

Licenciatura en Nutrición  
Trabajo Final Integrador

Autora: Regina Carbajal

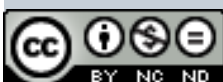
**CREENCIAS Y CONDUCTAS DE MADRES PRIMERIZAS,  
EN TORNO A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA  
DEL NIÑO.**

2017

Tutoras: Lic. Verónica Risso Patrón y  
Lic. Carla Carrazana

*Citar como:* Carbajal R. Creencias y conductas de madres primerizas, en torno a la alimentación complementaria del niño. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2017.

<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/719>



## **Agradecimientos:**

A Dios, por darme la fuerza y confianza de estudiar, y encontrar un nuevo camino. A mi mamá y hermanas por sostenerme y darme el aliento de seguir.

A mis compañeras de estudio desde el primer día hasta el último, son y serán un gran apoyo en este camino.

A mis tutoras Verónica y Carla, por ayudarme generosa y humildemente, brindándome el conocimiento para alcanzar este trabajo que creía imposible.

A Carlos, bibliotecario, por haberme brindado tanta ayuda gracias a su predisposición y generosidad. A todas las madres primerizas que ayudaron en este trabajo.

**Dedicatoria:** A mis padres, mis hermanas y sobrinos;  
Simplemente porque son lo que más amo en esta vida.

# **Creencias y conductas de madres primerizas, en torno a la alimentación complementaria del niño.**

**Autor:** Carbajal, R. email: regina\_carbajal@hotmail.com

**Universidad Isalud**

## **Resumen:**

**Introducción:** La importancia de la conducta en la práctica alimentaria y la influencia que reciba la madre es crítico para la adecuada alimentación complementaria del niño **Objetivo:** Identificar creencias y conductas de madres primerizas, en torno a la alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses de edad. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo analítico observacional. Se encuestaron 71 madres primerizas, teniendo en cuenta las siguientes variables; Edad de las madres y del niño, nivel educativo, conocimiento lactancia continua y de la AC. Tipos de alimentos ofrecidos según edad. Tiempo de inicio de AC del niño. Percepción de las madres primerizas al momento de brindar AC a sus niños. Influencia de creencias del entorno familiar de la madre primeriza e influencia profesional. Dificultades que se les presentan a las madres frente a la AC del niño. **Resultados:** 35.2% de las madres cree que hay que amamantar al niño > de los 24 meses de edad. 91.5% de madres con conocimiento suficiente de AC. 85.9% de las madres brinda AC adecuada a su niño. 91.5% de las madres brinda una oportuna AC. 87.3% de las madres perciben satisfecho a su niño. 74.6% no cree beneficiosas las creencias familiares en la AC del niño. 76% influencia de pediatra, 18.2% sin influencia profesional, de nutricionista 4.2% y puericultora 1.4%. 74.6% de las madres no tuvieron dificultades frente a la AC de su hijo.

**Palabras claves:** Nutrición Infantil, Alimentación complementaria, creencias, conducta alimentaria, madres primerizas.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>PLANTEO DEL PROBLEMA</b> .....	5
<b>OBJETIVOS</b> .....	5
<b>General:</b> .....	5
<b>Específicos:</b> .....	5
<b>Preguntas de investigación</b> .....	6
<b>Viabilidad:</b> .....	7
<b>METODOLOGÍA</b> .....	8
<b>MARCO TEORICO</b> .....	15
<b>Edad de Introducción de Alimentos Complementarios y Duración de Lactancia Materna</b> .....	15
<b>Alimentación Complementaria oportuna (ACO):</b> .....	17
<b>Fundamentos de una Alimentación Complementaria Oportuna</b> .....	18
<b>Maduración de los procesos Fisiológicos</b> .....	18
<b>Función Gastrointestinal</b> .....	18
<b>Función Renal</b> .....	20
<b>Sistema neuromuscular</b> .....	20
<b>Alimentación Complementaria Adecuada: Requerimientos Nutricionales</b> .....	21
<b>Macronutrientes</b> .....	22
<b>Micronutrientes</b> .....	22
<b>Nutrientes de Importancia</b> .....	23
<b>Implementación de la Alimentación Complementaria</b> .....	24
<b>Alimentación Complementaria Inocua: Higiene y Conservación de los Alimentos</b> .....	25
<b>Alimentación Complementaria Perceptiva:</b> .....	26
<b>Alimentación Complementaria Temprana y Tardía</b> .....	27
<b>Creencias y Conductas en Prácticas Alimentarias:</b> .....	28
<b>Consideraciones Generales</b> .....	32
<b>ESTADO DEL ARTE</b> .....	33
<b>RESULTADOS:</b> .....	36
<b>DISCUSIÓN</b> .....	47
<b>CONCLUSION</b> .....	49
<b>ANEXO</b> .....	51
<b>BIBLIOGRAFIA:</b> .....	58

## INTRODUCCIÓN

La nutrición y el cuidado durante los primeros años de vida son cruciales para la salud a lo largo de la vida. <sup>(1)</sup>

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Combinada con la alimentación complementaria, la lactancia materna óptima previene la malnutrición. <sup>(2)</sup>

Siempre que sea posible, las madres y los niños deben permanecer juntos y tener el apoyo que necesiten para recibir la opción alimentaria más apropiada entre las disponibles <sup>(3)</sup> y el acceso que tienen de acuerdo al ingreso económico familiar.

Los cambios tanto en la calidad como en la cantidad de los nutrientes que consumen la mujer embarazada y el niño en ese periodo pueden influir de forma permanente sobre los órganos en desarrollo. Esos efectos se conocen como "programación" y constituyen un factor importante en la aparición de enfermedades no transmisibles a lo largo de toda la vida, fundamentalmente en la edad adulta; en especial, la enfermedad cardiovascular, el síndrome metabólico y la intolerancia a los hidratos de carbono. <sup>(4)</sup>

La explicación más plausible es que estos factores nutricionales -junto a otros no nutricionales- modifican la expresividad de determinados genes, modificando la respuesta de determinados órganos y tejidos, remodelando su estructura y su función. <sup>(5)</sup>

Si bien es de suma importancia que la madre continúe con la lactancia del niño hasta los dos años de vida, a los seis meses aproximadamente es tiempo de iniciar la AC, valorando las necesidades individuales del niño.

La madre debe contar con pautas orientativas sobre los diferentes nutrientes y la forma adecuada de introducirlos y ofrecerlos en la dieta del niño para evitar aportes calóricos excesivos o insuficientes durante el segundo semestre de vida. <sup>(6)</sup>

La OMS brinda lineamientos con pruebas científicas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, donde señala la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de la vida, y el papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud óptimo. Las buenas prácticas de alimentación permiten iniciar estilos de vida saludables en la infancia y mejorar el estado de salud en la vida adulta. <sup>(7)</sup>

Dado que la adecuación de la alimentación a las necesidades del individuo en esta etapa inicial es crítica, las intervenciones tempranas y oportunas merecen especial atención y sirven para prevenir secuelas a futuro. Como consecuencia, los resultados positivos de la atención a las necesidades nutricionales de los niños no sólo tendrá impacto en el presente inmediato sino también a largo plazo al promover generaciones de adultos sanos. <sup>(8)</sup>

Los alimentos complementarios requieren ser nutricionalmente seguros y administrados de manera apropiada, para que cubran las necesidades de energía y de nutrientes del niño. Sin embargo, la alimentación complementaria frecuentemente adolece de muchos problemas; por ejemplo, si los alimentos están muy diluidos, no se alimenta al niño con la frecuencia necesaria o las raciones son muy pequeñas, o reemplazan a la leche materna siendo de menor calidad. Tanto los alimentos como las prácticas de alimentación influyen sobre la calidad de la alimentación complementaria y las madres y las familias necesitan apoyo para aplicar buenas prácticas de alimentación complementaria. <sup>(13)</sup>

La elección de los alimentos para el lactante y el niño dependen de los padres, y está determinada no sólo por la disponibilidad estacional o económica sino también por las costumbres, los hábitos, es decir, las pautas culturales que se transmiten de generación en generación. Es aquí donde radica la importancia de las creencias que la madre tenga sobre la alimentación de su hijo y sobre las prácticas alimentarias adecuadas de acuerdo al estado nutricional del mismo, ya que concepciones erróneas pueden llevar a condicionar al menor a hábitos alimentarios poco saludables con repercusiones negativas a futuro, pero a su vez es importante destacar la relevancia de aquellas prácticas protectoras que pueden ser reforzadas y sobre las cuales es de suma importancia trabajar cuando se realiza una intervención. <sup>(9)</sup>

En la actualidad es muy escasa la información acerca de las creencias y conductas de las madres con respecto a la alimentación complementaria de sus hijos. Se desconocen los motivos de por que realizan ciertas prácticas y por qué no eligen otras, la influencia del entorno social que impacta en la alimentación del niño; siendo esta información la que nos permitiría un enfoque real y útil para las intervenciones educativo-nutricionales, que se realizan en busca de una mejora del estado de salud y nutrición de los niños. <sup>(10)</sup>

Por lo descrito, es necesario investigar las creencias y conductas de madres primerizas, en torno a la alimentación complementaria del niño. Y así escudriñar posibles causas, ausencia y falencias de la educación alimentaria por parte de los profesionales competentes.



**Tema:** Nutrición Infantil

**Subtema:** Alimentación complementaria

**Título:** Creencias y conductas de madres primerizas, en torno a la alimentación complementaria del niño.

## **PLANTEO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las creencias y conductas de madres primerizas, en torno a la alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses de edad, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el primer trimestre del año 2017?

## **OBJETIVOS**

### **General:**

- Identificar creencias y conductas de madres primerizas, en torno a la alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses de edad.

### **Específicos:**

- Detectar el nivel conocimiento sobre lactancia materna continua y alimentación complementaria en las madres primerizas.
- Evaluar los tipos de alimentos, frecuencia y consistencia de alimentos que la madre primeriza, brinda al niño de 6 a 24 meses.
- Evaluar los distintos tiempos de inicio de la alimentación complementaria de los niños.

- Evaluar la percepción de satisfacción del niño que tienen las madres, al momento de brindar la alimentación complementaria.
- Identificar la influencia familiar y profesional que reciben las madres primerizas respecto a la alimentación complementaria del niño.
- Detectar si tuvo dificultades la madre frente a la alimentación complementaria del niño.

### **Preguntas de investigación**

¿Qué nivel educativo tienen las madres primerizas?

¿Se interrumpió la lactancia antes de los seis meses de edad del niño? y en consecuencia empezó a brindarle al niño alimentos sólidos?

¿Las madres primerizas tienen conocimiento los periodos de lactancia y de alimentación complementaria?

¿Qué nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria tienen las madres primerizas con niños de 6 a 24 meses?

¿Qué tipo de alimentos, consistencia y con qué frecuencia le brinda a su niño la madre primeriza?

¿Cuáles son los tiempos de inicio de la alimentación complementaria de los niños?

¿Cuál es la percepción de satisfacción del niño que tienen las madres, al momento de brindar la alimentación complementaria?

¿Recibió influencia del entorno familiar sobre la alimentación del niño? ¿Fueron beneficiosas la alimentar a su niño?

¿Reciben influencia profesional las madres primerizas respecto a la alimentación complementaria del niño?

¿Presenta dificultades las madres primerizas frente a la alimentación complementaria del niño? ¿Cuáles serían?

**Viabilidad:**

La investigación es viable, pues se dispone de los recursos necesarios para llevarla a cabo.

Se buscará la autorización de las madres seleccionadas para realizar el estudio.

