del inicio precoz de la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento del niño y posteriormente la aplicación de prácticas alimentarias a partir de los 6 meses de vida.

La Lactancia Materna también presenta ventajas para la madre ya sea desde el punto de vista económico, de practicidad, favorece el espaciamiento entre los hermanos debido al mantenimiento de niveles elevados de prolactina, lo que hace que se produzcan ciclos anovulatorios, a su vez, favorece la involución del útero luego del parto y la protege frente a neoplasias de mamas, ovarios y útero, así como también contribuye a acelerar la recuperación del peso

El sobrepeso y la obesidad también son problemáticas de prevalencia creciente en los niños, derivados, entre otras cosas, de malos hábitos alimentarios desde la infancia (1).

Cabe señalar que los niños/as obesos y con sobrepeso tienen más posibilidades de desarrollar enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

He aquí, el rol clave en el desarrollo de prácticas adecuadas de alimentación que eviten una nutrición insuficiente o, en su defecto, una malnutrición por exceso.

Así, La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (en adelante UNICEF) recomiendan:

- Inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida;
- Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida;
- Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos años o más (6).

## **2.2 Crecimiento y desarrollo del niño**

*“Se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez” (7).*

Ambos procesos son el resultado de la interacción tanto de factores genéticos como de las condiciones del medio ambiente en las que vive el niño (físicas, nutricionales, biológicas, etc). Ahora bien, si dichas condiciones se desarrollan favorablemente, el potencial genético de crecimiento y desarrollo se expresara de manera integral. Por el contrario, bajo condiciones ambientales desfavorables o si el niño no recibe una alimentación adecuada durante los primeros años de vida, dicho potencial genético se verá limitado dependiendo de la permanencia del agente agresor.

Ahora bien, para que el crecimiento y el desarrollo del niño se desenvuelvan de manera normal resulta indispensable contar con el aporte de una dieta adecuada en cuanto a cantidad, calidad y proporción armónica de sus componentes. Asimismo, son los nutrientes, aportados por la alimentación, los que permiten la formación y mantenimiento de los tejidos, el funcionamiento orgánico y el suministro de energía indispensable para la vida (7).

## **2.3 Lactancia Materna Exclusiva**

Lactancia materna exclusiva significa que el niño recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos (8).

La leche materna constituye el alimento de elección en la primera etapa de vida, otorgándole al niño los nutrientes necesarios para lograr un crecimiento y desarrollo óptimos. Además de proveer el mejor aporte metabólico, disminuye la sensibilización a las alergias e incrementa la inmunidad, por lo que protege al niño de infecciones, disminuye la muerte súbita y le confiere cierta protección frente a enfermedades crónicas. A su vez, favorece la instauración del vínculo materno - filial (9).

También presenta ventajas para la madre ya sea desde el punto de vista económico, de practicidad, favorece el espaciamiento entre los hermanos debido al mantenimiento de niveles elevados de prolactina, lo que hace que se produzcan ciclos anovulatorios, a su vez, favorece la involución del útero luego del parto y la protege frente a neoplasias de mamas, ovarios y útero, así como también contribuye a acelerar la recuperación del peso (2).

#### **2.4 Alimentación complementaria: Definición, Inicio y Justificación**

La Organización Mundial de la Salud define alimentación complementaria como el proceso que comienza cuando la leche materna por si sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por lo tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. Abarca el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad (10).

Por otra parte, la Sociedad Argentina de Pediatría la define como aquella que complementa la lactancia materna, no la sustituye, y establece que el momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los 6 meses de edad cuando se deben cubrir requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y de la maduración neurológica (11).

Asimismo, las Guías Alimentarias para la Población Infantil, establecen diferentes etapas en lo que respecta a la alimentación del niño, tales como, un periodo inicial que corresponde a la Lactancia Materna Exclusiva desde 0 a 6 meses, periodo de transición, entendiéndose como tal a la alimentación complementaria oportuna que abarca desde los 6 a los 12 meses y un periodo de incorporación a las pautas familiares desde los 12 meses en adelante (edad preescolar).

La edad de inicio de la alimentación complementaria ha variado a través del tiempo, diversos Organismos Internacionales han analizado cuando debería ser el momento ideal para la introducción de los primeros alimentos sólidos.

En 1974 las recomendaciones británicas indicaban que la introducción temprana de cereales u otros alimentos sólidos en la dieta de los bebés antes de los 4 meses de edad debía ser encarecidamente evitada. Pero años más tarde, referían que la introducción de los alimentos sólidos debía ser manejada individualmente, teniendo en cuenta ciertos aspectos, a mencionar, el tipo de lactancia recibida (materna o biberón), el progreso del desarrollo del bebé y la preferencia de la madre.

Sin embargo, en 1980 la Academia Americana de Pediatría (AAP) no reconoce ninguna ventaja nutricional con la introducción de alimentos suplementarios antes de los 4 a 6 meses. La edad recomendada en 1974 (4 a 6 meses) es la más aceptada por los conocimientos actuales y Organismos Internacionales.

Por otra parte, la OMS, en 1984 recomienda que sea alrededor de los 6 meses la edad propicia para la incorporación de los primeros alimentos sólidos, este concepto fue revisado y reafirmado por la misma organización en 1998 (3).

La alimentación complementaria tiene como objetivos no solo cubrir las necesidades nutricionales del niño, favorecer el vínculo madre-hijo, sino también colaborar en la transición de una dieta líquida a la del consumo familiar y contribuir a la incorporación de hábitos saludables de alimentación. Para que esto sea factible de realizarse, es importante que la madre o la persona a cargo de la alimentación del niño cuente con conocimientos y prácticas adecuadas en alimentación (12).

Cabe señalar, que esta iniciación también requiere de cuidados y estimulación constantes, que los padres o responsables respondan a los signos de hambre que presente el niño y que lo estimule para que coma, a esto se lo llama alimentación activa (4).

En los últimos años ha cobrado especial relevancia un estilo de diversificación alternativo guiado por el lactante denominado “Baby Led Weaning” o alimentación autorregulada por el bebé, que promueve el autoabastecimiento infantil a partir de los 6 meses, en lugar de la alimentación con cuchara convencional por parte de los padres. Este estilo de alimentación tiene como objetivo hacer del proceso alimentario algo placentero e incorporar precozmente a la dinámica familiar de comidas.

Asimismo puede contribuir a un mejor desarrollo de la saciedad, disminuir la aparición de obesidad y cambiar las preferencias alimentarias hacia pautas más saludables (13).

#### **2.4.1 Desarrollo neuromuscular**

La maduración del sistema neuromuscular influye fuertemente sobre las modalidades de la alimentación infantil.

En este proceso se van perdiendo los reflejos primarios como el de protrusión de la lengua, mediante el cual el niño expulsa los objetos y alimentos con la lengua. Este reflejo comienza a involucionar a la edad de los cinco meses. A medida que se extingue, se desarrolla progresivamente la discriminación de nuevas texturas, sabores, olores, colores, temperaturas y consistencias de los diferentes alimentos.

A partir de los seis meses, el lactante adquiere otras habilidades motoras que le permiten sentarse, aparecen los movimientos de ascenso y descenso de la mandíbula, la deglución voluntaria por lo cual ya se encuentra en condiciones de recibir texturas blandas como purés o papillas, transfiere objetos de una mano a la otra, tiene sostén cefálico normal (11,14). Es en esta etapa cuando comienza la erupción dentaria, lo que indica mayor madurez funcional progresando el uso de la musculatura masticatoria y la percepción sensorio-espacial de la lengua y los labios (1).

A continuación se detallan los cambios madurativos en función de la edad del niño conjuntamente con la incorporación de alimentos complementarios.

**Cuadro 1: Pautas madurativas en niños de 6 a 12 meses y sus implicancias en la alimentación.**

Edad (meses)	Reflejos y habilidades	Tipo de alimento a consumir
0 - 3	Búsqueda, succión, deglución. Reflejo de protrusión de 1/3 medio de la lengua	Líquidos: lactancia materna exclusiva
4 - 6	Aumento de la fuerza de succión. Aparición de movimientos laterales de la mandíbula. Desaparece el reflejo de protrusión de la lengua. Alcanza la boca con las manos a los 4 meses.	Lactancia Alimentos semisólidos (puré y papillas)

<b>7 - 12</b>	<p>Chupa cucharita con los labios.</p> <p>Lleva objetos/manos a la boca.</p> <p>Se interesa por la comida.</p> <p>Toma alimentos con las manos.</p> <p>Mordisquea.</p> <p>Movimientos laterales de la lengua.</p> <p>Empuja comida hacia los dientes.</p> <p>Buen control muscular (cabeza, cuello y tronco).</p> <p>Insiste en tomar la cuchara pero no la lleva a la boca.</p>	<p>Leche materna.</p> <p>Sólidos bien desmenuzados</p>
---------------	--	--

Fuente: Extraído de Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. Sociedad Argentina de Pediatría (11).

#### **2.4.2 Desarrollo del tracto gastrointestinal**

La función digestiva cambia durante el primer año de vida, esto va a depender de la eficiencia con que madura el tracto gastrointestinal. A su vez, va a obedecer tanto a aspectos motores como enzimáticos.

En lo que respecta a la maduración gástrica, el cardias adquiere su tonicidad normal alrededor de los tres meses por lo que puede aparecer cierto grado de reflujo hasta esa edad. También el reflejo gastrocólico suele estar presente.

La capacidad gástrica en el recién nacido es de 10 – 20 ml, esta va aumentando gradualmente hasta alcanzar 300 ml al final del primer año de vida. Diferentes tipos de alimentos pueden alterar el vaciamiento gástrico, así, la alta densidad calórica y la mayor osmolaridad lo retardan y los líquidos tienen un vaciamiento gástrico más rápido que los sólidos.

En lo referente a la evolución de las enzimas digestivas, las microvellosidades y las enzimas del ribete se diferencian hacia el final del segundo trimestre de gestación. La digestión de los macronutrientes depende en gran medida de las enzimas pancreáticas que aparecen en la luz intestinal.

A los seis meses, la absorción intestinal de grasa es adecuada (90 a 95%) debido a que la lipasa pancreática y lipasas alternativas han alcanzado sus niveles apropiados para la edad y la secreción de sales biliares está totalmente desarrollada.

En relación al intestino, este desarrolla mecanismos de defensa, entre ellos la barrera mucosa, la cual cumple un rol fundamental evitando el ingreso de antígenos. La absorción de estos a través de la mucosa intestinal estará limitada por componentes inmunológicos y no inmunológicos. Entre los inmunológicos se hallan el tejido linfoide asociado al intestino y el moco mediado por inmunocomplejos que sirve de defensa frente a antígenos que atraviesan la superficie de la microvellosidad.

La barrera intestinal madura contiene la mayor población de células B del organismo y una cantidad importante de inmunoglobulinas A. La IgA secretoria es la principal del sistema inmune de las mucosas, además, contribuye a la defensa intestinal de microorganismos y proteínas antigénicas.

Por todo lo expuesto anteriormente, es de importancia considerar la introducción de la alimentación complementaria cuando todos estos mecanismos se encuentren completamente desarrollados a los efectos de evitar potenciales alergias al niño (11,14).

### **2.4.3 Función renal**

La importancia en la maduración de la función renal radica en la capacidad del lactante en depurar la cantidad de solutos presentes en los nuevos alimentos y líquidos.

La filtración glomerular en el recién nacido es del 25%, a los tres meses se alcanza dos tercios de su maduración completa y a los seis meses el 60-80%. Es decir, que hasta los seis meses el niño presenta dificultades para manejar la sobrecarga de solutos, sobre todo cuando existe una baja ingesta de líquidos o de pérdidas excesivas. Por lo tanto, a partir de esta edad la función renal ha alcanzado la maduración necesaria como para manejar cargas osmolares mayores, lo que permite soportar un mayor aporte proteico y de solutos (11,14).

### **2.5 Requerimientos nutricionales en el niño de 6 a 12 meses**

La OMS define Requerimiento nutricional como la cantidad de energía/nutrientes necesarios para mantener no solo la salud, sino también el crecimiento y un grado adecuado de actividad física (15).

### 2.5.1 Energía

La mayoría de los procesos del cuerpo humano requieren energía. En los niños, las necesidades energéticas están directamente relacionadas con la formación de tejidos por el crecimiento. Por lo tanto, a mayor velocidad de crecimiento se produce una mayor necesidad calórica. Se estima que al mes estas necesidades son de 20 kcal/kg/día y disminuyen a 8 kcal/kg/día al año de edad (16).

**Cuadro 2: Requerimientos energéticos en el niño de 6 a 12 meses, según FAO/OMS**

Edad (meses)	Niños	Niñas	Requerimiento energético (Kcal/kg/día)
6	81	81	81
7	79	78	79
8	79	78	79
9	79	78	79
10	80	79	80
11	80	79	80
12	81	79	80

Fuente: Human Energy Requirements Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation (17).

Es importante señalar también, que la alimentación complementaria, desde el punto de vista nutricional tiene como fin asegurar una ingesta energético proteica y de micronutrientes acorde con los requerimientos propios de la edad del niño.

La energía que deben aportar los alimentos surge de la diferencia entre la energía recomendada para la edad del niño y la aportada por la leche materna.

A continuación se detalla el aporte energético necesario a partir de los alimentos complementarios, basado en el requerimiento total de energía en relación a la edad del niño.



**Cuadro 3: Aporte energético necesario a partir de los alimentos complementarios basado en el requerimiento total de energía.**

<b>Edad (meses)</b>	<b>6 – 8</b>	<b>9 -11</b>	<b>12 – 23</b>
Requerimiento energético	615	686	894
Energía suministrada por LM	-413	-379	-346
Aporte energético de alimentos complementarios	E 200	E 300	E 550

Fuente: Extraído de las Guías Alimentarias para la población infantil (1).

### **2.5.2 Hidratos de Carbono**

Los hidratos de carbono constituyen la mayor fuente de energía para el niño y son de más fácil asimilación. En los primeros meses de vida y hasta el año, el principal aporte energético proviene de la lactosa al mismo tiempo que su consumo permite ahorrar proteínas y grasas. Otro aspecto a destacar, es que los hidratos de carbono determinan el sabor, la viscosidad y textura de las preparaciones.

Las recomendaciones de hidratos de carbono se basan en mantener un balance energético adecuado cuando se cubren las necesidades de proteínas y grasas. Asimismo, las Guías Alimentarias para la Población Infantil recomienda que el aumento del aporte de hidratos de carbono no sea solo a expensas de azúcares simples (azúcar, dulces) ya que pueden propiciar a hábitos inadecuados relacionados con el gusto, así como también al exceso de peso, con lo cual, se debe priorizar los alimentos con Hidratos de carbono complejos como tubérculos, cereales y legumbres, que además aportan otros nutrientes a la alimentación.

En lo que respecta a la fibra dietética, se debe tener presente que ésta aumenta el volumen de la dieta, disminuye la densidad energética y puede interferir en la absorción de ciertos minerales como el hierro y el zinc, por acción del ácido fítico, en consecuencia, se recomienda que en los menores de dos años la ingesta de fibra no supere 1 g cada 100 gr de alimento (1,11,18).

### 2.5.3 Proteínas

La proteína es un nutriente energético, ya que 1 gramo de proteína aporta 4 kcal, es estructural y regulador. La calidad depende de su digestibilidad, capacidad de absorción y cantidad de aminoácidos esenciales. Asimismo, el valor biológico está determinado por su contenido y tipo de aminoácidos esenciales, es decir, que no son sintetizados por el organismo (histidina, isoleucina, leucina, lisina, valina, metionina, triptófano, treonina y fenilalanina). La histidina resulta esencial en el niño ya que se acumula en el tejido muscular y en la hemoglobina. Por otra parte, la cistina y la tirosina son esenciales para el lactante menor y el niño pretérmino por la inmadurez de la actividad enzimática. Y la taurina es sumamente importante en el desarrollo del sistema nervioso y la retina, a su vez, la carnitina es fundamental en el transporte de ácidos grasos, ambas se encuentran en la leche materna (16).