Por otro lado, es importante que las madres que conformen la muestra otorguen su consentimiento para la realización de los cuestionarios y, desde luego, se hará con la disposición de las mismas, quienes constituyen la fuente de los datos.

# METODOLOGÍA

## **Tipo de estudio**

La investigación que se pretende realizar es de las siguientes características de tipo descriptivo transversal.

Enfoque cuantitativo, porque permite la descripción, y síntesis de los datos de las variables investigadas expresada en la operacionalización, para su posterior análisis, generalización y objetivación de los resultados.

Así mismo es de diseño descriptivo porque se caracteriza y se analiza los fenómenos planteados en las variables en estudio, retrospectivo porque se tomó los datos según el acontecimiento de los hechos sucedidos en ese periodo, de corte trasversal ya que se investigan la variables tomando los datos en un solo momento.

## **Universo, selección, muestra y unidad de análisis:**

La población de la presente investigación está constituida por todas las madres primerizas (71) que respondan la encuesta virtual, compartida en redes sociales.

Se realizó la toma total de la muestra en Abril del 2017.

La unidad de análisis para el presente estudio fueron las madres primerizas de niños de 6 a 24 meses de edad.

## Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

### Criterios de Inclusión:

- Madres primerizas con niños sanos de 6-24 meses de edad.
- Madres que sepan leer y escribir.
- Madres que acepten participar voluntariamente previo consentimiento.

Criterios de exclusión:

- Madres con niños con dietas especiales.
- Madres con niños mellizos.

Criterios de eliminación:

- Madres que no hayan completado las encuestas.

### **Operacionalización de las variables:**

¿Cuáles son las creencias y conductas de madres primerizas, en torno a la alimentación complementaria del niño, en el primer trimestre del año 2017?

**Dimensión:**                      Alimentación complementaria

Variable:                              **Edad de las madres**

Categorización:                      < de 25 años

26-35 años

> 35 años

Clasificación:                        Privada, intervalar

Variable:                              **Nivel educativo de las madres**

Clasificación: Ninguno.  
Primario Incompleto.  
Primario Completo.  
Secundario Incompleto.  
Secundario Completo.  
Terciario y/o Universitario Incompleto.  
Terciario y/o Universitario Completo.

Clasificación: Privada, ordinal, continua.

Variable: **Lactancia continua**

Categorización: SI  
NO  
No sabe/ No contesta

Clasificación: Privada, ordinal, continua.

Variable: **Motivo de la interrupción de la lactancia**

Categorización: Pregunta abierta.

Clasificación: Privada, continua.

Variable: **Conocimiento del periodo de lactancia materna**

Categorización 6 meses o menos

6 - 11 meses

12 - 24 meses

> 24 meses

Otros

No sabe

Clasificación: Privada, intervalar

Variable: **Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria<sup>i</sup>.**

Categorización: suficiente<sup>ii</sup>

Insuficiente<sup>iii</sup>

Clasificación: Privada, ordinal, discreta, dicotómica.

Variable: **Tipos de alimentos ofrecidos según edad, por parte de las madres primerizas a sus hijos de 6 a 24 meses.**

Categorización: Adecuada<sup>iv</sup>

Inadecuada<sup>v</sup>

Clasificación: Privada, discreta, dicotómica.

---

<sup>i</sup>OMS. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna.(SIN AÑO)

<sup>ii</sup> Suficiente: Si la madre primeriza responde tres de las cuatro preguntas sobre conocimiento de la AC.

<sup>iii</sup> Insuficiente: Si la madre primeriza contesta menos de tres de cuatro preguntas sobre conocimiento de la AC.

<sup>iv</sup> Adecuada: Dar una variedad de alimentos ricos en nutrientes para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales. (OMS) (Anexo: tabla 1)

<sup>v</sup> Inadecuada: No cumple con la ingesta recomendada, tipos de alimentos, frecuencia y consistencia según edad. (Anexo: Guía de introducción de alimentos según edad, maduración digestiva, renal y psico-neural y tabla1 y 2)

Variable: **Tiempo de inicio de Alimentación complementaria del niño.**

Categorización: Temprana<sup>vi</sup>

Oportuna<sup>vii</sup>

Tardía<sup>viii</sup>

Clasificación: Privada, ordinal, continua.

Variable: **Percepción de las madres primerizas al momento de brindar AC a sus niños de 6 a 24 meses.**

Categorización: Satisfecho

Insatisfecho.

Clasificación: Privada, discreta, dicotómica

Variable: **Influencia de creencias familiares de la madre primeriza, en torno alimentación complementaria de los niños de 6-24 meses.**

Categorización: Recibe

No recibe

Clasificación: Privada, discreta, dicotómica

---

<sup>vi</sup> La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud –ENNyS 2010. Buenos Aires- Alimentación complementaria temprana: es la incorporación de alimentos líquidos o sólidos entre el cuarto y el sexto mes de edad del niño.

<sup>vii</sup> OMS 2001. Recomienda lactancia exclusiva por seis meses, con introducción de alimentos complementarios a partir de entonces.

<sup>viii</sup> ENNyS 2010- Alimentación complementaria tardía: aquella situación en la que los niños no habían incorporado otros alimentos, a excepción de la leche de vaca o fórmulas infantiles, a los 7 meses de edad.



Variable: **Dificultades que se les presentan a las madres frente a la alimentación complementaria del niño.**

Categorización: Si  
No

Clasificación: Privada, discreta, dicotómica.

Variable: **Influencia profesional que reciben las madres primerizas respecto a la alimentación complementaria del niño.**

Categorización: Pediatra  
Nutricionista  
Otro

Clasificación: Privada, discreta, dicotómica.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La obtención de datos fue en abril 2017. Antes de la aplicación del cuestionario se obtuvo la aceptación a través del consentimiento es decir, se informó y se orientó a cada madre sobre el objetivo del estudio y los beneficios que se obtendrán, el tiempo de duración y su importancia; para lo cual se realizó de manera virtual.

- ✓ Bibliografía; Libros, folletos, revistas científicas e información científica de internet.
- ✓ Encuesta
- ✓ Cuestionario

**Procedimientos:**

Para poner en práctica los instrumentos que sirven como base para el estudio, se realizara una prueba piloto con 10 preguntas cerradas y abiertas de la cuales se puso en práctica en las madres primerizas con niños menores de dos años.

**Encuesta:**

Esta técnica nos permite recopilar información mediante un cuestionario de 28 preguntas, el mismo que nos permitirá obtener datos confiables con respecto a creencias y conductas de madres primerizas con niños menores de dos años, en torno a la alimentación complementaria de su hijo.

El cuestionario consistirá en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir.

## MARCO TEORICO

La alimentación complementaria (AC) se define como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta después de los dos años<sup>(11)</sup>

Los objetivos de la alimentación complementaria son: aportar energía y nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo sin destetar al niño, crear hábitos de alimentación adecuados, estimular el desarrollo psico-emocional y sensorial del niño y su integración de manera progresiva a la dieta familiar.<sup>(12)</sup>

### **Edad de Introducción de Alimentos Complementarios y Duración de Lactancia Materna Exclusiva.**

#### Prácticas recomendadas para la alimentación del lactante y del niño pequeño:

Las recomendaciones de la OMS y el UNICEF para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la *Estrategia Mundial* son:

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días)

*Lactancia materna exclusiva* significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos .

- Iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.<sup>(13)</sup>

## Otras Definiciones

La alimentación complementaria infantil de buena calidad es aquella que en forma concomitante a una lactancia exitosa es iniciada oportunamente, en cantidad y ritmo de progresión apropiado para satisfacer las demandas del crecimiento. Provee alimentos con variedad de sabores y texturas. Es segura desde un punto de vista bacteriológico, toxicológico, y se encierra libre de contaminantes. Aporta todos los nutrientes en condiciones de digestibilidad y biodisponibilidad adecuadas a cada etapa biológica <sup>(14)</sup>

*“Existe un reconocimiento creciente de que la alimentación complementaria óptima está relacionada no sólo con el qué se come, sino también con el cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño”* (Peltó y col., 2002).

Alimento complementario es cualquier nutriente líquido o sólido provisto al niño pequeño junto con la lactancia materna. Algunos autores dividen los alimentos complementarios en dos categorías. Cuando están preparados expresamente para cubrir las necesidades nutricionales específicas del niño pequeño de manera fisiológica, son llamados alimentos transicionales, mientras que son denominados alimentos familiares cuando el niño consume la misma dieta de la familia <sup>(15)</sup>.

Se sugiere que la alimentación complementaria cumpla con los siguientes requisitos <sup>(16)</sup>:

Oportuna: se debe introducir cuando las necesidades de energía y nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia humana exclusiva.

Adecuada: debe proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento.

Inocua: debe prepararse, almacenarse y servirse de forma higiénica.

Perceptiva: debe atender a las señales de apetito y de saciedad del niño, promoviendo su independencia.

### **Alimentación Complementaria oportuna (ACO):**

Durante esta etapa, tanto la maduración digestiva como la maduración renal van progresando; avanza también la maduración neurológica. El niño adquiere la capacidad de digerir y absorber otros alimentos y es capaz de excretar cargas osmolares sin pérdidas excesivas de agua.

En este período el niño duplica el peso del nacimiento, pierde el reflejo de protrusión y se sienta solo; desarrolla capacidades y movimientos de coordinación para reconocer una cuchara y prensarla con sus labios; puede deglutir alimentos sólidos y ya es capaz de comenzar a diferenciar las variedades de sabores, texturas y colores de los alimentos.

A partir de estos cambios, se puede comenzar en forma gradual la introducción de otros alimentos diferentes de la leche. Es el momento de iniciar la alimentación complementaria oportuna.

Actualmente se prefiere el término “oportuna” –en lugar de referirse a “destete” o “ablactación” utilizados en el pasado y que no son sinónimos– a raíz de la revalorización de la lactancia materna y de la necesidad de complementarla con otros alimentos para cubrir los requerimientos nutricionales alrededor del sexto mes de edad. El término “oportuna” hace referencia al momento óptimo para la introducción de alimentos complementarios. Con relación a los conocimientos y actitudes de los miembros del equipo de salud respecto a la alimentación adecuada en el primer año de vida, diversos estudios realizados en nuestro país destacan que la mayoría de los pediatras y médicos de familia encuestados poseen un nivel adecuado de información o conocimiento respecto de la edad de inicio de la alimentación complementaria oportuna, y de los criterios que deben tenerse en cuenta para su indicación. <sup>(20)</sup>

Sin embargo, se observan importantes errores en cuanto al tipo, textura y consistencia de los alimentos recomendados, que habitualmente se traducen en una baja densidad calórica. <sup>(20)</sup>

Por todo ello, se hace necesario un esfuerzo grande de unificación y consenso de criterios, elaboración de normas y capacitación en este tema <sup>(17)</sup>.

## **Fundamentos de una Alimentación Complementaria Oportuna**

### **Maduración de los procesos Fisiológicos**

Existen limitantes madurativos que pueden condicionar la selección de los alimentos complementarios. Es probable que más allá de una inmadurez propia del proceso de desarrollo, estas limitaciones fisiológicas puedan considerarse sistemas de seguridad de los mamíferos para que no sobreviva ninguna cría que no reciba lactancia materna <sup>(11)</sup>.

### **Función Gastrointestinal**

La función digestiva cambia durante el primer año de vida. El conocimiento de la evolución de las diferentes funciones permite elaborar recomendaciones con criterios fisiológicos.

#### Evaluación gástrica

La mayoría de los lactantes presenta un patrón bifásico de evacuación gástrica con un primer periodo rápido de veinte minutos <sup>(11)</sup>. El vaciamiento gástrico está influenciado por la osmolaridad, composición y densidad calórica de los alimentos ingeridos. La alta osmolaridad y la mayor densidad energética retardan el vaciamiento, mientras que los líquidos tienen un vaciamiento gástrico más rápido que los sólidos. De este modo, al incorporar sólido de mayor densidad calórica, durante este periodo, se retrasa el vaciamiento gástrico <sup>(18)</sup>.

#### Secreción de ácido clorhídrico

Se produce en el estómago cerca del nacimiento, tanto en los niños de término como en los prematuros, o siendo preciso en qué momento se alcanza la máxima secreción durante el primer mes <sup>(12)</sup>.

#### Motilidad intestinal

La motilidad intestinal se define como el conjunto de actividades electromecánicas que se producen en el tubo digestivo.

Al aumentar la edad se producen variaciones en el llamado proceso migratorio de la motilidad intestinal, en el sentido de un marcado aumento de la velocidad de programación y una disminución en la duración del complejo motor migratorio. El aumento de la velocidad de

propagación explicaría por qué se mantiene constante el ciclo, en la infancia, pesar del progresivo aumento de la longitud del intestino en relación a la edad <sup>(16)</sup>.

### Evolución de las enzimas digestivas y absorción

Las características citológicas del intestino del gado con sus microvellosidades y las **enzimas del ribete**, se diferencian hacia el final del segundo trimestre de gestación. La **lactasa** permanece baja hasta el final del embarazo, mientras que la **sacarasa** y **maltasa** son más precoces en sus funciones.

La digestión de las grasas, proteínas y almidones en el lactante depende, en gran medida, de las **enzimas pancreáticas**, existiendo una notable variación del momento en que estas parecen en la luz intestinal.

La **amilasa pancreática** es la enzima más sujeta a controversia, se desconoce si existe en el feto y cuánto tiempo después del nacimiento comienza a producirse. Existen evidencias que hasta los seis meses de edad es insuficiente, por lo que dar almidón antes de esa edad puede provocar malabsorción (diarrea) <sup>(12)</sup>; esta alcanzaría los niveles del adulto a los tres años de edad.

A partir de los seis meses la absorción intestinal de grasa es adecuada (90-95%), dado que las **lipasas pancreática y lingual** han alcanzado niveles adecuados y la secreción de **sales biliares** está completamente desarrollada <sup>(12)</sup>.

Las enzimas proteolíticas pancreáticas (tripsina y quimiotripsina) están bien desarrolladas desde el nacimiento, encontrándose niveles levemente inferiores al nacer en comparación a los de los doce meses. Si bien su desarrollo se completa al año, la digestión de proteínas no presenta dificultades desde el nacimiento <sup>(16)</sup>.

### Inmunidad intestinal- Barrera mucosa

La etapa de alimentación complementaria implica, por un lado, la exposición a nuevos antígenos y por otro, cambios en la flora del tracto gastrointestinal con posible repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal <sup>(16)</sup>.

Es aconsejable que la alimentación complementaria comience en el momento en el que los sistemas inmune y la inmunidad pasiva local estén razonablemente desarrollados (nunca antes de los 3 meses de edad) <sup>(16)</sup>.

## **Función Renal**

A la edad de seis meses, la madurez en la función renal permite tolerar una mayor carga de solutos. Sin embargo, se debe tener en cuenta, que en niños con ingestas altas de sodio puede producirse deshidratación hiperosmolar, en situaciones de pérdida aumentada de agua <sup>(16)</sup>.

## **Sistema neuromuscular**

La conducta alimentaria se regula por la interacción de varios factores. La adquisición de las funciones neuromotoras y de las funciones cognitivas le permiten al niño la autorregulación de la ingesta según su hambre y saciedad y expresar su deseo, o no, de comer. La relación con el medio social y los adultos que lo alimentan, la decodificación que estos hagan de las señales de hambre y saciedad del niño, así como las conductas que asuman ante el reclamo o rechazo del niño serán factores importantes en el proceso de aprendizaje y establecimiento de los patrones alimentarios <sup>(12)</sup>.

La maduración del sistema neuromuscular ejerce una profunda influencia sobre las modalidades de la alimentación infantil. Los reflejos relacionados con la alimentación, que están presentes en los diferentes estadios del desarrollo, pueden interferir o facilitar la introducción de distintos tipos de alimentación (Tabla 1) <sup>(12)</sup>

**Tabla 1. Pautas madurativas en niños de 0-24 meses y sus implicancias en la alimentación**

<i>Edad (meses)</i>	<i>Reflejos y habilidades</i>	<i>Tipo de alimento a consumir</i>
0-3 m	<ul style="list-style-type: none"><li>• Búsqueda-succión-deglución .</li><li>• Reflejo de protrusión de 1/3 medio de la lengua.</li></ul>	Líquidos: Lactancia exclusiva.
4-6 m	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumento de la fuerza de succión.</li><li>• Aparición de movimientos laterales de la mandíbula.</li><li>• Desaparece reflejo de protrusión de la lengua.</li><li>• Alcanza la boca con las manos a los 4 meses.</li></ul>	Lactancia. Alimentos semisólidos (tipo puré y papillas).
7-12 m	<ul style="list-style-type: none"><li>• Chupa cucharita con los labios.</li><li>• Lleva objetos/manos a la boca.</li><li>• Se interesa por la comida.</li><li>• Toma alimentos con las manos.</li><li>• Mordisquea.</li><li>• Movimientos laterales de la lengua.</li><li>• Empuja comida hacia los dientes.</li><li>• Buen control muscular.</li><li>• Insiste en tomar la cuchara pero no la lleva a la boca.</li></ul>	Lactancia. Papillas y puré. Galletitas blandas. Sólidos bien desmenuzados.
13-24 m	<ul style="list-style-type: none"><li>• Movimientos masticatorios rotatorios.</li><li>• Estabilidad de la mandíbula.</li><li>• Aprende a utilizar cubiertos.</li></ul>	Alimentos familiares. Carnes, frutas, vegetales.



## Alimentación Complementaria Adecuada: Requerimientos Nutricionales

Después de los primeros seis meses, la lactancia no cubre las necesidades de energía, proteínas y de ciertos micronutrientes (como el zinc, hierro y algunas vitaminas). Por este motivo es necesario ofrecer alimentos complementarios apropiados para cubrir requerimientos a partir de esa edad. <sup>(12)</sup>

En el gráfico puede observarse cuál es la contribución que los alimentos complementarios deben hacer para cubrir los requerimientos nutricionales en niños de 9 a 11 meses con una ingesta promedio de leche materna. <sup>(13)</sup>

### Las características que debe reunir la alimentación complementaria son:

Densidad energética Mayor de 60 kcal/100g. Si partimos de la base de que la lactancia materna aporta 65 kcal/100g, la cantidad de energía requerida del “alimento complementario” oscila entre 65 y 80 kcal/100g. Esto no es fácil de alcanzar en la primera etapa de introducción de los alimentos. Algunas papillas, según cuáles sean sus componentes principales, resultan de baja densidad energética. <sup>(13)</sup>

Cuadro 1: Aporte energético necesario a partir de los alimentos complementarios (kcal/d), basado en el requerimiento total de energía (para niños amamantados).

Edad del niño	6-8	9-11	12-23
Requerimiento energético	615	686	894
Energía suministrada por la Lactancia materna	-413	-379	-346
Aporte energético de alimentos complementarios	E 200	E 300	E 550

FUENTE: Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantando. O.P.S., 2003.

Cuadro 2: Energía y proteínas que deben proveer los alimentos complementarios.

EDAD (Meses)	Aporte calórico de la leche materna (% del total del aporte requerido)	Energía y proteínas aportados por los alimentos	
		% calórico	Proteínas/100/Kcal
6-8	60-70	40-30	1.3 g
9-11	40-45	60-55	1.5 g
12-23	30	70	1.7 g

FUENTE: ESPGAN: Committee on Nutrition "Guidelines on Infant Nutrition. III\* Recommend. for Infant Feeding". Act. Paediatr. Scand.1992.

## **Macronutrientes**

Adecuada proporción de proteínas de origen animal. Dado que las proteínas de origen vegetal presentan deficiencias de aminoácidos esenciales (Lisina en el trigo y maíz; Treonina en el arroz; Metionina en la soja, etc.), se recomienda que las proteínas de origen animal representen el 45% del aporte total de proteínas. Respecto del porcentaje de calorías aportadas por las proteínas (P%) se recomienda que sea de alrededor del 9% en los menores de 1 año, y de un 5-6% en los mayores de 1 año, para que las proteínas cumplan con su función plástica específica.

Grasas totales: más del 30% del Valor Calórico Total. La grasa tiene suma importancia para lograr una adecuada composición corporal y, fundamentalmente, el desarrollo del sistema nervioso central. Asimismo, para alcanzar el aporte requerido de energía.

La restricción de grasas durante los dos primeros años de vida puede traer consecuencias indeseables para el crecimiento y desarrollo, y no ofrece ventajas respecto de la prevención de enfermedades crónicas.

Hidratos de Carbono Complejos. Cuando se introducen alimentos semisólidos, aumenta el aporte de hidratos de carbono (H de C); hay que priorizar los alimentos con H de C complejos tales como tubérculos, cereales y legumbres, que además aportan otros nutrientes a la alimentación.

## **Micronutrientes**

Para los niños pequeños, los micronutrientes son esenciales para el crecimiento, el desarrollo y la prevención de enfermedades. <sup>(10)</sup>

Luego de los seis meses de edad, se ha planteado la hipótesis de que el crecimiento de los lactantes puede estar limitado por el contenido de micronutrientes de los alimentos complementarios. Los nutrientes más probablemente deficientes de la dieta, son; hierro, zinc y calcio en países desarrollados y en aquellos en desarrollo <sup>(19)</sup>.

Cuando la cantidad se expresa como un porcentaje aproximado de la RDA asumiendo una ingesta promedio de leche humana, los alimentos complementarios deben aportar:

<b>Vitamina A</b>	<b>5-30% del requerimiento</b>
<b>Tiamina</b>	<b>50-80% del requerimiento</b>
<b>Riboflavina</b>	<b>50-65% del requerimiento</b>
<b>Calcio</b>	<b>60% del requerimiento</b>
<b>Zinc</b>	<b>85% del requerimiento</b>
<b>Hierro</b>	<b>Casi 100% del requerimiento</b>

### **Nutrientes de Importancia**

**Fibra dietética:** Durante los dos primeros años de vida el aporte de fibra no debe ser elevado, ya que esto puede interferir en la absorción de algunos micronutrientes tales como el hierro, el zinc y también el calcio.

**Hierro:** El hierro es el micronutriente más deficitario, especialmente en niños y embarazadas. Esta situación casi siempre obedece a una baja ingesta del mismo en relación con los altos requerimientos, el consumo de hierro de baja biodisponibilidad o las pérdidas aumentadas.

Las sustancias que bloquean la absorción, son los taninos y las xantinas, presentes en el café, el té y el mate <sup>(13)</sup>.

**Gluten:** Los alimentos que contienen gluten (harina de trigo, avena, cebada y centeno) se introducen hacia finales del 6º mes.

#### Alérgenos potenciales:

- **Yema / huevo:** se incorpora a partir de los 6 meses.

- **Pescado:** la incorporación desde el 7º mes.

**Sal:** El contenido natural de sodio de los alimentos es suficiente para satisfacer las necesidades de los niños y niñas.

**Nitratos:** En el primer semestre, los nitratos a nivel intestinal pueden ser transformados en nitritos. Estos, al entrar en contacto con los glóbulos rojos, provocan la oxidación del hierro del grupo hemo, la metahemoglobina resultante es incapaz de captar oxígeno. Esto puede provocar hipoxemia y cianosis.