**Cuadro 4: Recomendaciones proteicas en niños de 6 a 12 meses según FAO/OMS**

Edad (meses)	Proteínas (g/Kg/día)
6 - 9	1,65
9 - 12	1,50

Fuente: Adaptado de Necesidades de Proteínas. FAO/OMS, 1985 (17).

### 2.5.4 Lípidos

Las grasas representan la principal fuente de reserva de energía del organismo, a su vez que son vehículo de vitaminas liposolubles (A,D,E,K), constituyentes de membranas celulares y fuente de ácidos grasos esenciales, estos últimos, son muy importantes en el crecimiento y desarrollo tanto del cerebro como de la retina, y son precursores de prostaglandinas, las cuales desempeñan una función reguladora en la respuesta vasomotora e inflamatoria.

Los ácidos grasos esenciales deberán proporcionar al menos el 3% de las calorías de la dieta y las grasas totales representar el 30 a 35% de las calorías totales.

Asimismo es el macronutriente que permite aumentar la densidad energética de la dieta sin aumentar la viscosidad, por esta razón, no se debe limitar la cantidad o tipo de grasa durante los dos primeros años, y además contribuye a aumentar la palatabilidad (11,16,18).

No obstante, la Asociación Americana de Pediatría recomienda que a partir del momento del destete y hasta los dos años de edad no se hagan restricciones en el aporte de grasas, y a partir de los dos años se deberá reducir gradualmente hasta alcanzar a un 30% del VCT, también se buscara que los ácidos grasos saturados no sobrepasen un 10% de las grasas totales y que el colesterol este por debajo de 300 mg/día (18).

**Cuadro 5: Recomendaciones diarias de macronutrientes en el niño de 6 a 12 meses**

Macronutrientes	RDA (g/d)
Hidratos de carbono	95
Proteínas	11
Grasas	30

Fuente: Apartado The National Academies of Sciences. Dietary Reference Intakes: Macronutrients (19).

### 2.5.5 Micronutrientes

La cantidad de micronutrientes que el niño incorpora a través de la alimentación complementaria contribuye a optimizar los procesos de crecimiento y desarrollo.

En condiciones normales, la leche materna contiene cantidades suficientes de vitaminas, excepto la vitamina D que requiere de la exposición del lactante a la luz solar, por otra parte el contenido de hierro y zinc es relativamente bajo en la leche materna pero sin embargo, su biodisponibilidad y absorción son elevadas.

**Cuadro 6: Requerimiento de vitaminas y minerales en el niño de 6 a 12 meses**

Vitaminas	RDA
A	500 ug/d
C	50 mg/d
D	10 ug/d
E	5 mg/d
K	2.5 ug/d

<b>Vitaminas</b>	<b>RDA</b>
B6	0.3 mg/d
B12	0.5 ug/d
Tiamina	0.3 mg/d
Riboflavina	0.4 mg/d
Niacina	4 mg/d
Folato	80 ug/d

<b>Minerales</b>	<b>RDA</b>
Calcio	260 mg/d
Cromo	5.5 ug/d
Cobre	220 ug/d
Flúor	0.5 mg/d
Yodo	130 ug/d
Hierro	11 mg/d
Magnesio	75 mg/d
Manganeso	0.6 mg/d
Fosforo	275 mg/d
Selenio	20 ug/d
Zinc	3 mg/d
Potasio	0.7 g/d
Sodio	0.37 g/d
Cloro	0.57 g/d

Fuente: Apartado The National Academies of Sciences. Recommended Dietary, Vitamins and Minerals (19).

Cabe mencionar que el Hierro es la principal causa de anemia nutricional. El ácido fítico de los cereales y legumbres constituye uno de los factores que afectan la biodisponibilidad de dicho mineral dificultando su absorción así como también el té, el café y el mate.

En una dieta de biodisponibilidad intermedia, el hierro aportado por los alimentos complementarios debe ser entre 8 y 10 mg/día para los niños de 6 a 12 meses, debido a que esta cantidad resulta

imposible de cubrir con la alimentación es que se recurre a suplementar al niño con hierro medicamentoso (sulfato ferroso) desde los 6 a 12 meses de edad.

También debe ser estimulada la ingesta de hierro hemínico (carne de vaca, pollo, pescado) y asociar la ingesta de hierro no hemínico con alimentos que tengan ácido ascórbico para favorecer su absorción.

Por otra parte, el zinc cumple una función esencial en el crecimiento celular, puntualmente en la producción de enzimas necesarias para la síntesis de ADN y ARN y en la función inmune. Los alimentos de origen animal son la mejor fuente de zinc de la dieta ya sea por el contenido como por la biodisponibilidad. La alimentación complementaria debe proveer del 84 al 89% del requerimiento de zinc entre los 6 y 24 meses (11).

## **2.6 Alimentación complementaria temprana**

Cabe destacar que la introducción de la alimentación complementaria de manera temprana puede predisponer a una cesación precoz de la alimentación a pecho y con ello importantes consecuencias sobre la salud del niño. Es importante tener en cuenta que el recién nacido no tiene completamente desarrollados los mecanismos de regulación del apetito, así como tampoco los procesos digestivos enzimáticos y de absorción, las posibilidades de filtración y concentración renal y el sistema inmunitario, con lo cual una incorporación precoz de alimentos sólidos puede acarrear serios problemas (20).

Entre las consecuencias que se destacan por la incorporación precoz de la alimentación complementaria son:

- Disminuir el aporte de la leche materna, por ingesta de alimentos menos nutritivos, lo que conlleva a que el niño no alcance sus requerimientos nutricionales y en consecuencia provocar malnutrición por déficit.
- Incapacidad del niño de para digerir algunos alimentos.
- Incrementar el riesgo de enfermedades, debido a que se reduce el aporte de los factores protectores presentes en la leche materna.
- Aumentar el riesgo de presentar diarreas, debido a que los alimentos complementarios pueden ser vehículos de agentes infecciosos.
- Incrementar el riesgo de alergias, debido a la exposición precoz a patógenos potencialmente contaminantes de los alimentos y a la mayor permeabilidad de la mucosa intestinal e inmadurez inmunológica.

- Riesgo de embarazo en la madre por reducción del periodo de supresión de la ovulación al disminuir la succión.

## **2.7 Alimentación complementaria tardía**

En contraposición a lo expuesto anteriormente, la introducción alimentaria en forma tardía, también puede inducir a consecuencias relevantes. Si dicha práctica se retrasa, al disminuir el volumen de la leche materna, no se llegarían a cubrir las necesidades de energía, hierro, zinc y otros minerales.

Entre los riesgos de un inicio tardío se destacan:

- Disminución de la velocidad de crecimiento y desnutrición por insuficiente aporte de la leche materna en cuanto a energía y nutrientes.
- Anemias carenciales por deficiencias de hierro y zinc.
- Retraso en el desarrollo de habilidades orales como la masticación y la capacidad de aceptar nuevos sabores y texturas.
- Alteraciones en la conducta alimentaria y en el desarrollo psicomotor.
- Riesgo de sensibilización (21).

Por todo lo descrito anteriormente, en lo referente a la introducción precoz y tardía de la alimentación del niño, resulta relevante aclarar que la lactancia materna es el alimento de preferencia en la primera etapa de vida del niño para cubrir las necesidades nutricionales, con lo cual, resulta imprescindible el cumplimiento de la misma en los primeros 6 meses, así como también resulta relevante la introducción oportuna de alimentos complementarios a partir de los 6 meses tal como recomienda la OMS, a los efectos de evitar efectos indeseados en la salud del niño por incorporación precoz o tardía.

## **2.8 Alimentación complementaria: frecuencia, cantidad, consistencia y selección de alimentos por mes (1,6,3).**

### **2.8.1 Frecuencia y cantidad de alimentos en niños de 6 a 12 meses**

Conforme el niño crece y se desarrolla, requiere de mayor cantidad de alimentos, es importante que los mismos sean fraccionados y distribuidos gradualmente durante el día. De esta manera también se lograra que de a poco el niño se vaya integrando al horario de comidas habitual dentro del entorno familiar.

Asimismo, el número de comidas que un niño precisa depende fundamentalmente de varios factores, tales como, la cantidad de energía necesaria por día, de la cantidad de alimentos que el niño pueda comer en una comida, esto depende principalmente de la capacidad gástrica, la cual usualmente es de 30 ml por kilo de peso, y de la densidad del alimento ofrecido. Por lo tanto, si la densidad energética o la cantidad de comida administrada es menor, o se suspende la lactancia materna, ese niño requerirá de un mayor volumen de alimentos, los cuales deben ser fraccionados, para satisfacer sus necesidades nutricionales.

A continuación se detalla la calidad, frecuencia y cantidad de alimentos para niños de 12 a 23 meses.

**Cuadro 7: Calidad, frecuencia y cantidad de alimentos por mes para niños de 12 a 23 meses (\*)**

Edad	Energía necesaria por día, además de la leche materna	Textura	Frecuencia	Cantidad de alimentos que usualmente consumirá un niño promedio en cada comida
6 – 8 meses	200 kcal/día	Comenzar con papillas espesas, alimentos bien aplastados. Continuar con la comida de la familia	2 – 3 comidas por día. Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1-2 meriendas.	Comenzar con 2-3 cucharadas por comida. Incrementar gradualmente a ½ vaso o taza de 250 ml.
9 – 11 meses	300 kcal/día	Alimentos finamente picados o aplastados y alimentos que el niño pueda agarrar con la mano.	3 – 4 comidas por día. Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1-2 meriendas.	½ vaso o taza o plato de 250 ml.
12 – 23 meses	550 kcal/día	Alimentos de la familia picados, o si es necesario, aplastados.	3 – 4 comidas por día. Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1-2 meriendas	¾ a un vaso o taza o plato de 250 ml.

Fuente: Extraído de “Alimentación del lactante y el niño pequeño”. OMS – OPS, 2010 (6).

(\*) Las cantidades recomendadas de alimentos, que se incluyen en la tabla, consideran una densidad energética de aproximadamente 0.8 a 1.0 kcal/g.

## 2.8.2 Consistencia

La consistencia más apropiada de la comida del niño depende de la edad y del desarrollo neuromuscular, esto es, a medida que el niño crece aumenta la habilidad y la coordinación para morder, masticar y tragar lo que permite la incorporación de alimentos con mayor consistencia.

A los 6 meses se recomienda iniciar la alimentación complementaria con alimentos sólidos o semisólidos en forma de papillas o purés. A los 8 meses, la gran mayoría de los niños ya pueden consumir alimentos que se puedan comer con los dedos, a los 12 meses ya puede consumir el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia de consistencia sólida.

Los alimentos complementarios deben ser lo suficientemente espesos como para mantenerse en la cuchara y que no escurran por fuera. Por lo general, los alimentos que son más espesos o más sólidos presentan mayor densidad energética y nutrientes que los alimentos más diluidos o muy blandos, de esta manera resulta más fácil darles mayor suministro de calorías. Por el contrario, preparaciones líquidas como sopas, caldos, jugos no contienen suficientes componentes nutritivos debido a la mayor cantidad de agua que contienen.

Algunas pruebas sugieren que existe una ventana crítica para introducir alimentos grumosos; si estos no son administrados antes de los 10 meses se puede incrementar el riesgo de dificultades alimentarias en el futuro.

## 2.8.3 Selección de alimentos por edad

Edad	Alimentos a dar y como ofrecerlos
<p data-bbox="370 1629 805 1734" style="text-align: center;"><b>6 meses</b> <b>(una comida al día, mas pecho a demanda)</b></p>	<p data-bbox="899 1446 1471 1661">Comenzar a dar una vez al día cucharaditas de papillas de cereales: arroz, fécula de maíz, harina de maíz, ejemplos: arroz bien cocido y pisado; polenta con zapallo o purés de hortalizas enriquecidos con leche materna o leche en polvo fortificada.</p> <p data-bbox="899 1667 1273 1698">No agregar sal a las comidas.</p> <p data-bbox="899 1705 1471 1770">Agregar en cada comida una cucharadita de aceite o manteca.</p> <p data-bbox="899 1776 1471 1915">Una semana más adelante se puede agregar un pequeño trozo de carne sin grasa (de vaca o de pollo, de conejo, de cerdo) bien cocida, a la plancha, parrilla o hervida, bien</p>



	<p>desmenuzada, picada o finamente rallada. Una vez por semana se puede reemplazar la carne por hígado bien cocido y molido o morcilla tamizada (solo la parte cremosa, sin piel ni partes duras).</p> <p>A los purés se les puede agregar: salsa blanca, ricota o queso cremoso.</p> <p>Como postre se pueden ofrecer purés de pulpas de frutas maduras (manzana, banana, peras, durazno) bien lavadas y peladas.</p> <p>Bebida ideal: agua hervida y enfriada; también jugos de frutas naturales, colados y diluidos con un poco de agua, sin agregado de azúcar.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Entre 7 y 8 meses (2-3 comidas al día más pecho a demanda)</b></p>	<p>Además de lo anterior ofrecer:</p> <p>Papillas que tengan harina de trigo, sémola o fideos chicos y finos (ej: cabellos de ángel), avena arrollada, cebada.</p> <p>Papillas de otros vegetales triturados (ej: zapallitos).</p> <p>Yema de huevo dura y pisada, agregada a los purés y otras preparaciones.</p> <p>Papillas de legumbres bien cocidas, tamizadas y sin piel (arvejas, lentejas, garbanzos, habas, etc.)</p> <p>Agregar un pequeño trozo de carne de vaca o ave bien cocida, desmenuzada, picada finamente o rallada (2 cdas soperas). Una vez por semana se puede reemplazar la carne por hígado bien cocido y molido o morcilla tamizada (solo la parte cremosa sin piel ni partes duras).</p> <p>Agregar en cada comida una cucharadita de aceite o manteca.</p> <p>Como postre se pueden ofrecer flanes, cremas de maicena, arroz, polenta con leche y sémola con leche, cereales con leche y azúcar. Se puede utilizar leche materna para prepararlos.</p> <p>Pan ligeramente tostado; bizcochos secos (tipo tostadas) o galletitas simples sin rellenos; vainillas.</p> <p>Agregar quesos cremosos o tipo fresco en las preparaciones.</p> <p>Ofrecer todos los días una fruta y una</p>

	<p>verdura de color amarillo, anaranjado o verde oscuro.</p> <p>Yogur entero de vainilla: solo, con frutas frescas o cereales. Yogur casero.</p> <p>Bebidas ideales: agua potable o jugos naturales de frutas.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Desde 9 a 12 meses (3-4 comidas al día más pecho a demanda)</b></p>	<p>Dar las 4 comidas diarias: desayuno, almuerzo, merienda y cena.</p> <p>Ofrecer todas las frutas frescas, bien lavadas y peladas, en trocitos.</p> <p>Verduras y cereales en preparaciones como budines, con salsa blanca, con ricota, en ensaladas cortadas en trozos pequeños.</p> <p>Pulpa de tomates (sin piel y sin semillas), remolacha, espinacas.</p> <p>Choclo rallado o triturado.</p> <p>Todos los pescados cuidando muy bien de retirarle las espinas.</p> <p>Huevo entero, bien cocido y picado o en preparaciones como budines, tortillas y rellenos (2 o 3 veces por semana se puede reemplazar a la carne de ese día).</p> <p>Pastas rellenas y guisos con pocos condimentos.</p> <p>Dulces de batata o membrillo.</p> <p>Quesos tipo postre y de rallar como condimento.</p> <p>Utilizar aceite vegetal en pequeñas cantidades para mejorar el sabor de las comidas.</p> <p>No es necesario agregar sal.</p> <p>Agregar poca azúcar.</p> <p>Combinar en cada comida, en el mismo plato, un poquito de carne con hortalizas o pastas o arroz (ej: guisos y puchero con trocitos de carne) conviene acompañarlos con una fruta o postre de leche.</p> <p>Bebida ideal: agua potable.</p> <p>En esta etapa servir, en cada momento de comida, tres cuartos de un plato mediano.</p>

Fuente: Adaptado de "Guías Alimentarias para la Población Infantil" (1).