**Cuerpos esféricos:** No deben administrarse a menos de un año porque pueden producir asfixia por aspiración.

**Miel:** La miel debe evitarse hasta el año de vida ya que puede ocasionar botulismo en el lactante, cuyo intestino.

### **Implementación de la Alimentación Complementaria**

Aumento progresivo de la consistencia y viscosidad. Se inicia la alimentación complementaria con papillas o purés, preparados a partir de alimentos disponibles en el hogar, finamente pisados o triturados. A medida que el niño crece, mejoran su habilidad y coordinación para morder, masticar y tragar, lo cual permite aumentar la consistencia de los alimentos <sup>(13)</sup>.

Los alimentos complementarios deben ser lo suficientemente espesos para mantenerse en la cuchara y que no se escurran hacia fuera. Generalmente, los alimentos que son más espesos o más sólidos tienen mayor densidad de energía y nutrientes que los alimentos aguados o muy blandos. Cuando el niño come alimentos espesos o sólidos, resulta más fácil el darles mayor suministro de kcal e incluir una variedad de ingredientes ricos en nutrientes, como ser alimentos de origen animal. Existen pruebas sobre la presencia de una ‘ventana crítica’ para incorporar alimentos ‘grumosos’ (con pedazos de alimentos): si estos son administrados más allá de los 10 meses de edad, se puede incrementar el riesgo posterior de sufrir problemas de alimentación. Si bien el continuar con alimentos semisólidos puede ahorrar tiempo, es importante para el crecimiento óptimo del niño que, la consistencia de los alimentos se incremente de manera gradual y con la edad. <sup>(10)</sup>.

Para lograr un aporte nutricional adecuado por medio de los alimentos complementarios, es necesario tener siempre en cuenta dos elementos importantes: a) establecer el número y frecuencia

de las comidas y b) establecer la densidad calórica de las mismas, tal como se recomienda a continuación:

Número de comidas diarias recomendadas según edad.

Número de comida diaria recomendadas de acuerdo a la edad		
Edad	Número de comidas diarias	Densidad calorías (Kcal/g)
Hasta los 6 meses	Leche materna a demanda	
6-7 meses	1 a 2 Leche materna + 1 comida inicial	0,93
7-8 meses	Leche materna + 2 ó 3 comidas	0,79
9-23 meses	Leche materna + 3 ó 4 comidas	0,73

Como se puede observar en la tabla, a medida que aumenta el número de comidas se puede disminuir la densidad calórica de cada una de ellas. En general, se busca que la densidad calórica de las comidas sea similar a la de leche materna: 0,60 a 0,70 kcal/g.

El niño sano en etapa preescolar debe recibir 4 comidas principales al día y, si es necesario, una colación “entre comidas”, a media mañana, a media tarde o ambas <sup>(13)</sup>.

### Variedad y monotonía

Se ha postulado que la variedad puede estimular el consumo de alimentos complementarios (utilizando los mismos nutrientes, pero modificando el gusto, sabor y consistencia) se puede aumentar un 10% la ingesta calórica <sup>(12)</sup>.

“La mejor forma de asegurar una adecuación nutricional es aconsejar una dieta variada” <sup>(20)</sup>

### **Alimentación Complementaria Inocua: Higiene y Conservación de los Alimentos**

Es muy importante que el equipo de salud aborde, durante la consulta pediátrica, distintos aspectos referidos a la higiene y conservación de los alimentos, tales como:

Higiene personal: Es importante atender a la higiene personal, tanto del niño como de su cuidador (cuerpo y vestimenta). Hay que tener presente que cuando las personas presentan una patología infecto contagiosa (como gripe, faringitis, enfermedades intestinales o infecciones de la

piel) deben ser cuidadosas al preparar o servir los alimentos ya que cualquier infección, por pequeña que parezca, puede contaminar los alimentos del niño y su familia.<sup>(13)</sup>

Higiene en la elaboración de alimentos. Es aconsejable informarse acerca del agua que se utiliza en la vivienda y –en caso necesario– recomendar su potabilización.

Conviene tener en cuenta que los alimentos que se consumen crudos se higienizan con esta agua, como así también los equipos y utensilios para cocinar.

Higiene en la conservación de los alimentos. En general los alimentos deben ser conservados en lugares limpios, secos y frescos.

Higiene ambiental. El ambiente que rodea al acto alimentario puede afectar la salud. Por eso es importante obtener información sobre algunos factores tales como falta de cloacas y mala disposición de excretas, basurales cercanos a la vivienda y aguas servidas. Una conversación sobre el tema puede dar la oportunidad de proponer medidas adecuadas de prevención y protección <sup>(13)</sup>

### **Alimentación Complementaria Perceptiva:**

Este término se refiere a principios de cuidado psicosocial que deben emplearse al alimentar al niño, ellos son: <sup>(12)</sup>

- Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.
- Alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos.
- Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer.
- Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente.
- Recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor – hablar con los niños y mantener el contacto visual.

## **Alimentación Complementaria Temprana y Tardía**

**AC. Temprana:** es la incorporación de alimentos líquidos o sólidos entre el 4to y 6to mes de edad del niño. <sup>(21)</sup>

### Riesgos de iniciar la alimentación complementaria temprana o tardíamente

#### Cuando se inicia tempranamente puede:

- Disminuir la lactancia humana, provocando que el niño no alcance sus requerimientos nutricionales, especialmente cuando los alimentos ofrecidos son de bajo contenido energético, lo cual conlleva a malnutrición por déficit.
- Incrementar el riesgo de enfermedades, debido a que se reduce el aporte de los factores protectores de la leche humana.
- Aumentar el riesgo de padecer diarreas, debido a que los alimentos complementarios pueden ser vehículos de agentes infecciosos.
- Incrementar el riesgo de alergias, debido a la mayor permeabilidad de la mucosa intestinal e inmadurez inmunológica.

**AC. Tardía:** aquella situación en la que los niños no habían incorporado otros alimentos, a excepción de la leche de vaca o fórmulas infantiles, a los 7 meses de edad. <sup>(22)</sup>

#### Los riesgos de un inicio tardío, son:

- Disminución de la velocidad de crecimiento.
- Deficiencias de vitaminas y minerales.
- Alteraciones en la conducta alimentaria y en el desarrollo psicomotor.
- Riesgo de sensibilización. <sup>(23)</sup>

## **Creencias y Conductas en Prácticas Alimentarias:**

En los primeros años de vida se desarrolla la **conducta alimentaria**. Ésta se define como el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación.

Está determinada por factores que dependen de:

Alimento ofrecido, niño que lo recibe, adulto que alimenta y ambiente donde tiene lugar la alimentación.

Alteraciones en estos factores pueden llevar a la aparición de dificultades en la alimentación.

El adulto debe permitir el adecuado desarrollo de la conducta alimentaria, aplicando una alimentación perceptiva.

La conducta alimentaria está fuertemente condicionada por el aprendizaje y las experiencias vividas. El desarrollo de los procesos de alimentación independiente y socialmente aceptados comienza al nacimiento y progresa durante los primeros años. Este período es crítico en el desarrollo de preferencias y hábitos alimenticios; el niño afianza su personalidad y comienza a desarrollar autonomía.<sup>(24)</sup>

Las **creencias** alimentarias resultan ser:

*"Generalizaciones que las personas hacen o dicen, en relación con los alimentos"* <sup>(25)</sup>, y para muchos individuos y comunidades son parte de una herencia que se va transmitiendo de generación en generación. Se forman a partir de ideas, experiencias y emociones.

Las ideas se forman a partir de un proceso mediante el cual una oración o juicio es reforzado por referencias o experiencias, que lo corroboran. Las que pueden obtenerse, a través de información que se toma de personas, libros u otros medios de comunicación.

La intensidad emocional que se siente respecto a cualquier de esas experiencias referenciales determinará la fuerza del anclaje de esa idea, para convertirse en creencia.<sup>(9)</sup>



Las creencias y los simbolismos de los alimentos, las exclusiones y elecciones que se hacen al preparar la comida familiar, esconden procesos con significación cultural y social que pueden dar sentido a las decisiones sobre qué es lo potencialmente modificable y aquello que aún en situaciones sociales adversas no se modifica.<sup>(26)</sup>

Por otro lado las prácticas alimentarias puede definirse como:

*El conjunto de acciones y relaciones sociales que se estructuran en torno al acto central de ingesta de sustancias alimenticias que puede o no estar relacionado a la perpetuación del organismo vivo*<sup>(27)</sup>.

Como toda práctica social, constituye la materialización de discursos acerca de la alimentación que a su vez se encuentran imbricados en discursos más amplios o generales de una determinada sociedad en un momento dado.

Entre los factores que determinan las creencias y prácticas alimentarias se destacan los, culturales, económicos, sociales, religiosos, educativos y los relacionados con la urbanización e industrialización.<sup>(28)</sup>

Los factores sociales también son de gran importancia a la hora de analizar las creencias y las conductas en las prácticas alimentarias. El individuo pertenece a diversos grupos sociales, por lo cual no puede prescindirse del efecto que tenga la conducta colectiva sobre sus creencias y hábitos alimenticios. En los grupos sociales a que se está adscrito, como puede ser la iglesia, colegio, trabajo, club, sindicato y otros, a menudo se sirven comidas y los menús tienden a reflejar los gustos del grupo.<sup>(29)</sup>

La religión, por su parte, juega un rol importante como factor determinante. En todos los pueblos o culturas, las elecciones alimentarias están condicionadas muy a menudo, al menos aparentemente o en primera instancia, por todo un conjunto de creencias religiosas, prohibiciones de diverso tipo y alcance, así como por concepciones dietéticas relativas a lo que es bueno o lo que es malo para el cuerpo, para la salud, en definitiva.<sup>(30)</sup>

Respecto a la educación, se ha demostrado que el nivel educativo tiene gran influencia sobre el patrón alimentario el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y familias. Así lo muestran algunos estudios realizados sobre el tema, en diferentes partes del mundo. No han sido únicamente los patrones alimentarios que cambian según la escolaridad, sino también el horario de las comidas, los métodos de preparación y almacenamiento, entre otras cosas. La educación es la variable más íntimamente relacionada con el estado de salud de una población, una comunidad o un individuo. Constituye la senda para la implementación de conductas y actitudes favorables a la búsqueda de la salud y encaminadas hacia el mantenimiento de la misma. UNICEF considera que la alfabetización y progresión en niveles educativos por parte de la mujer, específicamente de la madre, es un factor importante para el desarrollo infantil. <sup>(31)</sup>

Otro factor a considerar es el psicológico, ya que las creencias y hábitos alimentarios son parte importante de la conducta humana, y por ello es que durante los últimos años se le ha dado un mayor énfasis a la alimentación y nutrición desde el punto de vista psicológico-social. La alimentación no se reduce exclusivamente al campo puramente fisiológico sino también comprende el campo psicológico-social. Al intentar realizar modificaciones en la conducta de un individuo en cuanto a sus creencias y hábitos alimentarios, no bastará sólo con que el paciente adquiera nuevos conocimientos referidos a lo nutricional para realizar el cambio deseado, la información será inútil si no se ha aceptado la necesidad de cambiar y la persona no se encuentra motivada para hacerlo. De esto se deduce que los factores psicológicos son muy importantes en cualquier modificación que pretenda hacerse de las creencias y hábitos alimentarios. <sup>(27)</sup>

También podemos hablar de la influencia de la urbanización e industrialización en la construcción de creencias y prácticas alimentarias. El grado de urbanización e industrialización de una nación o de una ciudad influye directamente en la ingesta dietética de sus pobladores. Suele suceder que, los pobladores del área urbana gozan de mayor surtido de alimentos que los del área rural. Esto se debe a que en la primera, la industria y el comercio ofrecen mayores oportunidades. <sup>(28)</sup>

Cabe aclarar que en muchos casos la nutrición urbana también se ve afectada porque en gran parte de los hogares urbanos de bajos ingresos, las mujeres trabajan fuera del hogar; como consecuencia, ha habido una disminución casi universal de la lactancia materna en las áreas urbanas y en todas

las regiones del mundo en desarrollo, con un aumento concomitante en el uso de sustitutos de leche materna más costosos y alimentos comerciales para el destete. <sup>(32)</sup>

Por último, es importante destacar la influencia que los medios de comunicación tienen en la vida diaria. Los periódicos, la radio y la televisión son los medios de comunicación masiva más eficaces que existen. Un alto porcentaje de los espacios, de estos medios de comunicación son utilizados para anunciar productos comerciales y, la gran mayoría de ellos, son alimentos. De esta forma estos anuncios influyen de una manera increíble sobre las prácticas alimenticias de las personas. <sup>(33)</sup>

Las mujeres han sido y continúan siendo el centro de atención de gran parte de los estudios y programas de nutrición y alimentación infantil en Argentina, en tanto que son consideradas como uno de los componentes fundamentales de la salud durante esta etapa. <sup>(9)</sup>

La madre alimenta a su hijo de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias, y por lo tanto, es importante conocer las creencias y las prácticas alimentarias que la madre tenga sobre la alimentación de su hijo, ya que concepciones erróneas pueden llevar a condicionar al menor a hábitos alimentarios poco saludables con repercusiones negativas a futuro, pero a su vez es importante destacar la relevancia de aquellas prácticas protectoras que pueden ser reforzadas. <sup>(9)</sup>

Las prácticas y creencias maternas sobre la alimentación del niño envuelven un proceso complejo de toma de decisiones de la madre sobre la variedad, preparación, cantidad, horarios de los alimentos del niño, entre otras cosas. Las creencias maternas sobre la nutrición asociada a que el sobrepeso indica una constitución fuerte del cuerpo, refuerza la creencia de que las prácticas maternas de alimentación pueden propiciar un modelaje no saludable de la conducta alimentaria del niño, la cual puede ser un factor predictor de sobrepeso y obesidad infantil desde la infancia temprana. <sup>(34)</sup>

## **Consideraciones Generales**

Durante la transición necesitan alimentos variados, que tengan consistencia semisólida, una densidad energética y de micronutrientes (en particular de hierro y de zinc) adecuada, que contengan poca cantidad de fibra, que ofrezcan una buena calidad proteica, que sean de rápida e higiénica preparación y que se adapten a los gustos y hábitos de la familia.

La forma más económica de promover y proteger la salud y la nutrición en uno de los periodos de mayor vulnerabilidad como es el primer año de vida, se basa en la implementación efectiva de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) donde la educación de los padres acerca de la correcta implementación de la alimentación complementaria es fundamental <sup>(17)</sup>

## ESTADO DEL ARTE

Entre los últimos estudios encontrados en julio del 2016, en España, el autor Sergio Reyes García ha prestado especial interés en el “baby-led weaning”, así como los diversos aspectos que influyen en la alimentación como las alergias, los nutrientes. Al analizarse estos aspectos se descubrió que la tendencia actual es la de introducir los alimentos a la edad de 6 meses, incluyendo aquellos alimentos considerados potencialmente alérgenos. <sup>(35)</sup>

Por otro lado, en Argentina, entre los últimos estudios desarrollados en el 2016, la autora Alcain, María Cecilia se planteó el interrogante de si la correcta incorporación de alimentos puede deberse al nivel de estudios alcanzados por las madres; Si el temprano destete por parte de la mayoría de las mujeres encuestadas se relaciona con la edad de las mujeres al momento de ser madres. Además de las prácticas no deseables, en cuanto a la incorporación ordenada de alimentos según los diferentes nutrientes, si tendría que ver con el porcentaje de madres que decidió dar inicio a la alimentación complementaria porque creía que su hijo ya tenía edad para comer y no por prescripción médica. Concluyendo que el nivel de estudios de las madres no se relaciona con la correcta incorporación de alimentos a la dieta; la edad de las mismas no se relaciona con el buen resultado de la lactancia exclusiva y con el destete temprano. En cuanto a las prácticas no deseables sobre la incorporación ordenada de alimentos según los diferentes nutrientes, en relación a las razones de incorporación de alimentos; no fueron concluyentes. No existió correlación entre la incorporación de las mismas y las razones esgrimidas por las madres por su incorporación; por lo que las razones han influido fuertemente en su no incorporación a las dietas. <sup>(36)</sup>

La Lic. Mg. María Elisa Zapata y col; llevaron a cabo una investigación en el año 2014, donde tuvieron por objetivo principal evaluar y comparar el cumplimiento de los 8 indicadores básicos de la OMS<sup>ix</sup> <sup>(37)</sup> de lactancia materna y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses con diferentes condiciones sociodemográficas (público y privado) de la ciudad de Rosario, Argentina; y evaluar las prácticas relacionadas con la lactancia materna y la alimentación complementaria. En los resultados se observaron diferencias en las prácticas de cuidado temprano

---

<sup>ix</sup> Los indicadores estimados se definen a continuación: 1. Inicio temprano de la lactancia materna. 2. Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses. 3. Lactancia materna continúa al año de vida: Proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que son amamantados. 4. Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves: Proporción de lactantes de 6 a 8 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves. 5. Diversidad alimentaria mínima. 6. Frecuencia mínima de comidas. 7. Dieta mínima aceptable: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna). 8. Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro.

entre ambas poblaciones. En términos generales en el ámbito oficial se observa un mejor cumplimiento de la lactancia exclusiva y en el ámbito privado una mejor calidad y diversidad de la alimentación complementaria. Estas diferencias en el cumplimiento de los indicadores pueden estar relacionadas con las características sociodemográficas de la población atendida en ambos centros, como así también con la modalidad de atención, apoyo a las familias e información que brindan ambos centros asistenciales. Conocer mejor las prácticas de cuidado temprano puede contribuir a acciones de capacitación profesional y de promoción de salud más efectivas. <sup>(38)</sup>

Por otro lado en el año 2013, en Perú, la Lic. Sabrera se interiorizó en conocer y comprender las determinantes que influyen en la desnutrición infantil desde una perspectiva multidimensional. Considero otros factores claves también como la cultura, las creencias, entre otros; los cuales permiten comprender a mayor profundidad los modos de pensar y los comportamientos alrededor de la alimentación infantil. Sus resultados fueron que solo el 9% del las madres, presentó un nivel de conocimientos alto, explicándose en el bajo nivel educativo que tiene la mayoría. Las madres no reconocieron la importancia de consumir calostro, lo cual concordó con sus actitudes desfavorables, siendo esta situación influenciada por creencias transmitidas por las personas de su entorno. 55% de madres respondieron bien sobre la LME, sus actitudes fueron coincidentes, aunque según sus creencias demostraron que también se debe dar otros alimentos (agua, mates, caldos, etc.). Un 59% respondieron correctamente sobre la LMC, sin embargo expresaron su desacuerdo con las recomendaciones, sustentando su discrepancia con creencias. La duración de la LM fue hasta 1 año a 1 año y 6 meses de vida del niño; ya que las madres piensan que lactar a un niño hasta los 2 años a más tendría consecuencias negativas para su salud física y mental, por ello emplearon técnicas de destete que resultaron en experiencias desagradables. La edad de inicio de la AC no es conocida por las madres, siendo influenciada por creencias y ciertos procesos emotivos. La mayoría de madres ignora cómo deben ser las características de una alimentación infantil. Y así concluyendo sobre el papel influyente que tiene la cultura, en este caso un aspecto de ella “las creencias alrededor de la alimentación infantil”, por su transcendencia y transmisión intergeneracional, influyen en gran medida en los conocimientos y la predisposición de las madres para llevar a cabo determinadas prácticas de alimentación infantil. <sup>(15)</sup>

En las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis. La Dra. Cristina I. Gatica y Dra. María C. Méndez de Feu y col., realizaron una investigación sobre buenas prácticas de alimentación que permiten iniciar y lograr estilos de vida saludables. Concluyendo que fueron prácticas frecuentes:

LM, mayor a menor edad materna; incorporación de comidas al 6<sup>to</sup> 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. La mamá ofrecía la comida habitualmente. <sup>(39)</sup>

La Lic. Rolandi, en 2014, analizó las creencias y prácticas alimentarias que tienen las madres de los niños de 6 a 24 meses que asisten a los controles de un Centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata y conocer el estado nutricional de los niños, concluyendo que el estado nutricional de la mayoría de los niños se encontró dentro de los parámetros de normalidad. En general las madres poseen prácticas y creencias acordes a las recomendaciones establecidas por los organismos nacionales e internacionales. <sup>(9)</sup>

## RESULTADOS:

De acuerdo a lo evaluado, luego de realizar las encuestas a las madres primerizas (n=71), se recogieron los siguientes resultados:

Según lo investigado, a continuación (Tabla N°1) se puede exponer que más de la mitad (57%) de la población estudiada cuentan con una edad entre 25-35 años. Siendo la edad media de 32 años.

Según lo expuesto por las encuestadas, el 63.38% completaron estudios terciarios/universitario.

Tabla N° 1: Edad de las madres y nivel de estudios alcanzados

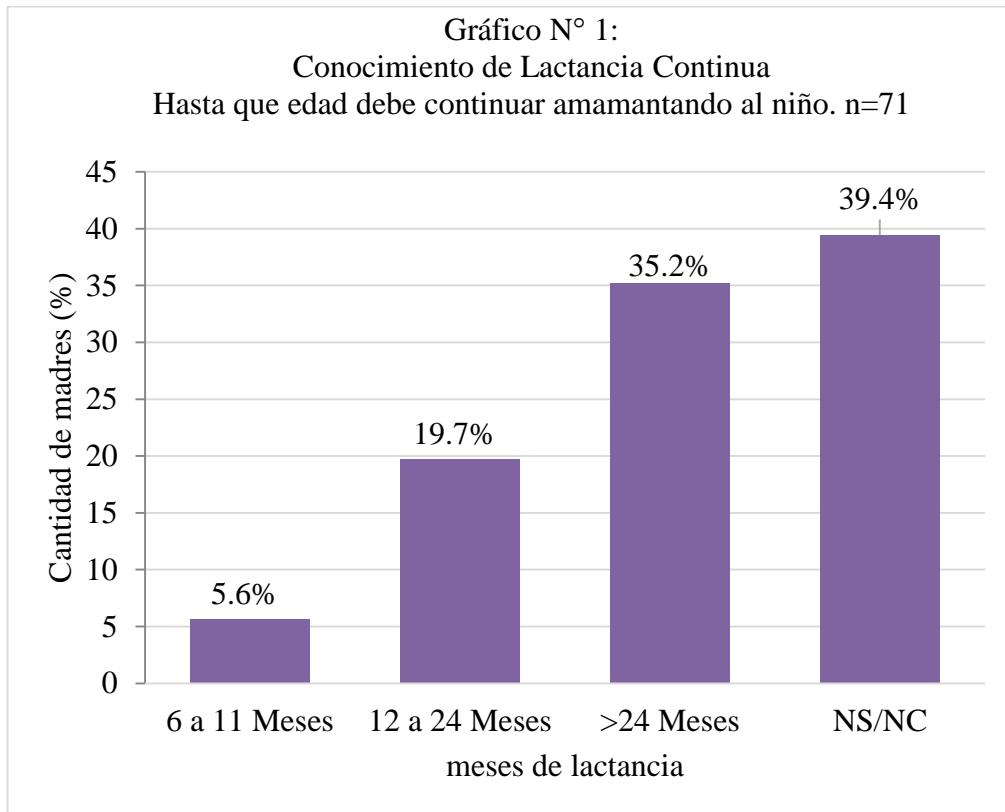
n=71

<b>Edad de las Madres</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<25	5	12,6
25-35	45	57,7
>35	21	29,5
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>
<b>Estudios Alcanzados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Secundario Incompleto	2	0.2
Secundario Completo	4	5.6
Terciario/Uni. Incompleto	20	28.1
Terciario/Uni. Completo	45	63.3
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Fuente de elaboración propia