## 2.9 Introducción del agua, sal y azúcar

El agua es un componente fundamental del organismo humano y en la infancia llega a constituir el 60 - 75% del total.

La alimentación complementaria conlleva a un aumento de solutos y carga osmolar importante, por lo que, se les debe ofrecer pequeñas cantidades de agua hervida a lo largo del día, ya que a partir de los 6 meses el niño es capaz de sostener la composición de solutos que contiene. Los niños amamantados, a través de la leche materna, incorporan suficientes cantidades de líquidos ya que contiene en su composición un elevado porcentaje de agua (87%), solo necesitan aporte de agua en situaciones de calor excesivo o enfermedad febril.

Cabe aclarar también que es importante evitar bebidas como el té, café o infusiones ya que contienen alcaloides los cuales producen cólico y además presentan escaso valor energético, en el caso del té, este interfiere con la absorción del hierro. Tampoco se recomiendan los jugos artificiales, gaseosas y refrescos debido a que contribuyen a disminuir la absorción de calcio, son altamente energéticas, carecen de valor nutritivo y pueden rechazar la aceptación de otros nutrientes.

Por otra parte, es de relevancia aclarar, que al final del primer año de vida la capacidad renal del niño no está lo suficientemente desarrollada, es decir la filtración glomerular es baja, por lo que un aumento en la ingesta de sodio puede producir una sobrecarga renal de solutos y en consecuencia alteración del balance hídrico. El término carga renal de solutos corresponde a la cantidad de solutos que se ofrecen al riñón para ser eliminados. Los principales componentes de la carga renal de solutos son los electrolitos (sodio, potasio y cloro) y los compuestos nitrogenados que se producen como resultado del metabolismo de las proteínas (urea). Asimismo, a mayor carga renal de solutos en la dieta, más agua se necesitará para su excreción, como consecuencia, producirá mayor sobrecarga renal en el niño y menor reserva de agua libre disponible en su organismo.

Es importante controlar la ingesta de sodio en la alimentación complementaria del niño, ya que, también, pueden predisponer al desarrollo de hipertensión arterial en niños genéticamente predispuestos. Además, los alimentos naturalmente ya contienen el sodio suficiente para cubrir los requerimientos basales.

Se sabe que el gusto por los sabores dulces es innato, a los seis meses, los niños alimentados con leche materna persisten con preferencia por los sabores dulces, además de lo salado y umami. Dicha preferencia puede aumentar como consecuencia a su exposición, ya que está asociado a la liberación de endorfinas y dopamina. Por lo tanto, la introducción precoz de bebidas azucaradas a temprana edad puede tener efectos adictivos sobre los sabores dulces a través de la señalización de dopamina sobre estructuras hipotalámicas en conjunto con otros sistemas de neurotransmisores como el glutamato monosódico por búsqueda de recompensa (placer). Alimentos como las bebidas azucaradas o los jugos artificiales, las golosinas, dulces, postres, poseen un elevado contenido de azúcar, si bien aportan energía y son agradables por su sabor, es importante mencionar que no ofrecen sustancias nutritivas indispensables, y además presentan un alto poder criogénico, interfieren en el apetito del niño, procuran la instauración de hábitos alimentarios inadecuados los cuales predisponen al desarrollo de obesidad infantil. Tampoco se deben ofrecer edulcorantes. En lo que respecta a la miel, su consumo durante el primer año de vida debe evitarse ya que posee un riesgo potencial de producir botulismo en el niño, cuyo intestino se encuentra inmaduro, debido a la presencia de esporas de la bacteria *Clostridium Botulinum*.

Como conclusión, y tal como recomiendan las Guías alimentarias para la población infantil, emplear como bebida en el niño agua hervida y enfriada, jugos de frutas naturales, colados y diluidos con agua, sin agregado de azúcar y evitar el agregado de sal y azúcar en las preparaciones, ya que estos componentes se encuentran de manera natural en los alimentos y son suficientes para satisfacer las necesidades del niño. Dentro de los alimentos desaconsejados por las Guías se destacan: fiambres, hamburguesas industriales, salchichas y otros embutidos, gaseosas, jugos artificiales, jugos de soja, productos saladas tipo copetín como papas fritas, chizitos, palitos, alimentos fritos todos los días (se pueden dar frituras hasta dos veces por semana) y golosinas en general (1,22,23,24).

## **2.10 Medidas de higiene en la alimentación complementaria**

Resulta imprescindible cuidar la higiene de todos los días y muy especialmente en la alimentación infantil. Cualquier alimento o bebida que se le ofrezca al niño tiene posibilidades de contaminarse con microbios y ser peligrosos para la salud. Es importante tener presente que la contaminación de los

alimentos complementarios es la principal causa de enfermedad diarreica en niños de 6 a 12 meses de edad, por esto la preparación y almacenamiento seguro de los alimentos contribuyen a reducir el riesgo de desarrollar dicha enfermedad.

Para tal fin, la Organización Mundial de la Salud difunde las reglas para la preparación higiénica de los alimentos, las mismas son:

- Elegir los alimentos tratados con fines higiénicos: muchos alimentos en estado natural están mejor como por ejemplo las frutas y las hortalizas, en cambio otros solo son seguros cuando son tratados previamente
- Cocinar bien los alimentos: muchos alimentos crudos como los pollos, la carne, la leche no pasteurizada pueden estar contaminados por agentes patógenos, estos pueden eliminarse con una adecuada cocción, para lo cual, la temperatura debe alcanzar al menos a 70° en toda la masa. En el caso de los alimentos congelados deben descongelarse completamente antes de cocinarlos
- Consumir inmediatamente los alimentos cocinados: los alimentos cocinados que se enfrían a temperatura ambiente presentan riesgo de proliferación bacteriana, cuanto más se demora en consumir, mayor será el riesgo. Para evitar este efecto indeseado conviene consumir los alimentos inmediatamente luego de cocinados
- Guardar cuidadosamente los alimentos cocinados: si se quiere reservar alimentos cocinados o simplemente guardar las sobras se debe prever su almacenamiento en condiciones de calor (cerca o por encima de 60°C) o de frío (cerca o por debajo de 10°C).
- Recalentar bien los alimentos cocinados: esta es la mejor medida de protección contra los microbios que puedan haber proliferado durante el almacenamiento.
- Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados: la contaminación cruzada puede ser directa, como sucede cuando la carne cruda del pollo toma contacto con alimentos cocidos.
- Lavarse las manos con frecuencia: se debe lavar las manos con mucho cuidado antes de comenzar a preparar los alimentos y después de cada interrupción (luego de ir al baño, después de acompañar a los niños al baño, o después de cambiar pañales, etc.) También si se estuvo en

contacto con alimentos crudos, como pescado, carne o pollo habrá que lavarse las manos antes de manipular otros alimentos.

- Mantener escrupulosamente limpias todas las superficies de la cocina: Cualquier desperdicio, migaja o mancha puede ser un reservorio de gérmenes. Los paños que entren en contacto con platos o utensilios se deben cambiar cada día
- Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y otros animales: los animales suelen transportar microorganismos que originan enfermedades alimentarias, se deben guardar los alimentos en recipientes bien cerrados como medida de protección
- Utilizar agua pura: siempre utilizar agua limpia, si se sospecha que puede estar contaminada se debe hervir muy bien durante 5 minutos o agregarle dos gotitas de lavandina por litro y dejarla reposar media hora en recipiente tapado antes de usarla.

Es de relevancia significativa destacar que los niños suelen comer los alimentos con las manos con lo cual es importante que el cuidador o responsable de la alimentación del niño presente una correcta higiene de sus manos (1,6).

## **2.11 Alergias alimentarias**

La alergia alimentaria se lo define como una reacción adversa inmunológicamente mediada frente a un alimento determinado. La introducción de alimentos complementarios presume la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal.

Al momento de nacer el intestino del niño es estéril, sin embargo el tracto digestivo con poco oxígeno y muchos nutrientes suponen un caldo de cultivo para bacterias. La flora del neonato proviene de la madre, la cual es variable y depende de muchos factores entre ellos, genéticos, dieta, antibióticos. La flora intestinal se adquiere de forma rápida luego del nacimiento y se completa en la primera semana de vida, aunque fluctúa en los primeros tres meses. Una vez establecida la flora intestinal, esta permanece estable.

Los alimentos implicados en la alergia alimentaria pediátrica son leche de vaca, huevo, pescado, frutos secos, frutas y verduras. Cada alimento está compuesto por múltiples componentes, de los cuales solo

algunos se comportan como alérgenos. Los alérgenos alimentarios son glicoproteínas hidrosolubles, resistentes al calor y a los ácidos.

Entre los posibles alimentos alergénicos se destacan:

**Proteína de leche de vaca:** existe un mayor riesgo de desarrollar alergia en las primeras semanas de vida debido a la exposición precoz de las proteínas de la leche de vaca. Dicha exposición también aumenta el riesgo de reacciones alérgicas hacia otros alimentos. Salvo que se presente un cuadro de intolerancia a la proteína de leche de vaca, la situación se va atenuando en el segundo semestre y prácticamente desaparece al año. La leche de vaca tiene más de 20 proteínas capaces de inducir alergia, se las clasifica en dos grandes grupos, las proteínas del suero y la caseína. La beta lactoglobulina presente en el suero es la proteína más alergizante. Dentro de las manifestaciones clínicas más comunes se destacan: diarreas recurrentes, vómitos reiterados, cólicos persistentes, eczemas, bronquitis recurrentes y asma.

**Huevo:** las reacciones ocurren, en general, con la clara, ésta contiene más proteínas alergénicas que la yema. Existen cinco proteínas alergénicas en la yema de las cuales la ovoalbúmina es la más abundante. La hipersensibilidad depende de la resistencia al calor, a las enzimas y ph gástricos, sin embargo, la lizosima del huevo, aunque no es tan abundante, es resistente al calor y es alergénica incluso en el huevo cocido. Según las guías alimentarias para la población infantil recomiendan la incorporación de la yema a los 6 meses si no hay antecedentes de alergia familiar.

**Cereales:** el trigo es responsable de alergias en niños. Los alérgenos del trigo son estables al calor y la mayoría de los síntomas se atribuyen a la ingesta de pan y derivados. La Sociedad Argentina de Pediatría recomienda la introducción del gluten en pequeñas cantidades preferentemente aun cuando el lactante toma leche materna, además recomienda no incorporarlo antes de los cuatro meses ni después de los siete meses.

**Maní:** La alergia al maní se asocia con frecuencia a reacciones severas y potencialmente mortales. Los alérgenos del maní son sensibles a la cocción completa pero no al secado o al efecto de la brasa. No se recomienda la ingesta de aceite de maní. La forma de cocción induce tolerancia distinta y es mayor cuando es hervido o frito, y menor con el tostado (alérgenos termolábiles).

**Alimentos de mar:** contienen proteínas alergénicas altamente resistentes al calor y varios métodos de cocción, además tienden a aerosolizarse sin desnaturalizarse. El pescado y los diferentes anfibios comparten proteínas que producen reacción cruzada entre diferentes especies. Algunos reportes epidemiológicos denotan mayor frecuencia de alergia con la administración tardía.

Las Guías Alimentarias para la población infantil recomiendan la incorporación de pescado desde el séptimo mes si no hay antecedentes de alergia.

**Soja:** pertenece a la familia de las leguminosas y sus alérgenos son relativamente termoestables. La soja es menos alergénica que los alimentos mencionados anteriormente.

Es rara la sensibilización cruzada con otras legumbres, por otro lado, el aceite de soja en general es bien tolerado en pacientes alérgicos.

**Carnes:** la alergenicidad de las carnes se elimina con el procesamiento y la cocción siendo recomendada la administración en forma homogeneizada y bien cocida a la hora de iniciar la alimentación complementaria.

Por todo lo expuesto anteriormente, se debe tener en cuenta a la hora de introducir alimentos sólidos en los niños, no solo la susceptibilidad genética sino también el tipo de alimento como causa potencial de alergia transitoria o permanente. A su vez, la duración de la alergia alimentaria depende fundamentalmente del tipo de alimento, por ejemplo, la mayoría de los niños alérgicos a la proteína de la leche de vaca terminan tolerando el alimento a los tres años, por el contrario la alergia al huevo tiende a ser más prolongada siendo el 50% a los cinco años de edad. En el caso de la alergia al maní, esta desaparece en solo un 20% de los niños siempre que la reacción haya sido leve. La alergia al pescado es considerada persistente.

Las recomendaciones sobre “alimentación complementaria en el lactante amamantado” del Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría (2018) establecen que no hay ninguna evidencia de que retrasar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos (huevo, pescado, lácteos, legumbres, todo tipo de frutas) después de los seis meses prevenga las manifestaciones alérgicas, tanto en niños de bajo como de alto riesgo. Por ello, de acuerdo con las recomendaciones actuales, a partir del sexto mes estos alimentos se pueden introducir, de a uno en uno, lo que contribuye



a diversificar la alimentación del niño y optimizar el aporte nutricional, así como disminuir el riesgo de alergias alimentarias (1,25,26,27,28).

Como conclusión, cabe destacar que en la actualidad, no existe una norma o un modelo que evidencie fehacientemente que el retardo en la introducción de alimentos potencialmente alergénicos luego de los seis meses prevenga las exposiciones alérgicas, es decir, cada Asociación o agrupación científica posee su propia modalidad de incorporación de alimentos complementarios.

## **2.12 Rol del padre en la alimentación del niño/a. Creencias.**

Se sabe que la implementación de hábitos alimentarios saludables que se instauran desde los primeros años en el niño tenderán a perdurar a lo largo de toda la vida, con lo cual, el rol de los padres en el desarrollo de estos componentes es fundamental.

Muchas veces, las madres alimentan a sus hijos de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, las cuales pueden impactar negativamente en el desarrollo de hábitos alimentarios poco saludables con repercusiones a futuro. Por esto, es de suma importancia que el profesional, personal de salud, aconseje a las familias sobre sus prácticas alimentarias teniendo en cuenta los patrones culturales que por lo general son diferentes a los propios así como también debe valorar todos esos factores para poder guiar de manera adecuada a cada familia con reconocimiento de sus creencias culturales.

Otros factores que influyen tanto en el inicio como en la composición de la alimentación complementaria en los niños son la incorporación de la madre al trabajo, el tiempo disponible de los padres, el nivel adquisitivo, entre otros.

Por otra parte, es sabido que la mujer en su rol de madre, siempre se ha ocupado de la alimentación del niño así como es partícipe de múltiples tareas en el hogar, la mujer, como tal, asume la responsabilidad de todo lo que le pasa a su hijo/a, se siente responsable y culpable por todo lo que le pueda suceder ya que la sociedad, así lo impuso siempre.

Sin embargo, hoy en día, hay un cambio de paradigma social, se observa que los hombres se encuentran mucho más involucrados en la crianza de sus hijos adoptando hábitos que años atrás no tomaban y poco a poco comenzaron a ocupar terreno en tareas que antes eran pura y exclusivamente

femeninas, como por ejemplo cambiar pañales, cocinar, alimentar a los hijos, entre otras cosas; de todas maneras, son las madres las que continúan realizando la mayor parte de las tareas aunque trabajen la misma cantidad de horas, dicho de otro modo, la incursión de la madre en el campo laboral ha hecho que se modifique el estilo de crianza y ha forzado cambios en la alimentación de sus hijos, es por esto que se hace necesaria la participación activa del padre en la alimentación del niño. Años atrás la figura paterna era aquel que solo proveía el sustento económico, un rol distante, autoritario, poco involucrado en las tareas cotidianas del hogar, pero hoy día esto cambió.