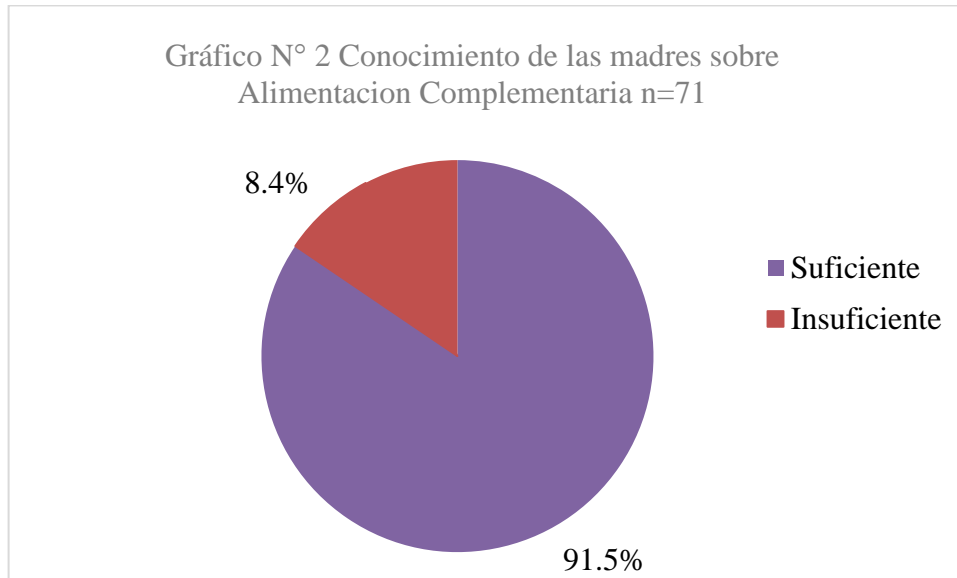


En el gráfico a continuación (Gráfico N°1) se expresa el conocimiento que tienen las madres primerizas sobre hasta qué edad es necesario amamantar a su niño. Resultó que un 39.4% de la muestra no sabe o no contestó sobre el tema, y el siguiente número relevante es que el 35.2% de las madres cree que hay que amamantar al niño > de los 24 meses de edad.



Fuente de elaboración propia

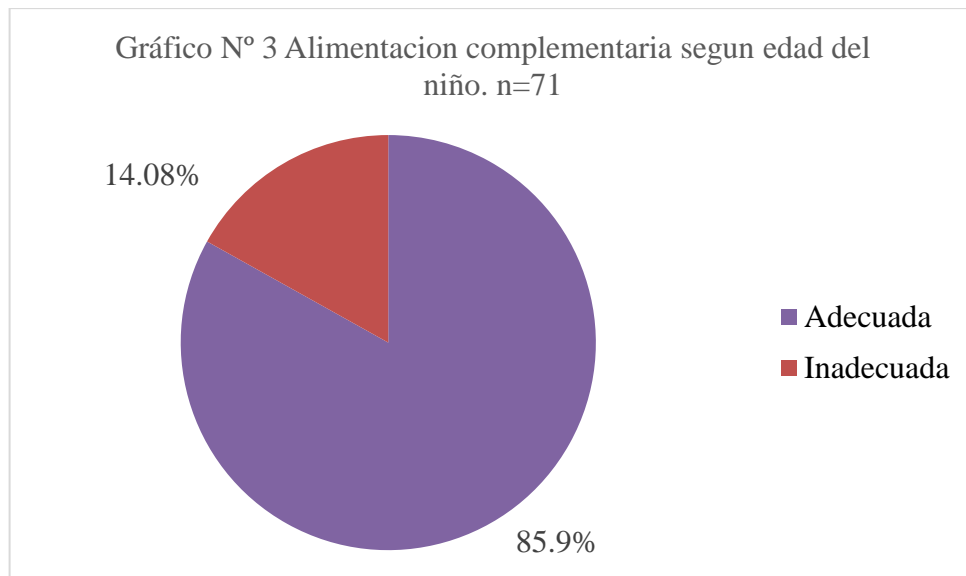
Luego de que las madres respondieran una serie de preguntas sobre conocimiento de alimentación complementaria, se tuvo en cuenta que resolviendo correctamente tres de las cuatro preguntas de conocimiento, se consideró suficiente dicho conocimiento, de lo contrario se consideró insuficiente. Resulto que el 91.5% de las madres tiene conocimiento suficiente. (Gráfico N° 2)



Fuente de elaboración propia

Conocimiento	Rstas. n	Correctas %	Rstas. N	Incorrectas %	Rstas. n	NS/NC %	Total
LM continua luego de los 6 meses	69	97.7	2	2.8	-	-	71
Alergias	65	91.5	3	4.2	3	4.2	71
Azúcar diariamente	68	95.7	1	1.4	2	2.8	71
Edad de introducción a la carne	14	19.7	56	78.8	1	1.4	71

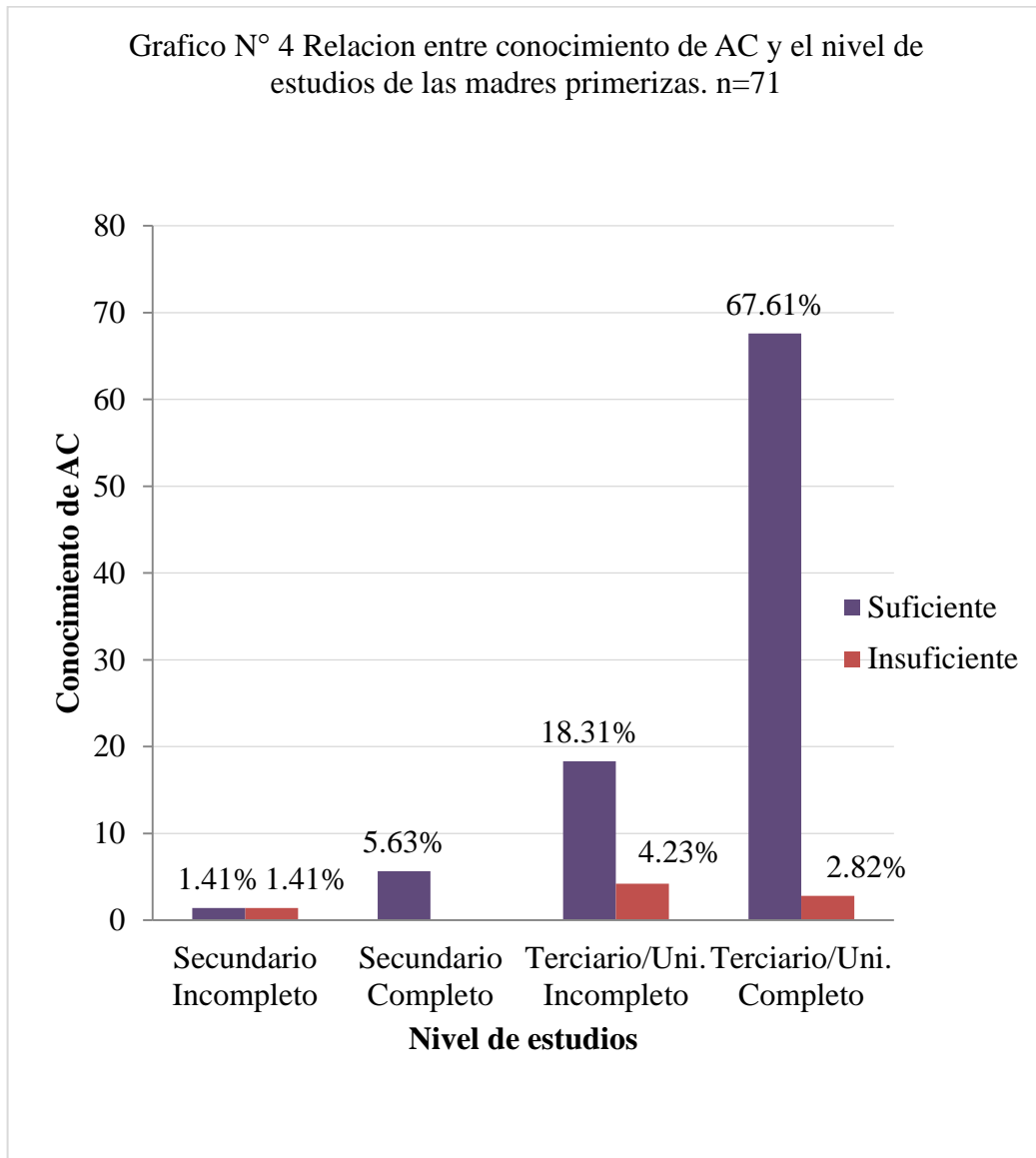
Alimentación complementaria, según la edad del niño (Gráfico N°3) Luego de preguntarles a las madres el tipo, la frecuencia y la consistencia, que le ofrecía a su niño y compararlo con su edad, se pudo evaluar si era adecuada o inadecuada, la alimentación que el niño según la edad. El 85.9% de las madres brinda AC adecuada a su niño.



Fuente de elaboración propia

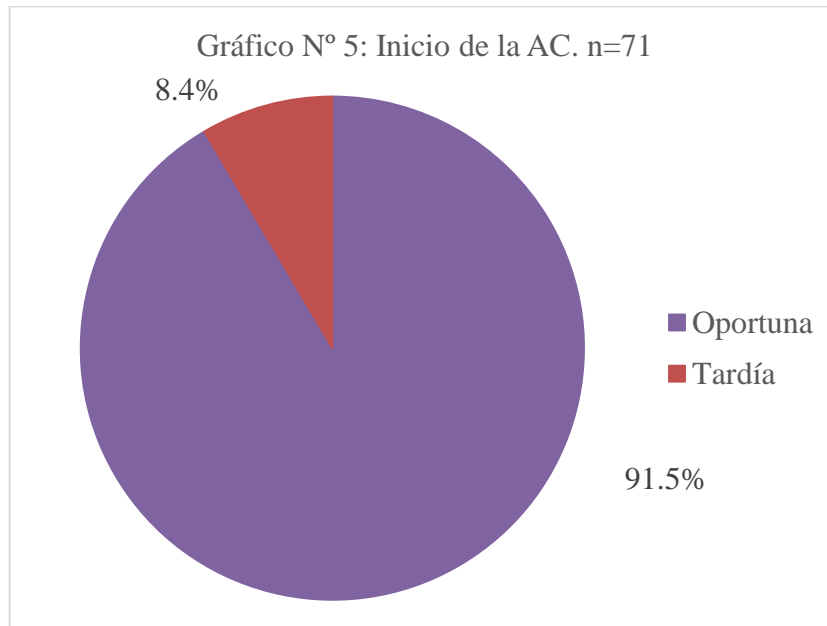
AC/ Edad del niño	Respuestas n	Correctas %	Respuestas n	Incorrectas %	Total
<b>Carne/edad</b>	61	85.9	10	14	71
<b>Frecuencia</b>	66	92.9	5	7.04	71

Se puede observar a continuación (Grafico N°4), que es relevante el hecho que las madres tengan cierto nivel educativo, influye en el nivel de conocimiento. A mayor nivel educativo mayor conocimiento.



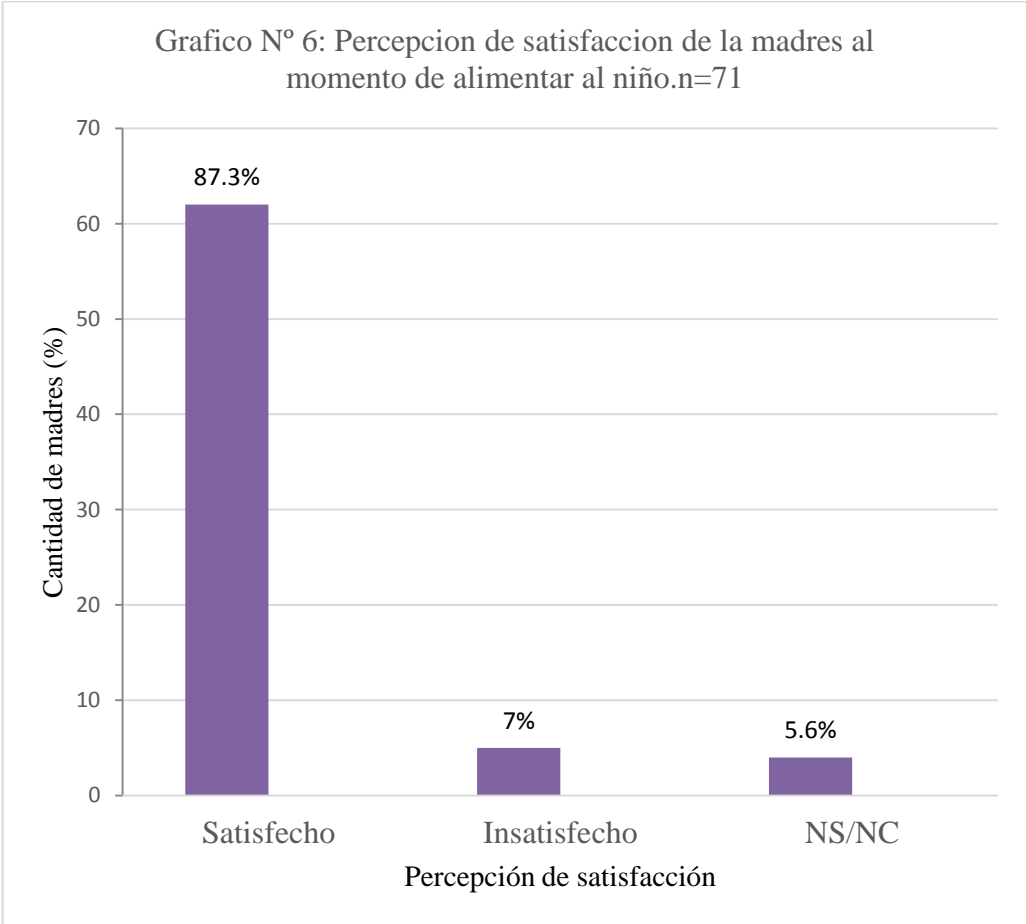
Fuente de elaboración propia

Se evaluó la edad de inicio a la AC expuesto por las madres (Gráfico N°5) El 91.5% de las madres brinda una oportuna AC, siendo solamente un 8.4% la AC tardía. No se encontraron madres que brindara AC temprana.



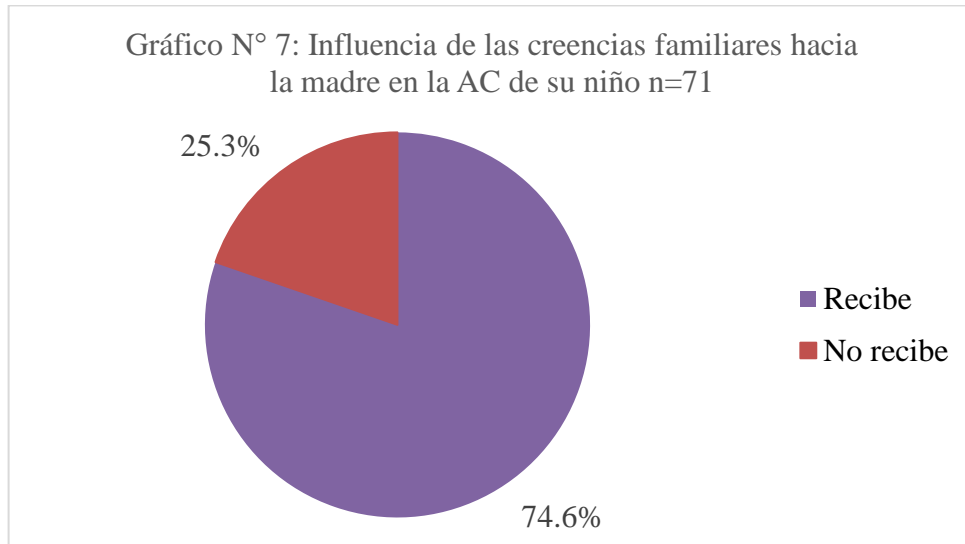
Fuente de elaboración propia

En cuanto a la percepción de satisfacción que tienen las madres al momento de brindar la alimentación complementaria a su hijo (Gráfico N° 6), y se observó que a un 87.3% de las madres perciben satisfecho a su hijo al momento de la práctica alimentaria.



Fuente de elaboración propia

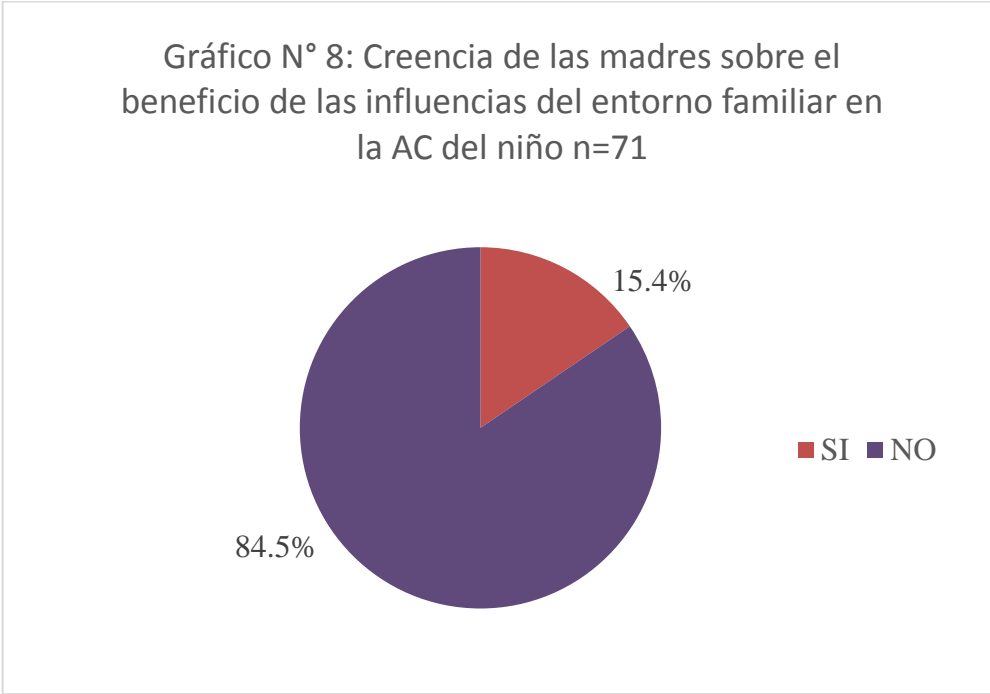
Evaluando la influencia de las creencias familiar hacia la madre en la AC de su niño (Grafico N°7) se observó que un 74.6% de las madres recibe influencia del entorno familiar sobre como alimentar a su niño.



Fuente de elaboración propia

<b>Influencia Familiar</b>	<b>Rstas. n</b>	<b>%</b>
<b>Suegra, abuelos, padres</b>	43	60.5
<b>Tíos</b>	7	9.8
<b>Amistades</b>	3	4.2
<b>Total</b>	53	74.6

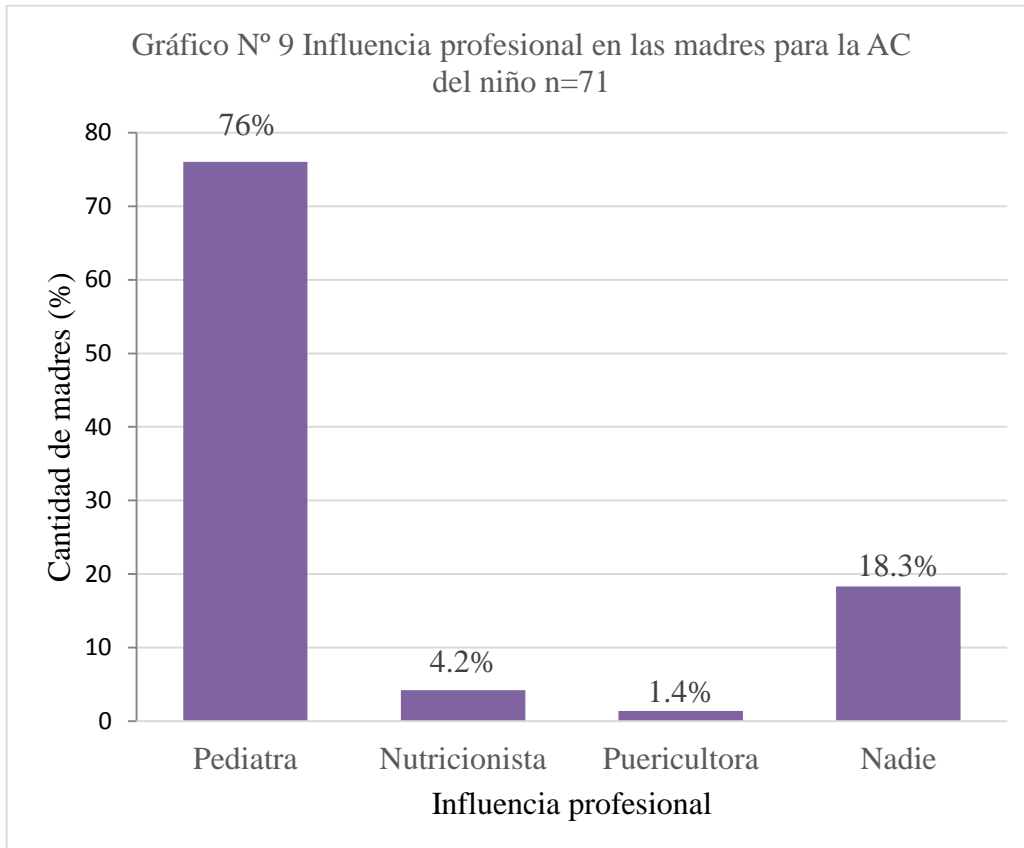
Se les preguntó a las madres sobre si creían beneficiosas las influencias del entorno familiar, para la alimentación complementaria de su niño. Y resulto relevante el hecho que el 84.5% de las madres contestaron que no son beneficiosas para la AC del niño.