En la actualidad se ven padres más comprometidos, padres que coordinan sus horarios de trabajo para colaborar con las labores del hogar, cocinar, alimentar a los hijos, y responder a sus obligaciones. Es importante que exista una coordinación de ambos progenitores, donde las tareas sean distribuidas de manera equitativa respetando la disposición y habilidad de cada uno.

Por todo lo expuesto anteriormente, es que se decidió abordar el presente tema de investigación desde la mirada y los conocimientos del padre sobre la alimentación complementaria del niño.

### 3-ESTADO DEL ARTE

Un estudio publicado en 2017 por Sáenz María L. cuyo objetivo fue identificar las características de las prácticas de Lactancia Materna, alimentación complementaria y las causas más comunes del cese del amamantamiento en la población que asiste al Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá determinó, mediante la aplicación de una encuesta a 199 padres de los niños del Jardín durante los años 2006 y 2007, que el 40% de las madres mantienen la lactancia materna a los 12 meses lo cual parece demostrar buenos conocimientos sobre los beneficios de una lactancia prolongada. Por otra parte, el inicio de la alimentación complementaria se hizo en el 63% de los casos a los 6 meses de vida y en un 28% a los 4 meses. Solo el 21% de las madres finalizó la lactancia materna antes de los 6 meses justificado por falta de tiempo y ocupación de la madre. A su vez el 24% de las madres refirieron inconvenientes con la lactancia materna dados por problemas a nivel del seno.

Con este estudio se llegó a la conclusión de que las madres cuentan con buenos conocimientos acerca de los beneficios de la introducción de la alimentación complementaria tanto para la madre como para el niño, siendo que un 63% la iniciaban a los 6 meses, tal como recomienda la Organización Mundial de la Salud (29).

Otro estudio sobre alimentación complementaria realizado en una población de niños afrocolombianos en 2005, describe las creencias y prácticas de la alimentación infantil y su relación con el estado nutricional de niños de 6 a 18 meses combinando datos etnográficos y epidemiológicos.

Las conclusiones de este trabajo mostraron que la falta de conocimiento básico nutricional y algunas creencias erradas llevan a que al menos el 50% de las madres tengan prácticas inadecuadas de alimentación. Para la gran mayoría de las madres, la alimentación complementaria debe iniciarse entre los 3 y 4 meses de edad, asimismo, los alimentos referidos para el inicio son: sopas de pescado, el poroto, los jugos no ácidos como el mango, y frutas como la papaya y la guayaba. En menor frecuencia las madres refieren como primer alimento las papillas, el huevo, las masitas (harina de trigo), algunas madres introducen alimentos sólidos en la primera semana de vida del niño. Otras madres deciden iniciar los alimentos semi-sólidos y sólidos de manera temprana para que los niños se vayan adaptando a la comida y puedan posteriormente ser alimentados por cualquier miembro de la familia, facilitando en ellas el regreso al trabajo.

De lo expuesto se concluye que la mayoría de los comportamientos sobre la alimentación del niño se establecen como normas culturales arraigadas en las mujeres de esta región; mientras que otras prácticas están ligadas a las condiciones sociales de las mujeres en Guapi (30).

En el año 2006, Gatica I. Cristina y otros, realizaron un estudio en Argentina sobre “prácticas de alimentación en niños menores de 2 años”, con el objetivo de determinar la duración de la lactancia materna y edad de introducción de alimentación complementaria, su tipo, composición y adulto involucrado, en niños sanos menores de 2 años de las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis y conocer los factores sociales y demográficos asociados. La población incluyó niños que concurrían al control de salud con patología aguda banal de 2 años de edad o menos, en septiembre y octubre de 2006. Los resultados arrojados son: Prácticas de alimentación al momento de la encuesta: 66,53% recibían Lactancia materna (LM). El 95,12% que no tenía LM, la había recibido durante  $7.8 \pm 5.2$  meses. A menor edad materna mayor frecuencia de LM. El 64,24% recibía puré/papillas desde los 6 meses, enriquecida con aceite, leche o queso; carnes desde los  $7,8 \pm 2.1$  meses (intervalo 3-19), huevos desde  $8.4 \pm 2.6$  meses (intervalo 3-20); bebidas azucaradas desde  $10.49 \pm 3.52$  meses. La madre ofreció la primera comida (88,72%) y la ofrecía habitualmente (91,44%). La TV estaba prendida durante la comida en 50,87%.

Este trabajo concluyó como prácticas frecuentes: lactancia materna mayor a menor edad materna; incorporación de comidas al 6° mes, enriquecimiento de la comida inicial, amplio intervalo en la edad de incorporación de huevo y carne, incorporación temprana de bebidas azucaradas y exposición a la televisión durante la comida en la cual la mamá ofrecía la comida habitualmente (31).

Según un estudio publicado en 2010, titulado “Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia” realizado por Yesmina Cruz Agudo y otros, cuyo propósito fue caracterizar los niveles de desnutrición y las prácticas de alimentación de infantes para desarrollar un programa de intervenciones efectivas, sensibles al género y culturalmente relevantes, fomentando las buenas prácticas de alimentación infantil determinó que la mayoría de las madres terminan de manera precoz la lactancia materna exclusiva e introducen líquidos y otros alimentos demasiado pronto, de uno a cuatro meses de edad.

Aproximadamente el 12% de las madres inició la alimentación complementaria a los 6 meses debido a que sus esposos escucharon alguna vez la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta esa edad.

La dieta de las familias estudiadas estaba basada en papa con agregado de pequeñas cantidades de otros alimentos, a su vez, las madres refieren que no hay cambios en los alimentos que les dan con respecto a la edad del niño/a.

Este estudio concluyo que las deficiencias nutricionales empiezan cuando la madre inicia la lactancia materna y cuando introduce por primera vez la alimentación complementaria. Para las intervenciones destinadas a mejorar la nutrición materno infantil se requerirá de cambios en el comportamiento personal, un mayor reconocimiento y apoyo comunitario, estrategias para llegar a la gente joven, hacer partícipe a los hombres y una mayor disponibilidad de servicios de calidad (32).

Otro aporte sobre alimentación complementaria fue proporcionado por el trabajo descriptivo realizado por Unsihuay Ureta, F. en 2009, titulado “Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional del lactante menor” cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante menor. Los resultados obtenidos del estudio mencionado fueron que el 43,2% de las madres tienen un nivel regular de conocimiento sobre alimentación complementaria, el 37% deficiente y solo el 19% tiene un nivel de conocimiento bueno. El 52,7% de los lactantes menores presenta un estado nutricional desnutrido mientras que el 29,7% tiene un estado nutricional eutrófico y el 17,6% presenta obesidad. El estudio concluye que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de lactante menor en la comunidad Santa Isabel Huancayo (33).

De un estudio llevado a cabo en 2008 por Barba Torres H, caratulado “Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza” surgió que las características de la alimentación son adecuadas para la mayoría de los niños de 6 meses a 1 año, teniendo como condiciones favorables la cantidad de la alimentación y las prácticas de higiene que realiza la madre o cuidadora durante la alimentación del niño. Aquellos que se encuentran en condición inadecuadas son la frecuencia, consistencia y la interacción de la madre o cuidadora en el momento de la alimentación con el niño.

De lo expuesto se concluye que la frecuencia y la consistencia de la alimentación en la mayoría de las madres o encargadas de la alimentación del niño de 6 meses a 1 año, es inadecuada, limitando la ingesta de alimentos complementarios y de su aporte energético (34).

En el año 2013 se llevó a cabo un estudio publicado por María Isabel Terrones Bardales titulado “Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 – 12 meses Centro de salud Micaela Bastidas” en el que se obtuvo como resultados que el 52,2% de las madres presentaban un nivel de conocimiento medio, un 14,1% un nivel alto y 33,8% un nivel de conocimiento bajo sobre alimentación complementaria.

Este trabajo concluyo que el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses es predominantemente de nivel medio a bajo, sobre generalidades de la alimentación complementaria es mayoritariamente de nivel medio a bajo y acerca del nivel de conocimiento sobre características nutricionales es en mayor proporción, también, de nivel medio a bajo (35).

La comunidad científica ha realizado múltiples investigaciones sobre alimentación complementaria abordadas principalmente desde el rol de la madre o mujer a cargo del cuidado del niño, no habiéndose investigado el rol del padre, como figura paterna, en dichas investigaciones. Es por eso que, luego de una búsqueda bibliográfica exhaustiva sobre conocimientos del padre en la alimentación complementaria de niños de 6 a 12 meses se concluye que no se han encontrado trabajos o estudios que representen el actual tema de investigación.

#### **4-PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el grado de conocimiento que tienen los padres(\*) sobre Alimentación Complementaria en niños de 6 a 12 meses, en CABA, durante el periodo marzo-Diciembre de 2018?

#### **5-OBJETIVOS**

##### General

Evaluar el grado de conocimiento que tienen los padres de niños de 6 a 12 meses sobre Alimentación complementaria, en CABA, durante el periodo Marzo-Diciembre de 2018.

##### Específicos

- Determinar el conocimiento paterno sobre el momento de inicio de la Alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses.
- Definir el tipo de alimentos referidos como adecuados por el padre para el inicio de la Alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses.
- Determinar el conocimiento paterno sobre la progresión de los alimentos mes a mes y sobre la frecuencia de comidas durante el periodo de alimentación complementaria en la población estudiada.
- Indagar sobre el conocimiento paterno acerca de la introducción del agua y sobre el uso temprano de sal y azúcar en niños de 6 a 12 meses.
- Identificar los conocimientos que tienen los padres de niños de 6 a 12 meses sobre las medidas de higiene en la alimentación complementaria.

(\*) Entendido como rol masculino.

- Indagar a los padres acerca de las fuentes de donde obtuvo los conocimientos sobre alimentación complementaria.
- Indagar a los padres de niños de 6 a 12 meses acerca del conocimiento sobre potenciales alimentos alergénicos.



## 6-METODOLOGÍA

Tipo de diseño: Observacional, descriptivo de corte transversal.

Población: Padres mayores de 18 años con niños de 6 a 12 meses de edad

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia

Criterios de inclusión:

- Padres de niños de 6 a 12 meses en CABA.
- Padres que sepan leer y escribir.
- Padres que hablen castellano.
- Padres que acepten participar en el estudio de investigación previo consentimiento.

Criterios de exclusión:

- Padres de niños enfermos (Desnutrición, inmunosuprimidos, con problemas gastrointestinales, alergias, etc) o que realicen alguna dieta especial por algún problema de salud.
- Padres que se negaron a responder en el momento de realizar la encuesta.
- Padres con profesiones ligadas al área de salud y alimentación.

Criterios de eliminación:

- Padres de niños de 6 a 12 meses que contestaron parcialmente la encuesta.

Fuentes de datos, métodos de recolección

A los efectos de poder cumplir con los objetivos planteados, el trabajo se desarrolló a través de una encuesta autoadministrada a padres (entendido como rol masculino) en CABA. En la misma, cada uno de los participantes fue informado de forma escrita sobre la metodología del trabajo. Asimismo, todos ellos firmaron un consentimiento informado de participación en el estudio, lo cual garantizo la privacidad de las informaciones personales (Ver Anexo).

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel 2010.

## 7- VARIABLES

### De caracterización

- Edad del padre (en años cumplidos)
  
- Nivel de estudio máximo alcanzado
  - Primaria
  - Secundario
  - Terciario
  - Universitario
  - Sin estudios
  
- Número de hijos/as
  
- Ocupación del padre
  
- Edad del niño/a (en meses cumplidos)

### De estudio

- **Conocimiento paterno sobre el momento de incorporación de alimentos complementarios.**
  - Precoz: cuando contesten que consideran correcto introducir alimentos antes de los 6 meses de edad.
  - Oportuna: cuando consideren que se debe comenzar a introducir alimentos a los 6 meses de edad.
  - Tardía: cuando consideren que se debe comenzar a introducir alimentos después de los 7 meses de edad.

➤ **Alimentos considerados adecuados por el padre para el inicio de la alimentación complementaria.** Se categorizó en función a las respuestas dadas por los encuestados.

➤ **Progresión de la alimentación.** Se indagará a cada padre sobre un listado de alimentos, divididos por diferentes grupos, para saber en qué mes los incorporarían. Se contrastará luego su adecuación en función a las guías plasmadas en el marco teórico. Las categorías posibles para cada alimento fueron:

- NS/NC
- 6 meses
- 7 meses
- 8 – 9 meses
- 10 – 11 meses
- Nunca antes del año

➤ **Frecuencia de alimentos**

#### **Adecuada**

- 6 meses: 1 comida al día
- Entre 7 y 8 meses: 2 a 3 comidas al día
- Desde 9 meses: 3 a 4 comidas al día

#### **Inadecuada**

- 6 meses: más de 1 comida al día o sin comidas
- Entre 7 y 8 meses: menor a 2 comidas o mayor a 3 comidas al día
- Desde 9 meses: menor a 3 comidas o mayor a 4 comidas al día.

➤ **Conocimiento paterno sobre la introducción del agua**

- Adecuado: a partir de 6 meses
- Inadecuado: antes de 6 meses o que no le dan agua

➤ **Conocimiento paterno sobre incorporación de sal a las comidas**

- Adecuado: cuando consideren que no es necesario el agregado de sal a las comidas
- Inadecuado: cuando consideren que se debe agregar sal a las comidas

➤ **Conocimiento paterno sobre incorporación de azúcar**

- Adecuado: cuando consideren que no es necesario el agregado de azúcar a las preparaciones dulces
- Inadecuado: cuando consideren que se debe agregar azúcar a las preparaciones dulces

➤ **Conocimiento paterno sobre medidas de higiene en la alimentación complementaria**

- Si: cuando conoce prácticas higiénicas básicas durante la elaboración de preparaciones alimentarias del niño/a
- No: cuando desconoce prácticas higiénicas básicas durante la elaboración de preparaciones alimentarias del niño/a

➤ **Fuentes de obtención de conocimientos sobre alimentación complementaria**

- Médicos pediatras
- TV, revistas, Internet (foros, grupos, etc) u otros medios de comunicación
- Nutricionistas
- Libros de maternidad
- Familiares
- Otros

➤ **Conocimiento paterno sobre alimentos potencialmente alergénicos**

- **Maní**

Conoce: cuando hayan contestado que el maní puede provocar alergias.

No conoce: cuando hayan contestado que el maní no puede provocar alergias.

- **Frutillas**

Conoce: cuando hayan contestado que las frutillas pueden provocar alergias.

No conoce: cuando hayan contestado que las frutillas no pueden provocar alergias.

- **Mariscos y pescados**

Conoce: cuando hayan contestado que los mariscos y pescados pueden provocar alergia.

No conoce: cuando hayan contestado que los mariscos y pescados no pueden provocar alergias.

- **Pan/ Galletitas/ Pastas**

Conoce: cuando hayan contestado que el pan, galletitas y pastas puede provocar alergias.

No conoce: cuando hayan contestado que el pan, galletitas y pastas no puede provocar alergias.

- **Yogures/ Quesos**

Conoce: cuando hayan contestado que los yogures y quesos pueden provocar alergias.

No conoce: cuando hayan contestado que los yogures y quesos no pueden provocar alergias.

- **Chocolate**

Conoce: cuando hayan contestado que el chocolate puede provocar alergias.

No conoce: cuando hayan contestado que el chocolate no puede provocar alergias.

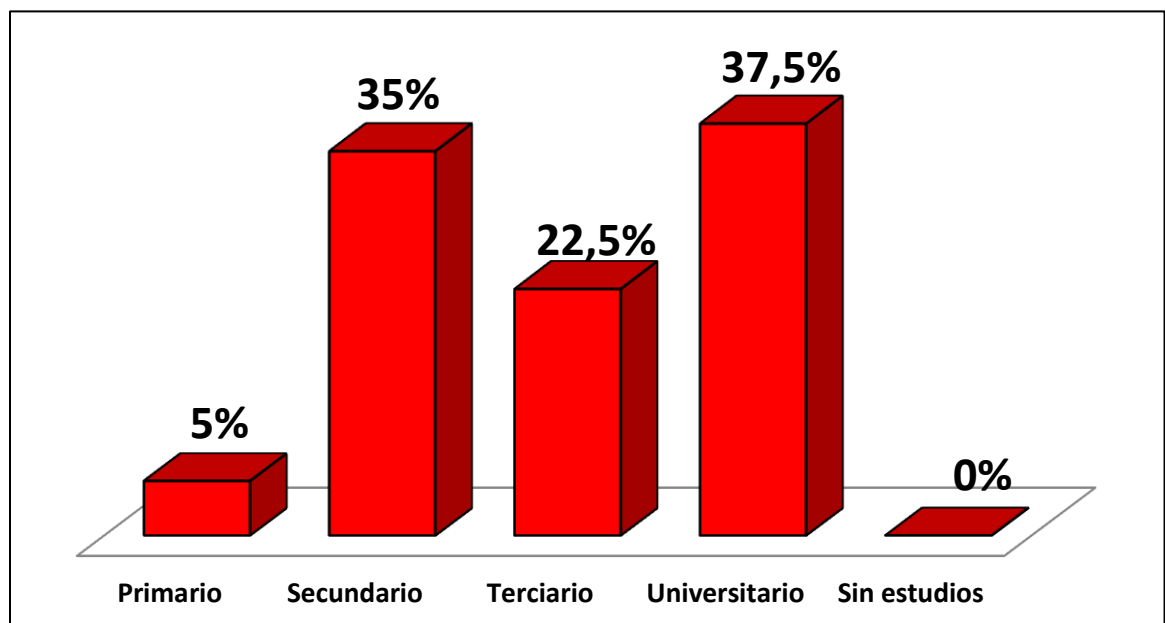
## 8- RESULTADOS

La muestra estudiada estuvo conformada por un total de 40 personas mayores de 18 años de CABA, representada por papás (rol masculino) de niños/as entre 6 y 12 meses. La edad promedio de dicha muestra fue de 35,65 con un mínimo de 28 y un máximo de 45 presentando niveles de educación secundario y universitario con mayor preponderancia (ver gráfico N° 1).

Por otra parte, el número de hijos/as de la muestra estudiada fluctuó entre 1 y 2, siendo el primero el de mayor predominio con un 57,5%, asimismo, la edad promedio de los niños/as fue de 10,17 con un mínimo de 6 y un máximo de 12.

Del total de la muestra (n=40), el 37,5% refirieron ser profesionales, mientras que el 62,5% lo conformaban empleados/administrativos y trabajadores independientes con determinados oficios.

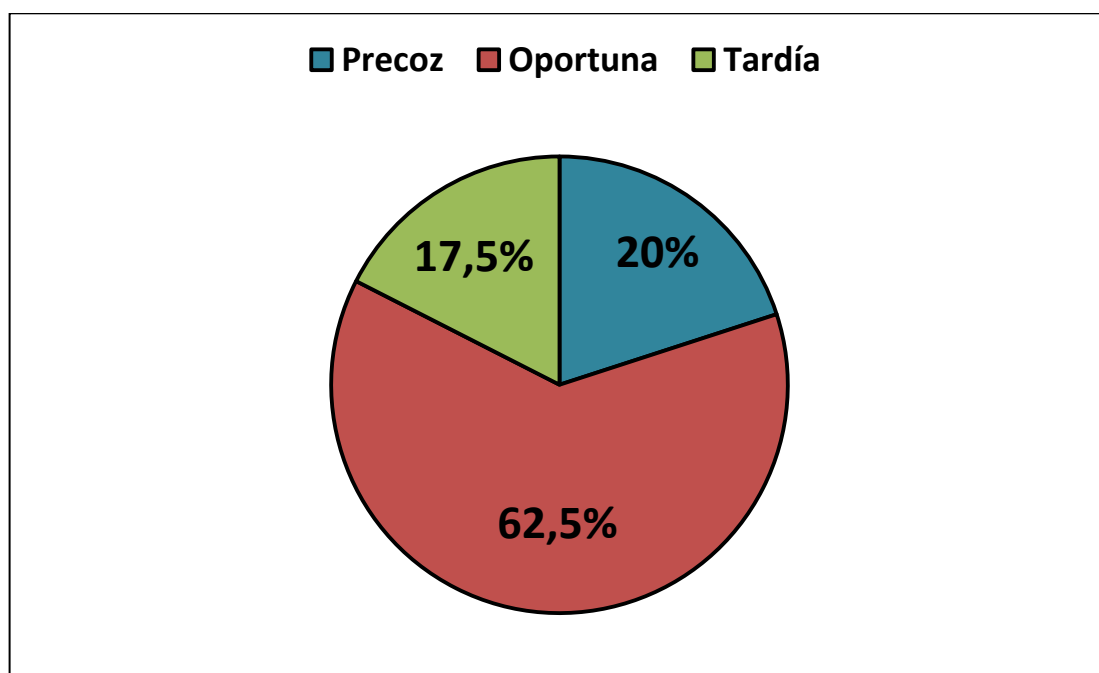
**Gráfico N° 1 – Distribución porcentual de la muestra según nivel de estudio máximo alcanzado (n=40)**



Fuente: Elaboración propia

En lo que respecta al momento de incorporación de alimentos transicionales o complementarios, resultó adecuado, dado que el 62,5% de la población de padres los incluyeron de manera oportuna, es decir, a los 6 meses tal como recomiendan las Guías alimentarias para la población infantil y la Organización Mundial de la Salud. En tanto que un 17,5% refirieron como adecuado un inicio precoz (antes de 6 meses), los cuales manifestaron que se guiaron por las indicaciones del médico pediatra tratante, y un 20% incorporó la alimentación complementaria de manera tardía (a partir de 7 meses en adelante) dado que para ellos, la leche materna era suficiente para cubrir las necesidades alimentarias del niño/a durante ese tiempo (ver gráfico N°2).

**Gráfico N° 2 – Distribución porcentual según conocimiento sobre edad adecuada para el inicio de la alimentación complementaria (n=40)**



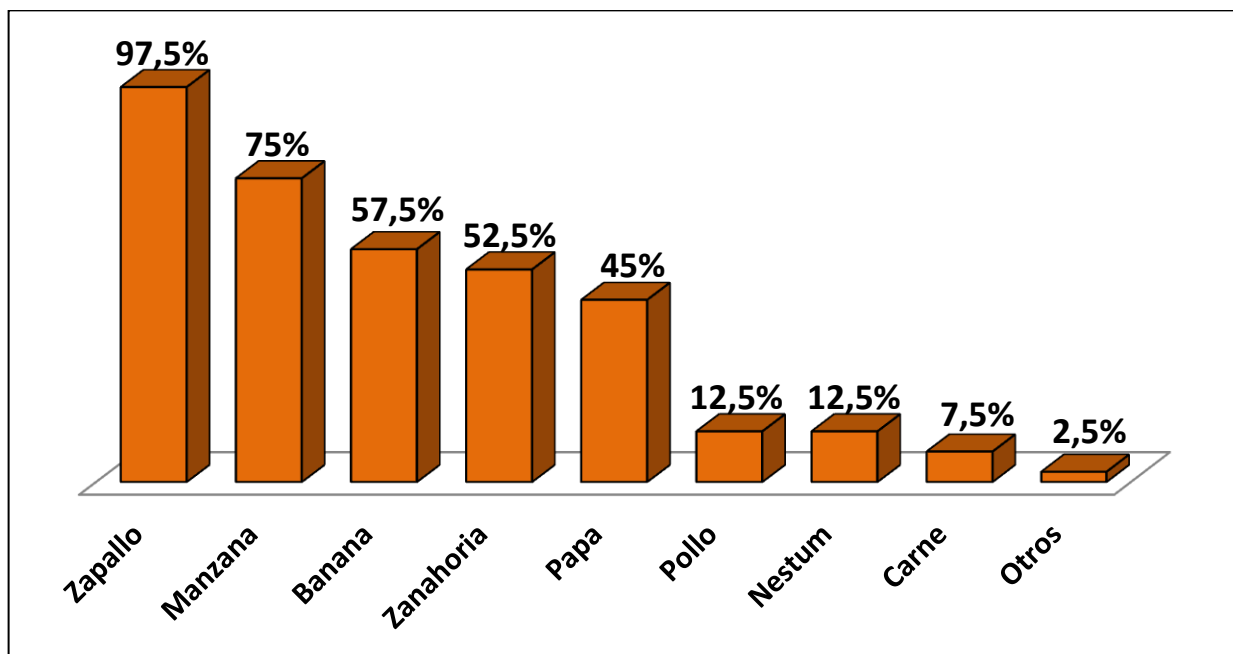
Fuente: Elaboración propia

Como dato relevante en cuanto a la introducción de alimentos se refiere, la gran mayoría de los padres demostraron conocimientos adecuados acerca de los primeros alimentos a incorporar al niño/a, referidos por las Guías alimentarias para la población infantil, de los cuales, se destacaron el zapallo como primera elección en un 97,5 % seguido de la manzana (75%), banana (57,5%), zanahoria (52,5%)

y papa (45%), todo en forma de papillas o purés, entre otros alimentos como el Nestum (referido así por ellos, lo que habla del impacto de las publicidades por sobre las marcas y no por el alimento propiamente dicho), sin embargo, el 100% de los papás no refirieron variedad de alimentos, tal es así que alimentos recomendados a incorporar desde el inicio de la alimentación complementaria como el pollo y la carne fueron de muy poca elección (entre 12,5% y 7,5%) durante esta etapa asociándolos a malestares gastrointestinales, así como tampoco alimentos como arroz, harina de maíz, fécula de maíz, entre otros (ver gráfico N°3).

De todas maneras, dichos datos dan cuenta de lo involucrado que están los papás de hoy, en cuanto al conocimiento sobre los primeros alimentos a incorporar en las primeras etapas, lo que habla de un cambio de paradigma social.

**Gráfico N° 3 – Distribución porcentual según conocimiento sobre alimentos a incorporar como primeras comidas (n=40)**



Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, evaluando la relación entre la progresión alimentaria por grupos de alimentos y la edad de incorporación de los mismos se destacan los siguientes puntos más relevantes (ver tabla N° 1):



A los 6 meses de edad, los papás destacaron como primeras comidas, dentro del grupo de las frutas la manzana y la banana que fueron las de mayor elección (85% y 70% respectivamente), seguida por el durazno y damasco (estos últimos en menor proporción) y en menor medida los jugos de frutas cítricas y la frutilla (ésta última la referían como un alimento alergénico).

Respecto al grupo de las verduras, el zapallo fue seleccionado en un 87,5%, seguido por la zanahoria (67,5%), la papa y la batata. En menor proporción eligieron la espinaca, zapallito, remolacha y pulpa de tomate, refiriendo que les podía llegar a “caer mal”.

Dentro del grupo de las carnes y huevos, los resultados fueron sorprendentes ya que no fueron de gran elección por los papás para esta etapa, el pollo fue el más seleccionado en un 25% y la carne de vaca solo en un 15%, respecto al pescado solo un 7,5% ya que este último lo refirieron como potencial alimento alergénico. Tanto la yema de huevo como el huevo entero fueron elegidos solo en un 15% asociándolo también como un alimento alergénico.

En el grupo de los lácteos, los quesos untables y el yogur de vainilla fueron los más escogidos en un 32,5% y 45% respectivamente, los papás relacionaron estos alimentos como parte de la incorporación de calcio, indispensable para la formación de la estructura ósea y dientes, también seleccionaron el postre tipo Danonino, en un porcentaje menor (27,5%) referían que, en muchas ocasiones, su incorporación era de mayor adherencia por parte del niño/a en comparación con la leche o el yogur. De los cereales, el Nestum (tanto de arroz como de maíz) fueron los más predominantes (ambos en un 82,5%) por otro lado, la maicena y la polenta también fueron escogidas como primeras comidas, así como las vainillas dentro del grupo de las galletitas. Un alto porcentaje de los papás (72,5%) refirieron como inadecuados incorporar legumbres a los 6 meses debido a los síntomas gastrointestinales que producen, algunos según percepción y otros por indicación del médico pediatra, mientras que el 27,5% lo indicaron a los 6 meses, por cuestiones culturales. Los cuerpos grasos seleccionados en este mes fueron los aceites en su mayor proporción (30%). Alimentos como dulces de batata, membrillo, mermeladas e incluso el dulce de leche fueron elegidos en mínimos porcentajes. Y no fueron seleccionados alimentos como el azúcar, sal, golosinas, snacks y gaseosas para este grupo etario, aunque un 10% optó por la miel. Dentro de las bebidas, el agua fue la de mayor preferencia (85%).

A los 7 meses de edad, lo más relevante a destacar fue, la incorporación de otras frutas como la frutilla y de verduras como la espinaca, aunque en mínimas proporciones. Respecto a las carnes y huevos aumentó

mínimamente la introducción de la carne vacuna, los papás relacionaban a ésta con el hierro y como fuente proteica, por otra parte, se notó un pequeño aumento en el agregado de garbanzos (10%). También se observó el agregado de azúcar, sal, snacks, golosinas en mínima proporción (2,5%) y dulce de leche (7,5%).

Entre los 8 y 9 meses de edad, continuaron siendo incorporadas las fruta antes mencionadas con un aumento en el agregado de jugos de frutas cítricas y la frutilla en mayor proporción que la etapa anterior, en cuanto a las verduras se agregaron la remolacha en mayor medida (20%), al igual que la batata y zapallito con respecto a la etapa anterior, muchos padres referían rechazo de estos alimentos por parte de los niños/as. Respecto a las carnes y huevos, hubo un marcado aumento en la incorporación tanto de carne vacuna como de pollo (ambos en un 40%) y pescado en un 25% así como también de la yema de huevo y el huevo entero, referían al respecto que para ellos el organismo ya estaba más desarrollado como para digerir estos alimentos. En el grupo de los lácteos, la ricota aumento más durante esta etapa con respecto a etapas anteriores al igual que los quesos untables (15%), queso cremoso (20%), queso rallado (7,5%) y yogur entero de vainilla (17,5%). En cuanto al grupo de cereales, panes y galletitas, se observó un aumento en el agregado de fideos y arroz, el pan fue incorporado en un 25%, las galletitas de agua en un 22,5%, las galletitas dulces en un 25 %, las galletitas rellenas en un 7,5% y las vainillas en un 25% más, los papás referían buena aceptación por parte de los niños/as para este grupo de alimentos. Por otro lado, la manteca aumentó su incorporación en un 2,5% más respecto a la etapa anterior. Se registró en estos meses la incorporación de alimentos del grupo de los dulces como el dulce de batata, membrillo y mermelada, así como también el azúcar y la miel se registraron en ascenso.

Entre los 10 y 11 meses de edad, se observa un descenso en la introducción de frutas como la manzana y durazno y ningún papá incorporó ni la banana ni la frutilla durante esta etapa, asimismo, se notó un descenso significativo en la incorporación de la mayoría de las verduras. También, el grupo de las carnes y huevos sufrieron un descenso dado que los padres referían rechazo por parte de sus hijos y las legumbres no manifestaron cambios de relevancia. El queso rallado fue más escogido en esta etapa en un 20%, los papás fundamentaban que el agregado de queso rallado contribuía a una mayor aceptación de las comidas por los niños/as. De las bebidas, el agua continuó siendo de preferencia para incorporar a los niños/as.

El grupo de los cereales arrojó una disminución en su introducción, y en cuanto al pan y galletitas no manifestaron cambios de relevancia. De los cuerpos grasos, aumentó el agregado de manteca en un 17,5%. El grupo de los dulces reveló un aumento importante, tanto del dulce de batata (25%), dulce de

membrillo (17,5%), mermelada (20%) y dulce de leche (25%), este último de preferencia por la mayoría de los niños/as. El azúcar, la miel y las golosinas fueron en ascenso, pero sin cambios de relevancia. Respecto a las bebidas hubo un aumento en la inclusión de gaseosas y en el caso del agua ningún papá la incorporó en esta etapa, dado que señalaban que muchas veces utilizaban las gaseosas como método de “negociación” o “recompensa” para que coman la comida.

Dentro del grupo de alimentos que nunca darían antes del año, como datos más considerables, podemos mencionar que, del grupo de las frutas, la frutilla fue la más elegida en un 70%, los padres referían a esta como un alimento alergénico, motivo por el cual consideraban correcto ofrecer después del año, el agregado de los jugos de frutas cítricas también aumentó (30%). De las verduras, cabe destacar, que el 67,5 % no daría a su hijo/a antes del año pulpa de tomate, así como tampoco remolacha (45%) y espinaca (35%) debido a los efectos gástricos que podrían ocasionar en el niño/a, según percepción propia.

De las carnes y huevos, el pescado fue expresado por los padres como un alimento con propiedades alergénicas por lo tanto, un 50% refirió no dar antes del año, tampoco las vísceras (72,5%) y en cuanto a las legumbres, prefirieron no dar antes del año tanto lentejas (52,5%) como garbanzos y arvejas (ambos 60%) dado que los referían como alimentos que podrían causar malestares gastrointestinales y por conocimiento por parte del médico pediatra, excepto un pequeño porcentaje de papás que por cuestiones de hábitos y culturales los incorporaban ya desde etapas anteriores.

Un 42,5% refirió no dar antes del año queso rallado, dado que lo asociaban al tipo de grasa, esto lo expresaban por conocimiento del médico pediatra. De los cereales, lo más significativo fue que el 60% expresó no dar antes del año pastas rellenas y del grupo de pan y galletitas, el 67,5% preferían no dar galletitas rellenas por el contenido de azúcares, así como también las galletitas simples (40%). Dentro del grupo de cuerpos grasos, un 52,5% refirió no dar antes de año manteca, esto lo asociaban al tipo de grasa refiriéndolo como perjudicial para la salud del niño/a. En tanto el grupo de los dulces, se observó como datos relevantes que la gran mayoría de los padres expresaron no dar antes del año dulces de batata (40%), dulce de membrillo (50%), mermelada (42,5%) y dulce de leche (50%), dado que asociaban a estos como alimentos cariogénicos por el alto contenido de azúcar. Asimismo, manifestaron no introducir antes del año azúcar (77,5%), miel (62,5%), golosinas (90%), gaseosas y jugos artificiales (95%) por el elevado contenido en azúcares, así como también, refirieron no incorporar la sal (82,5%), snacks (95%) y productos derivados de la soja (77,5%) los mismos fueron expresados por los padres como alimentos perjudiciales para la salud del niño/a, aunque referían que para ciertas situaciones los incorporaban.

Cabe destacar, que un gran porcentaje de los papás presentaron conocimientos fehaciente acerca de los alimentos a incorporar en función de la edad del niño/a, ya sea por conocimiento por parte del médico pediatra en gran medida como por otras fuentes de información y un mínimo porcentaje lo aluden a cuestiones de hábitos y culturales.

**Tabla N° 1- Distribución porcentual de los alimentos por grupos y el momento de incorporación según el conocimiento del padre (n=40)**

Grupos de alimentos	NS/NC	6 meses	7 meses	8-9 meses	10-11 meses	Nunca antes del año
<b>Frutas</b>						
Manzana	0	85	2,5	10	2,5	0
Banana	2,5	70	12,5	12,5	0	2,5
Durazno	10	27,5	5	22,5	17,5	15
Damasco	10	22,5	5	20	22,5	20
Pulpa de mandarina y naranja	5	17,5	5	25	17,5	30
Frutilla	7,5	2,5	7,5	12,5	0	70
<b>Verduras</b>						
Zapallo	0	87,5	10	0	0	2,5
Zanahoria	5	67,5	5	0	0	7,5
Papa	2,5	50	17,5	17,5	2,5	10
Batata	5	30	20	25	10	10
Espinaca	2,5	15	17,5	15	15	35
Zapallito	5	22,5	15	20	12,5	25
Remolacha	10	5	2,5	20	17,5	45
Pulpa de tomate	10	7,5	0	7,5	7,5	67,5
<b>Carnes y Huevo</b>						
Vaca	0	15	17,5	40	10	17,5
Pollo	0	25	17,5	40	12,5	5
Pescado	5	7,5	5	25	7,5	50
Vísceras (hígado/morcilla)	10	2,5	5	5	5	72,5
Yema de huevo	10	15	10	17,5	12,5	35
Huevo entero (clara+ yema)	0	15	12,5	17,5	15	40

Grupo de alimentos	NS/NC	6 meses	7 meses	8-9 meses	10-11 meses	Nunca antes del año
<b>Quesos y Yogur</b>						
Quesos untables	5	32,5	7,5	15	17,5	22,5
Queso cremoso	5	25	7,5	20	22,5	20
Ricota	12,5	12,5	10	17,5	17,5	30
Queso rallado	12,5	15	2,5	7,5	20	42,5
Yogur entero vainilla	0	45	17,5	17,5	2,5	17,5
Postre tipo Danonino	2	27,5	7,5	2,5	15	42,5
<b>Cereales</b>						
Maicena	10	40	5	20	7,5	17,5
Nestum Arroz	0	82,5	2,5	7,5	2,5	5
Nestum Maiz	0	82,5	0	10	2,5	5
Polenta	2,5	37,5	10	20	17,5	12,5
Fideos	0	25	12,5	35	17,5	10
Arroz	5	15	7,5	30	15	27,5
Pastas rellenas	7,5	10	2,5	7,5	12,5	60
<b>Pan y Galletitas</b>						
Pan	2,5	12,5	12,5	25	20	27,5
Galletitas de agua	2,5	17,5	5	22,5	22,5	30
Galletitas dulces simples (tipo mana, vocación)	2,5	12,5	5	25	15	40
Galletitas rellenas (tipo sonrisas, merengadas)	5	5	5	7,5	10	67,5
Vainillas	2,5	25	5	25	20	22,5
<b>Legumbres</b>						
Lentejas	5	10	7,5	12,5	12,5	52,5
Garbanzos	5	7,5	10	7,5	10	60
Arvejas	5	10	2,5	10	12,5	60
<b>Cuerpos grasos</b>						
Aceite	5	30	5	22,5	12,5	25
Manteca	5	7,5	7,5	10	17,5	52,5
<b>Dulces</b>						
Dulce de batata	7,5	15	2,5	10	25	40
Dulce de membrillo	7,5	12,5	2,5	10	17,5	50
Mermelada	7,5	10	10	10	20	42,5
Dulce de leche	5	5	7,5	7,5	25	50

Grupo de alimentos	NS/NC	6 meses	7 meses	8-9 meses	10-11 meses	Nunca antes del año
<b>Otros</b>						
Azúcar (agregada a preparaciones)	2,5	0	2,5	7,5	10	77,5
Miel	7,5	10	2,5	7,5	10	62,5
Sal (agregada a preparaciones)	5	0	7,5	0	5	82,5
Golosinas (caramelos, gomitas)	0	0	2,5	2,5	5	90
Snacks (chizitos, papas fritas)	0	0	2,5	2,5	0	95
Infusiones (te, mate cocido)	0	20	7,5	2,5	12,5	57,5
Gaseosas, jugos artificiales (tipo Tang)	0	0	0	0	5	95
Agua	0	85	7,5	2,5	0	2,5
Soja y derivados (milanasas, brotes de soja, jugos tipo Ades)	7,5	2,5	0	7,5	5	77,5

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la frecuencia de comidas, se puede mencionar que a los 6 meses resultó adecuado en un 52,5%, con lo cual los papás ofrecen al niño/a una comida al día en esta etapa justificando la misma como complemento de la leche materna y no como sustituto, en contraposición un 47,5% de los papás optaron por ofrecer al niño/a más de una comida al día en esta etapa dado que para ellos era insuficiente solo con la leche materna. Por lo tanto, se observa que la diferencia no resultó tan significativa, lo que representa que un alto porcentaje de los papás tiende a ofrecer al niño/a más cantidad de comidas que las necesarias para esta edad inicial (ver tabla N° 2).

**Tabla N° 2- Distribución porcentual de la muestra según número de comidas a los 6 meses (n=40)**

<b>N° comidas (6 meses)</b>	<b>%</b>
Adecuado	52,5
Inadecuado	47,5
<b>Total</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

En el rango etario posterior, de 7 a 8 meses, el número de comidas reflejó datos adecuados en un 77,5% dado que los papás ofrecen de 2 a 3 comidas al día fundamentando que sus hijos durante esta etapa “piden” a través de gestos más comida y además para refuerzo, sin embargo, el 22,5% ofrecen a los niños/as más de 3 comidas al día ya que para ellos resulta insuficiente dar menos cantidad y que por lo tanto se deben alimentar más (ver tabla N° 3).

**Tabla N° 3- Distribución porcentual de la muestra según número de comidas entre 7 y 8 meses (n=40)**

<b>N° comidas (7-8 meses)</b>	<b>%</b>
Adecuado	77,5
Inadecuado	22,5
<b>Total</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, entre los 9 y 12 meses, la frecuencia de comidas también resultó adecuado dado que el 75% ofrecen a sus hijos entre 3 y 4 comidas al día, con la fundamentación que querían evitar el sobrepeso mientras que el 25% de los papás optan por dar al niño/a más de 4 comidas al día (ver tabla N° 4).

Cabe mencionar, que en el análisis de esta variable, se puede destacar los conocimientos adecuados que presentan los papás con respecto a la cantidad de comidas que brindan a sus hijos/as para cada rango etario, dado que cumplen, en gran medida, con las recomendaciones otorgadas por las Guías alimentarias para la población infantil.

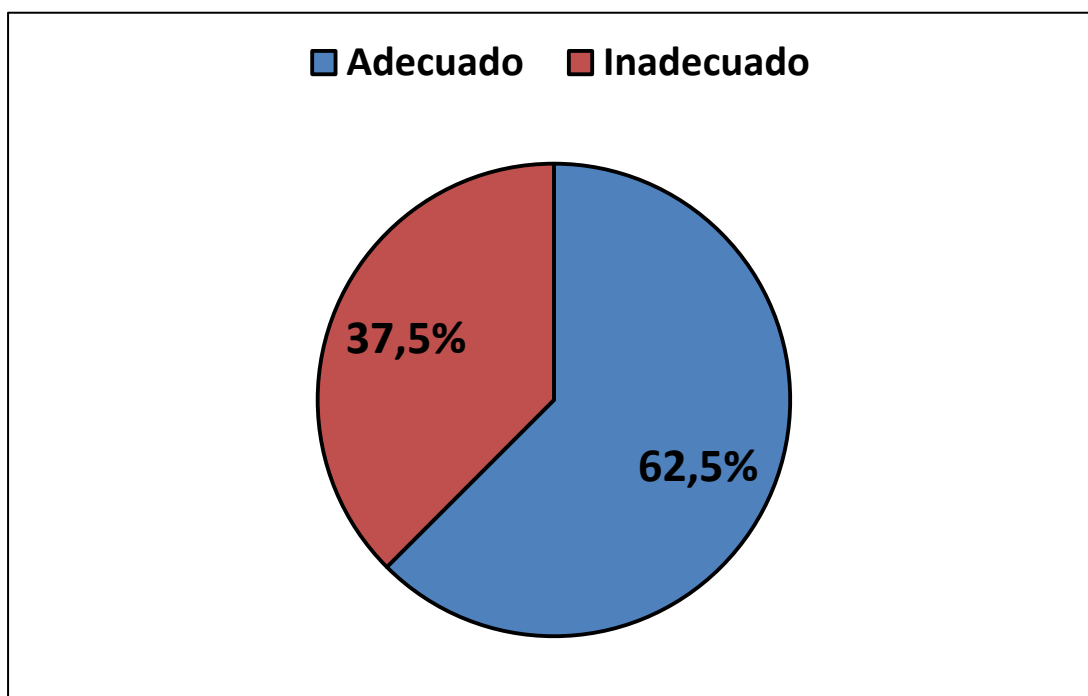
**Tabla N° 4-Distribución porcentual de la muestra según número de comidas entre 9 y 12 meses (n=40)**

<b>N° comidas (9-12 meses)</b>	<b>%</b>
Adecuado	75
Inadecuado	25
<b>Total</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, evaluando la introducción de agua en el niño/a, podemos señalar, que el 62,5% de los papás decidieron incorporar el agua a partir de los 6 meses resultando oportuno, aludían al respecto que no era necesario ofrecer antes de los 6 meses ya que el niño/a aporta líquidos a través de la leche materna en esa etapa y referían que el niño/a podría sustituir la leche por el agua, sin embargo, el 37,5% de los papás indicaba la incorporación antes de los 6 meses dado que lo relacionaban con posible riesgo de deshidratación (ver gráfico N° 3).

**Gráfico N° 3- Distribución porcentual de la muestra según incorporación de agua según edad (n=40)**

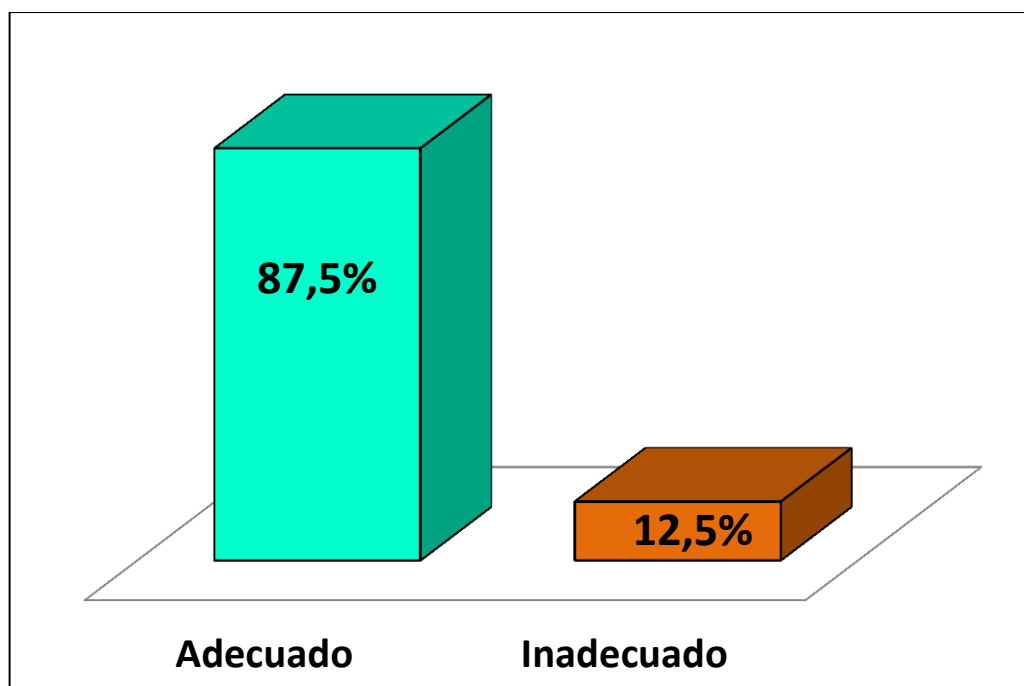


Fuente: Elaboración propia



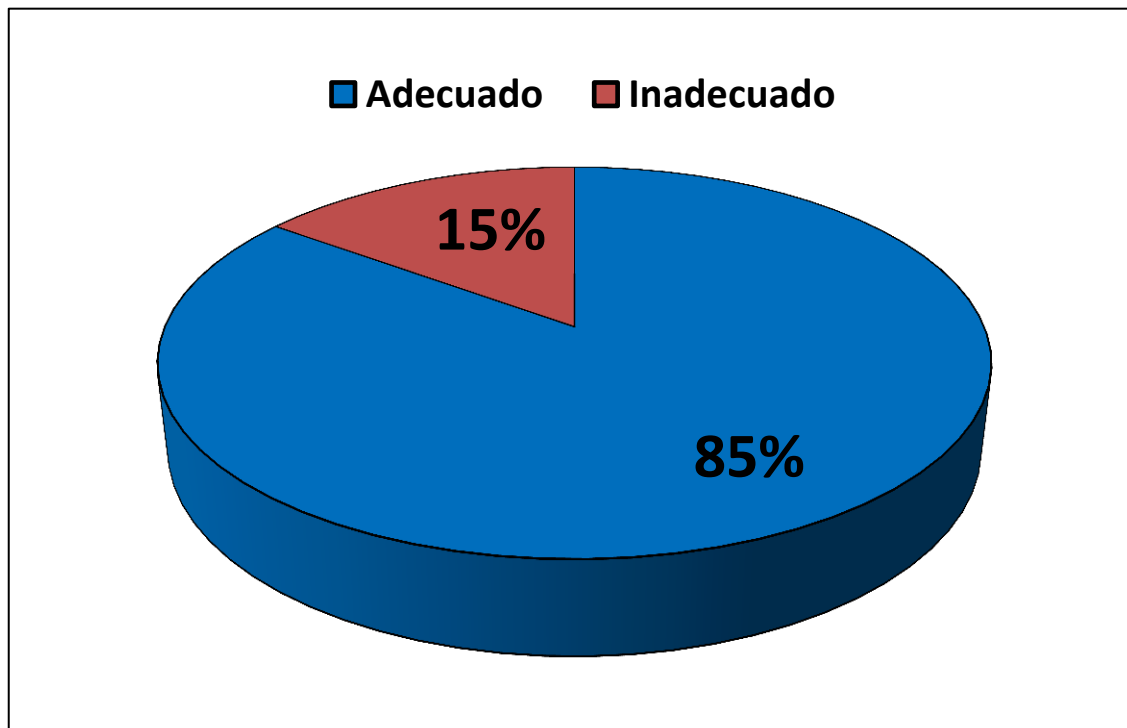
En cuanto a la incorporación de sal y azúcares a las preparaciones de los niños/as, podemos señalar, que el 87,5% de los encuestados optaron por no incorporar sal a las comidas refiriendo que no es necesario o no se debe agregar y que además es perjudicial para la salud, mientras que el 12,5% resultó inadecuado dado que para ellos *“un poquito se podía agregar”* para darle “gusto” a las comidas ya que por propia percepción podría tener mayor aprobación por parte del niño/a. En relación al agregado de azúcares, debemos destacar, que las respuestas tuvieron gran similitud con respecto al agregado de sal, siendo que, el 85% resultó adecuado, es decir, que no es necesario y en contraposición, el 15% resultó inadecuado (ver gráficos N°4 y N°5).

**Gráfico N° 4- Distribución porcentual de la muestra según agregado de sal a las preparaciones (n=40)**



Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 5- Distribución porcentual de la muestra según agregado de azúcar a las preparaciones (n=40)**

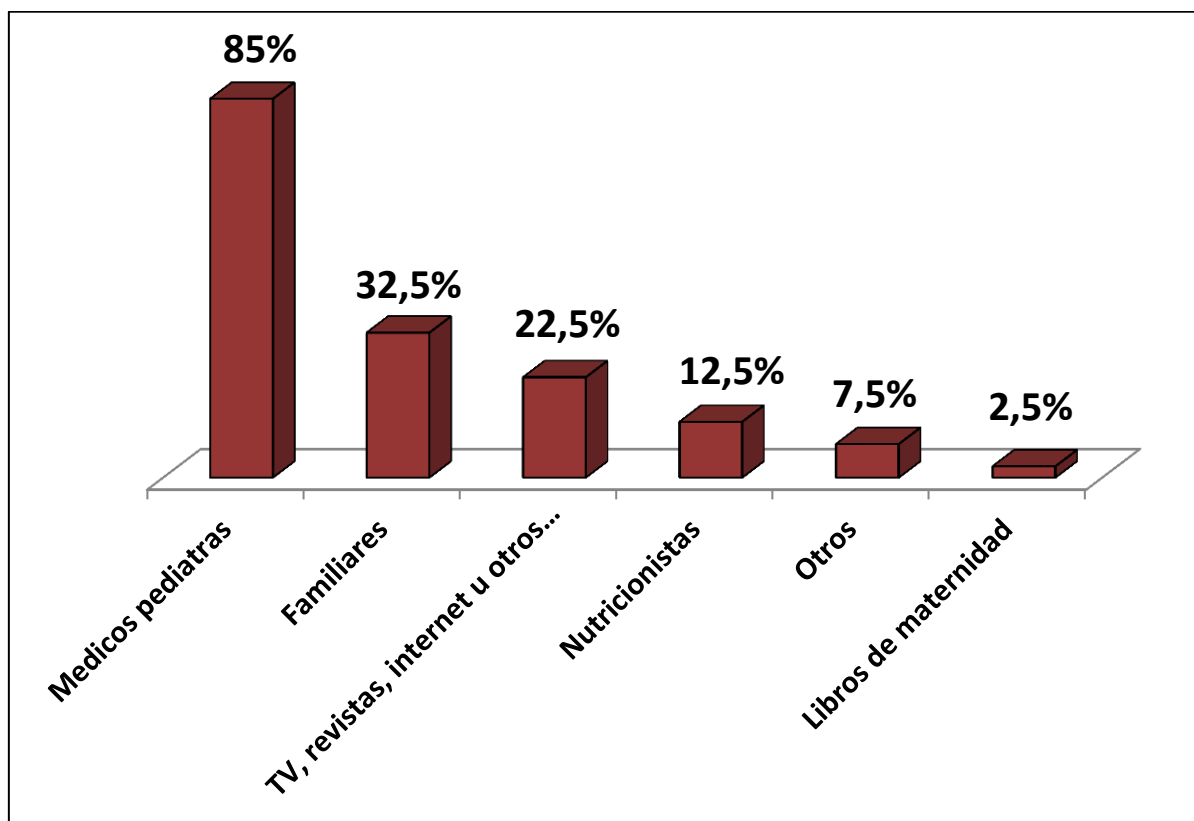


Fuente: Elaboración propia

Para el análisis del conocimiento sobre prácticas básicas de higiene podemos mencionar que el 100% de la muestra (n=40) resultó positivo para esta variable ya que toda la población en estudio cuenta con conocimientos básicos de higiene a la hora de elaborar alimentos para el niño/a.

Por consiguiente, otro dato a destacar fue el origen de donde obtuvieron información sobre alimentación complementaria, en la cual la fuente de información predominante fue la del médico pediatra tratante en un 85%, los papás argumentaban que las veces que iban al pediatra, junto con la madre, obtenían información sobre las primeras comidas y las indicaciones, otro porcentaje mayor fue de los familiares en un 32,5% y porcentajes menores por nutricionistas y otras fuentes de información (ver gráfico N° 6).

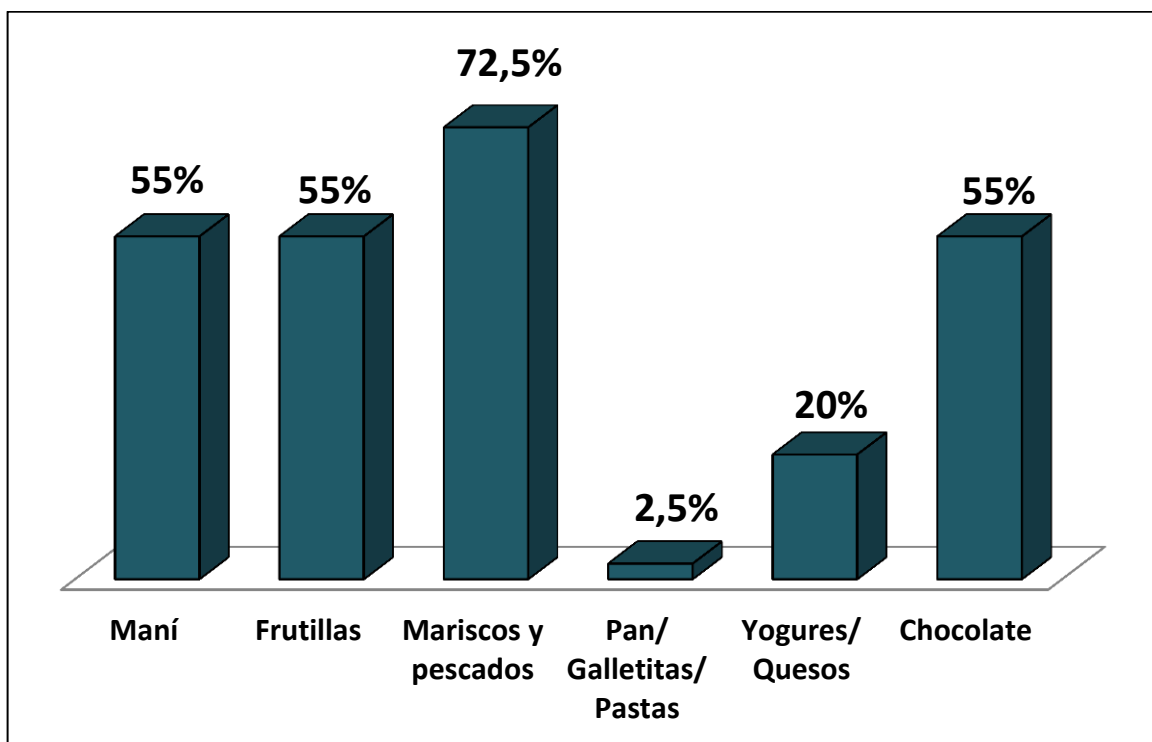
**Gráfico N° 6- Distribución porcentual de la muestra según fuentes de donde obtuvieron información (n=40)**



Fuente: Elaboración propia

Por último, en cuanto al conocimiento sobre los potenciales alimentos alergénicos, podemos resaltar que el 72,5% atribuyó, en mayor preponderancia, a los pescados y mariscos como alimentos potencialmente alergénicos, seguido por el maní, frutillas y chocolate en un 55%, mientras que el grupo de yogures y quesos fueron seleccionados solo en un 20% y el grupo de pan/galletitas y pastas en un 2,5%. Dichos datos refirieron haberlos obtenidos en mayor medida por parte del pediatra o en ciertas ocasiones de algún familiar (ver gráfico N° 7).

**Gráfico N° 7- Distribución porcentual de la muestra según conocimiento sobre alimentos alérgicos en niños/as (n=40)**



Fuente: Elaboración propia

## 9-CONCLUSIONES

Es sabido que la implementación de hábitos alimentarios saludables que se instauran desde los primeros años tenderán a perdurar a lo largo de toda la vida, por lo cual, resulta fundamental el rol de los padres en la evolución favorable de estos factores desde las etapas más tempranas del niño/a, es en estas etapas que el niño merece cuidados especiales, la alimentación de un niño/a implica satisfacer sus requerimientos nutricionales y además es uno de los elementos fundamentales para alcanzar un óptimo crecimiento y desarrollo. Por lo tanto, es fundamental que los padres cuenten con conocimientos fehacientes sobre la alimentación del niño/a en las primeras etapas.

El presente trabajo de investigación se enfatizó en el conocimiento del padre (rol masculino). Los resultados obtenidos fueron concluyentes en cuanto a conocimientos sobre alimentación complementaria en el niño/a, dado que se obtuvieron porcentajes adecuados, en gran medida, en el análisis de cada variable de estudio, ya sea en cuanto al momento de inicio de la alimentación complementaria, la incorporación de las primeras comidas, la progresión de alimentos mes a mes, la frecuencia de comidas en función a la edad, introducción de agua, sal y azúcares, alimentos potencialmente alergénicos y prácticas básicas de higiene, siempre teniendo presente las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la población infantil como referencia.

A modo de conclusión se puede destacar que los papás reconocieron fuentes de hierro y proteínas de la carne, de calcio en la leche y derivados, teniendo en cuenta la importancia de su consumo durante los primeros años de vida. Asimismo, es importante remarcar, que algunos papás se basaron en sus propios hábitos y costumbres alimentarias que luego las trasladaban a sus hijos/as, sin embargo, en dicho estudio resultó ser una minoría.

Por otro lado, se sabe que el consumo habitual de gaseosas puede tener un efecto de desplazamiento de otros alimentos produciendo un desequilibrio y en consecuencia deteriorando la calidad de la alimentación del niño/a, no obstante, se pudo observar que muchos papás ofrecían al niño/a gaseosas como método de “recompensa” para lograr aceptación de la comida, a partir de lo cual, obtenían resultados alentadores dado que el niño/a consumía el plato de comida a cambio de la gaseosa.

También resulta relevante destacar que muchos papás evitaban ofrecer al niño/a aceites o manteca sin contar con conocimientos sobre este grupo de alimentos durante esta etapa. Todo esto habla de la importancia de educar a los padres para que apliquen otros métodos más saludables, entender que las gaseosas son sólo para consumir en circunstancias especiales como cumpleaños, reuniones, fines de semana, etc. y que la restricción de grasas durante los dos primeros años de vida puede traer consecuencias indeseables para el crecimiento y desarrollo del niño/a, dado que las mismas son fundamentales para el óptimo desarrollo del sistema nervioso central y para lograr una adecuada composición corporal, siempre añadiendo en pequeñas cantidades a la comida.

Otro aspecto importante a concluir, fue que no se encontraron diferencias considerables en cuanto a conocimientos entre papás profesionales y papás empleados o administrativos o con trabajos independientes con determinados oficios, es decir, ambos grupos presentaron similitudes en las respuestas analizadas posteriormente, por otro lado, sobre el momento de inicio de la alimentación complementaria, la elección de los primeros alimentos y la progresión en función a la edad del niño/a se pudo observar que el alto porcentaje de papás tomaban como referencia al médico pediatra en su mayor predominio, este fue la elección de los papás como principal fuente a seguir; y en cuanto al agregado de agua, sal y azúcares, las referencias provenían en parte de familiares o medios de comunicación y en parte por propia percepción o por sus creencias.

A modo de conclusión final, se puede decir, que el momento de comenzar a alimentar a un niño/a requiere de responsabilidad, conocimientos y dedicación por parte de los progenitores en pos de lograr un óptimo crecimiento y desarrollo en el niño/a, es en esta etapa donde comienzan a formarse los gustos y hábitos alimentarios. Para ello, es fundamental brindar educación alimentaria constante a los papás por parte de los profesionales de la salud para que así puedan, en conjunto con la madre, reforzar o implementar estrategias que conlleven a la formación de hábitos alimentarios saludables. Cabe aclarar también, que los profesionales deberían convocar más a los papás para que asistan a las citas con el pediatra u otros profesionales de la salud, dado que siempre se impone a la madre como responsable de todas estas cuestiones, de todas maneras, en la sociedad actual, y a través de datos estadísticos se puede observar que el rol del padre es mucho más activo y partícipe en cuanto a las responsabilidades que un niño/a requiere.

Se recomienda promover más la alimentación complementaria en los padres por parte de los profesionales de la salud de manera de aumentar la difusión sobre este tema, es importante también que los pediatras comiencen a involucrar al profesional nutricionista como parte de equipo integral encargados del cuidado y salud de los niños para mejorar u optimizar el estado nutricional y en consecuencia el estado de salud.

## 10-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guías alimentarias para la población infantil. Consideraciones para los equipos de salud. Año 2006.
- (2) Torresani, ME. Lactancia materna. Cuidado nutricional pediátrico. 2ª ed. Buenos Aires: Eudeba; 2006. p. 81-102.
- (3) Torresani, ME. Alimentación Complementaria. Cuidado nutricional pediátrico. 2ª ed. Buenos Aires: Eudeba; 2006. p. 127-146.
- (4) Velarde ER, Carrion VS, Pérez B, Gerez IM, Rivera GA, Navarrete, GE, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Hosp infant* [Internet]. 2016 [citado 15 junio 2018]; 73(5): 338-356.  
Disponibile en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114616301022>
- (5) OMS/OPS [Sede web]. Washington, D.C. OPS; 2010 [citado 15 junio 2018]. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944\\_spa.pdf;jsessionid=D1E6569CD9DC15611DDB526F4778C8E8?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf;jsessionid=D1E6569CD9DC15611DDB526F4778C8E8?sequence=1)
- (6) OMS [Sede web]. Washington, DC; 2018 [citado 15 junio 2018]. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- (7) Cusminsky M, Lejarraga H, Mercer R, Martell M, Fescina R. Crecimiento: enfoque conceptual. En: OPS/OMS. Manual de Crecimiento y desarrollo del niño. 2ª ed. 525 Twenty-third Street, N.W. Washington, D.C; 1994 [citado 15 junio 2018];p.3-21. Disponible en:  
<https://epifesz.files.wordpress.com/2016/08/5manual-de-crecimiento-y-desarrollo-del-ninio1.pdf>
- (8) OMS [Sede web]. Washington, DC; 2018 [citado 15 junio 2018]. Lactancia Materna Exclusiva. Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding\\_recommendation/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/)



- (9) Pediatría integral Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria [sede web]. Madrid: SEPEAP [citado 15 junio 2018]. Lactancia artificial: técnica, indicaciones, fórmulas especiales [aprox. 2 pant]. Disponible en:  
[https://sportnlife.club/sites/default/files/field/files/lactancia\\_artificial.pdf](https://sportnlife.club/sites/default/files/field/files/lactancia_artificial.pdf)
- (10) OMS [Sede web]. Washington, DC; 2018 [citado 15 junio 2018]. Alimentación complementaria. Disponible en: [http://www.who.int/elena/titles/complementary\\_feeding/es/](http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/)
- (11) Sociedad Argentina de Pediatría [Sede web]. Buenos Aires: SAP; 2001 [citado 15 junio 2018]. Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. Disponible en:  
[http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim\\_0a2.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf)
- (12) Gamarra AR, Porroa, J M, Quintana, SM. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. *An. Fac. med.* [Internet]. 2010 Jul [citado 16 Junio 2018]; 71(3): 179-184. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832010000300007&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000300007&lng=es)
- (13) Izquierdo E, Segoviano L, M.<sup>a</sup> Carmen, Verges PC. Complementary feeding: what, when and how. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2016 Mar [citado 30 Agosto 2018]; 18( 69 ): e31-e35. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322016000100015&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000100015&lng=es)
- (14) Naylor AJ, Morrow A. Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to Progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods. Washington, DC; 2001 [citado 16 de junio 2018]; Wellstart. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/234679668\\_Developmental\\_Readiness\\_of\\_Normal\\_Full\\_Term\\_Infants\\_To\\_Progress\\_from\\_Exclusive\\_Breastfeeding\\_to\\_the\\_Introduction\\_of\\_Complementary\\_Foods\\_Reviews\\_of\\_the\\_Relevant\\_Literature\\_Concerning\\_Infant\\_Immunologic](https://www.researchgate.net/publication/234679668_Developmental_Readiness_of_Normal_Full_Term_Infants_To_Progress_from_Exclusive_Breastfeeding_to_the_Introduction_of_Complementary_Foods_Reviews_of_the_Relevant_Literature_Concerning_Infant_Immunologic)
- (15) Álvarez AA, Franch MA, Almudena AH, Aparicio MR, Aranceta BJ, Lasanta LA. Manual práctico de Nutrición en Pediatría. Madrid: Ergon; 2007 [citado 16 Junio 2018]; p. 2-10 Disponible en:  
[http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manual\\_nutricion.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manual_nutricion.pdf)
- (16) Montenegro, RC. Requerimientos y recomendaciones nutricionales. En: Nutrición Clínica y gastroenterología pediátrica. Bogotá, Colombia: Médica Panamericana; 1999.

- (17) Food and Agriculture Organization of the United Nations. Human Energy Requirements Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Rome, 2004.
- (18) Torresani, ME. Proteínas, lípidos y carbohidratos en la alimentación infantil. Cuidado nutricional pediátrico. 2ª ed. Buenos Aires: Eudeba; 2006. P. 41-50.
- (19) The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [Sede web]. 500 Fifth Street, NW. Washington, DC; 2018 [citado 20 de junio 2018]; Disponible en: [http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Activity%20Files/Nutrition/DRI-Tables/8\\_Macronutrient%20Summary.pdf?la=en](http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Activity%20Files/Nutrition/DRI-Tables/8_Macronutrient%20Summary.pdf?la=en)
- (20) Torresani, ME. Etapas de la alimentación del niño. Cuidado nutricional pediátrico. 2ª ed. Buenos Aires: Eudeba; 2006. P. 77-80.
- (21) Noguera, BD, Márquez, JC, Campos, CI, Santiago, R. Alimentación complementaria en niños sanos de 6 a 24 meses. *Arch Venez Puer Ped*, [Internet]. 2013 Sep [citado 20 Junio 2018]; 76(3): 126-135. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492013000300008&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492013000300008&lng=es)
- (22) Perdomo GM, Durán FM. Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatra Integral* [Internet]. 2015 [citado 16 junio 2018]; 19(4):260-267. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/04/n4-260-267\\_Mayra%20Perdomo.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/04/n4-260-267_Mayra%20Perdomo.pdf)
- (23) Torresani, ME. Efectos adversos en la alimentación infantil. Cuidado nutricional pediátrico. 2ª ed. Buenos Aires: Eudeba; 2006. P. 147-156.
- (24) Romero VE, Villalpando CS, Pérez LAB, Iracheta GMa.L, Alonso RCG, López Navarrete G E, et al . Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex*, [revista en la Internet]. 2016 Oct [citado 25 Junio 2018]; 73(5): 338-356. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462016000500338&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462016000500338&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhimx.2016.06.007>
- (25) Setton, D, Fernandez, A. Alergia alimentaria. Nutrición en Pediatría. 1ra ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2014. P. 369-376.

- (26) Fundación Cardioinfantil [sede web]. Bogotá: IC [citado 25 Junio 2018]. Dieta complementaria y el desarrollo de alergias. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en <https://scp.com.co/descargasnutricion/Dieta%20complementaria%20y%20el%20desarrollo%20de%20a%20lergias.pdf>
- (27) Asociación Española de Pediatría [sede web]. Madrid: CLM [citado 27 Junio 2018]. Recomendaciones sobre alimentación complementaria en el lactante amamantado. [aprox. 10 pant. Disponible en: [https://continuum.aeped.es/files/guias/Lactancia\\_materna\\_Unidad\\_3.pdf](https://continuum.aeped.es/files/guias/Lactancia_materna_Unidad_3.pdf)
- (28) Torresani, ME. Efectos adversos en la alimentación infantil. Cuidado Nutricional pediátrico. 2° ed. Buenos Aires: Eudeba; 2006. P.147-156
- (29) Sáenz María. Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. (Tesis de Licenciatura). Bogotá- Colombia; 2007.
- (30) Alvarado BE, Tabares RE, Delisle H, Zunzunegui MV. Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. ALAN [Internet]. 2005 Ene [citado 27 Junio 2018]; 55(1): 55-63. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222005000100008&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222005000100008&lng=es).
- (31) Gatica, CI, Méndez, F M C. Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. *Arch. argent. Pediatr*, [Internet]. 2009 Dic [citado 27 Junio 2018]; 107(6): 496-503. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752009000600005&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000600005&lng=es).
- (32) Cruz AY, Jones AD, Berti PR, Larrea MS. Breastfeeding, complimentary feeding practices and childhood malnutrition in the Bolivian Andes. ALAN [Internet]. 2010 Mar [citado 27 Junio 2018]; 60(1): 7-14. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222010000100002&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222010000100002&lng=es).
- (33) Unsihuay UF. Conocimiento Materno sobre Alimentación Complementaria y Estado Nutricional en el Lactante Menor [Tesis de Licenciatura]. Huancayo, Lima; 2009.

(34) Barba TH. Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza [Tesis de Licenciatura]. Lima: E.A.P de enfermería, Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.

(35) Terrones BM. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses Centro de salud Micaela Bastidas [Tesis de Licenciatura]. Lima; 2013.

## 11-ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RESPONDENTE

En virtud que me encuentro realizando mi trabajo final integrador (TFI), de la Licenciatura en Nutrición en la Universidad Isalud, necesitaré realizar una encuesta sobre el conocimiento paterno acerca de la alimentación complementaria en el niño de 6 a 12 meses, entendiéndose como la incorporación de alimentos diferentes a la leche materna a los efectos de cubrir las necesidades nutricionales del lactante.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en esta encuesta, que consistirá en recabar información referida a dicho tema.

Resguardare la identidad de las personas incluidas en esta encuesta.

En cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.

La decisión de participar en esta encuesta es voluntaria y desde ya agradezco su colaboración.

Alumna encuestadora: Graciela Lilian Achdjogli

.....

Yo....., en mi carácter de respondente encuestado, habiendo sido informado y entendiendo el objetivo de la encuesta, acepto participar en la misma.

Fecha.....

Firma.....

Lugar de la encuesta.....

**Universidad ISALUD**

**Encuesta N°:**

**Fecha:**

**CONOCIMIENTO PATERNO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA**

**A) Datos Generales**

Edad del padre: \_\_\_\_\_

Nivel de estudio (marque con una cruz el nivel de estudio máximo alcanzado)

- Primaria
- Secundario
- Terciario
- Universitario
- Sin estudios

Número de hijos/as: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Edad del niño/a (en meses cumplidos): \_\_\_\_\_

**B) Contenido**

1) Según lo que Usted cree, la edad adecuada para el inicio de la alimentación complementaria en niños es: (marque con una cruz la opción que crea correcta)

- 4 meses
- 5 meses
- 6 meses
- 7 meses
- 8 meses
- Otro

2) ¿Qué alimentos cree Usted que son adecuados o apropiados incorporar como primeras comidas del niño para el primer mes a la edad que usted haya considerado como adecuada

para el inicio de la alimentación complementaria. Conteste todo lo que le daría a su hijo durante el primer mes de alimentación.

---



---



---



---

- 3) Complete el siguiente cuadro marcando con una cruz de cada ítem, en qué mes cree que se puede empezar a dar los siguientes alimentos.

Grupos de alimentos	NS/NC	6 meses	7 meses	8-9 meses	10-11 meses	Nunca antes del año
<b>Frutas</b>						
Manzana						
Banana						
Durazno						
Damasco						
Pulpa de mandarina y naranja						
Frutilla						
<b>Verduras</b>						
Zapallo						
Zanahoria						
Papa						
Batata						
Espinaca						
Zapallito						
Remolacha						
Pulpa de tomate						
<b>Carnes y Huevo</b>						
Vaca						
Pollo						
Pescado						
Vísceras (hígado/morcilla)						
Yema de huevo						
Huevo entero (clara+ yema)						
<b>Quesos y Yogur</b>						
Quesos untables						
Queso cremoso						

<b>Grupos de alimentos</b>	<b>NS/NC</b>	<b>6 meses</b>	<b>7 meses</b>	<b>8-9 meses</b>	<b>10-11 meses</b>	<b>Nunca antes del año</b>
Ricota						
Queso rallado						
Yogur entero						
Vainilla						
Postre tipo Danonino						
<b>Cereales</b>						
Maicena						
Nestum Arroz						
Nestum Maíz						
Polenta						
Fideos						
Arroz						
Pastas rellenas						
<b>Pan y Galletitas</b>						
Pan						
Galletitas de agua						
Galletitas dulces simples (Tipo Mana, vocación)						
Galletitas rellenas (tipo sonrisas, merengadas)						
Vainillas						
<b>Legumbres</b>						
Lentejas						
Garbanzos						
Arvejas						
<b>Cuerpos grasos</b>						
Aceite						
Manteca						
<b>Dulces</b>						
Dulce de batata						
Dulce de membrillo						
Mermelada						
Dulce de leche						
<b>Otros</b>						
Azúcar (agregada a preparaciones)						
Miel						



Grupos de alimentos	NS/NC	6 meses	7 meses	8-9 meses	10-11 meses	Nunca antes del año
Sal (agregada a preparaciones)						
Golosinas (caramelos, gomitas)						
Snacks (chizitos, papas fritas)						
Infusiones (te, mate cocido)						
Gasosas, jugos artificiales (tipo Tang) jugos de soja						
Aguá						
Soja y derivados (milanesas, brotes de soja, jugos tipo Adea)						

4) Complete en cada casillero el número de comidas, que no sea leche o biberón, que Usted cree que hay que darle al niño/a.

6 meses	7 – 8 meses	9 – 12 meses

5) ¿A partir de qué mes considera que se le puede dar agua al niño/a aparte de la leche? (marque con una cruz la opción que crea correcta)

- A partir de 6 meses
- Antes de 6 meses
- No es necesario dar agua, con la leche es suficiente.

6) ¿Cuál es su opinión sobre el agregado de sal a las preparaciones de los niños/as durante el primer año? (marque con una cruz la opción que crea correcta)

- No es necesario el agregado de sal
- No se debe agregar sal
- Un poquito no pasa nada
- Se puede usar libremente sin problema

- 7) Y sobre el agregado de azúcar a las preparaciones dulces de los niños/as durante el primer año, que opina? (marque con una cruz la opción que crea correcta)
- No es necesario el agregado de azúcar
  - No se debe agregar azúcar
  - Un poquito no pasa nada
  - Se puede usar libremente sin problema
- 8) ¿Qué prácticas de higiene cree necesarias o útiles aplicar durante la elaboración de comidas para el niño/a? (marque con una cruz la opción que crea correcta)
- Lavarse las manos antes y después de la elaboración de comidas del niño/a
  - Previo a la elaboración de comidas, no hay problema en usar la misma tabla que corto carnes para cortar vegetales
  - Es necesario remojar los vegetales con un chorro de lavandina durante 30 minutos o más
- 9) ¿De qué fuentes obtuvo información sobre la incorporación de las primeras comidas en el niño/a? (marque con una cruz la opción que crea correcta)
- Médicos pediatras
  - TV, revistas, internet (foros, grupos, etc) u otro medios de comunicación
  - Nutricionistas
  - Libros de maternidad
  - Familiares
  - Otros \_\_\_\_\_
- 10) ¿Qué alimentos cree Usted que pueden provocar alergia en los niños/as? (marque con una cruz las opciones que crea correcta, puede marcar más de una opción)
- Maní
  - Frutillas
  - Mariscos y pescados
  - Pan/ Galletitas/ Pastas
  - Yogures/ Quesos
  - Chocolate

***MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION!!!***