Fuente de elaboración propia

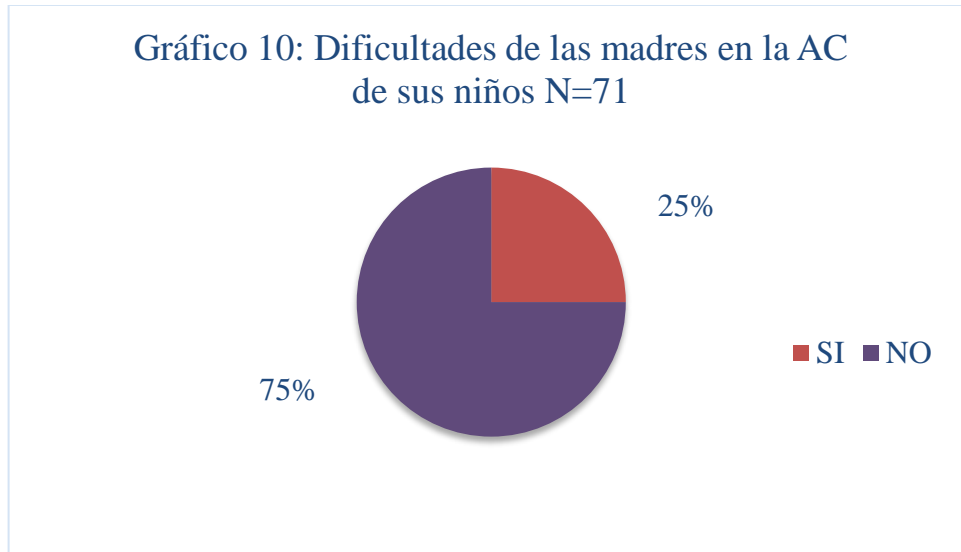


Influencia profesional en las madres (Gráfico N°9). Las madres que recibieron influencia del pediatra fueron el 76%, luego el 18.3% expresó no haber tenido influencia de nadie, siendo de las influencias más bajas las de nutricionista 4.2% y puericultora 1.4%.



Fuente de elaboración propia

En cuanto a si tuvieron dificultades en brindar alimentación complementaria a su niño (Grafico N°10), el 74.6% de las madres no tuvieron dificultades frente a la AC de su niño.



Fuente de elaboración propia

Dificultades de las madres en la AC	n	%
Trastornos gastrointestinales: reflujo y constipación	2	2.8
Ingesta: cantidad, gusto, selectiva; solo yogur y no vegetales.	4	5.6
Distracción: entorno	2	2.8
Trabajo materno	1	1.4
No quiso tomar pecho	1	1.4
No siempre quiere comer	8	11.2
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>25.3</b>

## DISCUSIÓN

En cuanto al conocimiento de AC en comparación al nivel de estudios de las madres, se verifica que la mayoría de las madres encuestadas alcanzaron el mayor nivel educativo (91.5%), se comprobó que la mayoría tiene un conocimiento suficiente (85.9%). Contrariamente a estudios anteriores como el de la autora María Cecilia Alcain<sup>36</sup>, en esta investigación fue considerable la influencia de que a mayor nivel de estudios alcanzados, mayor es el conocimiento de AC. Se consideró relevante, el hecho que las madres en estudio, tengan más acceso a la información, al conocimiento a través de redes sociales y medios de comunicación, tiene consecuencias positivas en el conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres.

Se detectó en el nivel conocimiento sobre lactancia materna continua, que un 35.2% de las madres cree que hay que amamantar al niño más de los 24 meses de edad. Sin embargo, según ENNyS<sup>8</sup> la proporción de niños que continúan recibiendo lactancia materna desciende progresivamente desde los 6 meses de vida, llegando a sólo 28% alrededor de los 2 años. Por otro lado, según el informe elaborado por la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y adolescencia del Ministerio de salud de la Nación<sup>40</sup>, la lactancia materna continuada fue del 71% (entre los 12 y 15 meses de edad del niño).

En cuanto a los patrones de inicio de la alimentación complementaria, se comprobó que la mayoría de las madres brindó alimentos complementarios en forma oportuna a los 6 meses (91.5%). Este resultado es muy diferente a los obtenidos en las ENNyS<sup>8</sup> donde se registró que sólo un 29% de los niños reportó una alimentación complementaria oportuna.

Se tomaron en cuenta los indicadores básicos de la OMS, como lo estudió la Lic. Zapata y col,<sup>38</sup> y fue relevante el número de madres que cumplían con brindar una alimentación adecuada a sus niños según la edad de cada uno (85.9%). Sin embargo en la presente investigación, un 78.8% de la muestra contestó de forma incorrecta la edad de inicio de las carnes en el niño.

Considerando como en el estudio de la Lic. Sabrera,<sup>15</sup> el hecho que las creencias permiten comprender a mayor profundidad los modos de pensar y los comportamientos alrededor de la

alimentación infantil, se observó contrariamente que en esta investigación las madres alimentan de forma adecuada a sus niños, sin tener en cuenta la influencia del entorno familiar en la AC del niño. Aun percibiendo significativamente influencia de su entorno (74.6%), no consideran beneficioso para la alimentación de su hijo las sugerencias del entorno familiar (84.5%). Resulta positivo, el hecho que las madres tengan más en cuenta la información profesional, ya que influye directamente en la alimentación del niño.

Sería conveniente, para una futura investigación, como lo realizó la Lic. Rinaldi,<sup>9</sup> hacer un análisis antropométrico en esta investigación en la madres, como parámetro de peso/talla, y circunferencia de cintura. En donde no solo nos brindaría un diagnóstico nutricional, sino también podría influir en la conducta de la práctica alimentaria de la madre. Sería un factor ambiental a tener en cuenta.

Quedó expuesto en la presente investigación la ausencia del rol del nutricionista como guía (4.2%) para las madres en la alimentación complementaria de su niño. Por lo cual es evidente que hay que replantear las intervenciones que el área de nutrición tiene en esta etapa de la mujer, y del niño, en cuanto al comienzo de la alimentación sólida, que como las investigaciones y bibliografía acredita, es crítico en el niño, y futuro adulto, sería conveniente seguir esta investigación, y realizar intervenciones en la población estudiada, para analizar posibles mejoras en el campo de la nutrición infantil.

## CONCLUSION

- Se detectó en el nivel conocimiento sobre lactancia materna continua, que un 35.21% de las madres cree que hay que amamantar al niño más de los 24 meses de edad. Y en cuanto al nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en la muestra, se consideró suficiente el conocimiento en el 91.5% de la muestra.
- Se evaluaron los tipos de alimentos, frecuencia y consistencia de alimentos que la madre primeriza, brinda al niño de 6 a 24 meses. Y el 85.9% de las madres brinda una adecuada alimentación complementaria a su niño, mientras que el 14.08% lo alimenta inadecuadamente.
- Se evaluaron los distintos tiempos de inicio de la alimentación complementaria de los niños. Resultando el 91.5% de las madres brinda una AC oportuna, a partir de los seis meses del niño.
- Se evaluó la percepción de satisfacción del niño que tienen las madres, al momento de brindar la alimentación complementaria. Y el 87.3% lo percibe satisfecho a su niño.
- Se identificó la influencia familiar y profesional que reciben las madres primerizas respecto a la alimentación complementaria del niño. Y se observó que un 74.6% de las madres recibe influencia del entorno familiar sobre como alimentar a su niño. Además se identificó la influencia profesional en las madres, y el 76% manifestó recibir influencia del pediatra, luego el 18.2% expreso no haber tenido influencia de nadie, siendo de las influencias más bajas fueron de nutricionista 4.2% y puericultora 1.4%.

- Además se evaluó si eran consideradas beneficiosas, las creencias familiares para la AC del niño. Y resultó relevante el hecho que el 84.5% de las madres contestaran que no son beneficiosas para la alimentación complementaria de su niño.
- Se detectó si hubo dificultades en las madres frente a la alimentación complementaria del niño. Y resultó que el 74.6% de las madres no tuvo dificultades frente a la alimentación complementaria del niño.

## **ANEXO**

## **Instrumento de recolección de datos. Encuesta. Cuestionario**

Fecha:

Certifico que he sido informada con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que se me ha invitado a participar: que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaboradora, contribuyendo a este procedimiento de forma activa.

Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada.

Firma:

### **1- Datos en general**

Nombre de la madre:

Edad del Niño:

Edad de la Madre:

Nivel de Estudio alcanzados:

Ninguno.

Primario Incompleto.

Primario Completo.

Secundario Incompleto.

Secundario Completo.

Terciario y/o Universitario Incompleto.

Terciario y/o Universitario Completo.

### **2- Lactancia materna continua**

¿Su hijo sigue recibiendo lactancia materna?

Si

No

No sabe / No contesta

En el caso de que su hijo haya dejado de recibir leche materna, podría compartir los motivos:

### **3- Conocimiento de las madres de niños de 6 a 24 meses:**

3.1 ¿Hasta cuantos meses cree usted que una mujer debe de dar leche materna a su hijo?

6 meses o menos

6 - 11 meses

12 - 24 meses



> 24 meses

Otros

No sabe

3.2 Es cierto que si su bebe come bien desde los 6 meses, la lactancia materna ya no es necesaria

SI NO

3.3 De los siguientes alimentos, mencione cuál puede producir alergia:

Leche de vaca

Leche materna

Arroz

3.4 Un poco de azúcar blanca diariamente, ¿es necesaria para que su hijo crezca sano?

SI NO

3.5 ¿A partir de qué edad es necesario incorporar carne en los niños?

3.6 ¿Que alimentos son convenientes que consuma su niño en esta edad?

#### **4-Tipos de alimentos, consistencia y frecuencia:**

4.1- Voy a preguntarle acerca de los alimentos que comió ayer durante la el día o/y por la noche?

Ej. Ayer durante el día o por la noche (nombre del bebé) comió o bebió...

Respuesta:

4.2 ¿Cuántas veces (nombre del bebé) comió alimentos, es decir las comidas y meriendas que no sean líquidos, ayer durante el día o la noche?

Número de veces | \_\_\_ || \_\_\_ |

#### **5- Inicio de alimentos complementarios:**

5.1 ¿Cuándo comenzó a alimentar a su niño con otros alimentos que no fuera leche?

Respuesta:

*(En el caso de ser menos de seis meses contestar pregunta 5. De lo contrario continuar con pregunta 6.)*

5.2 -¿Qué motivos existieron para iniciar la alimentación en su niño menos de los seis meses de edad?

Respuesta:

#### **6- Satisfacción del niño:**

6.1 - ¿Cómo ve a su hijo luego de darle de comer?

Satisfecho



**Guía de introducción d alimentos según edad, maduración digestiva, renal y psiconeural**

Edad del niño (en meses)	Alimentos	Maduración digestiva, renal y psiconeural
6	Frutas: manzana y banana Vegetales amarillos: zapallo y zanahoria Cereales sin TACC: almidón y harinas de arroz y maíz Quesos Untables Frutas cítricas: jugos colados y diluidos. Vegetales Blancos: papa y batata Yema de huevo-aceite	Comienza a sentarse derecho sigue con la vista el alimento los labios alrededor de la cuchara Mueve la lengua lateralmente Controla el alimento en la boca Traga correctamente
7	Quesos blandos Yogur Vegetales verdes: acelga, espinaca y zapallito Frutas de estación: durazno y damasco Cereales sin TACC Carne roja, pollo sin piel o vísceras.	
8 a 9	Quesos de postre Vegetales rojos: remolacha y tomate Pulpa de frutas con ácidos orgánicos: mandarina y naranja Cereales con TACC Cereales en grano: arroz Manteca o margarina Dulces: jaleas, mermeladas y dulces compactos Pan y galletitas	Aparecen los dientes Mastica con movimientos rotatorios Mueve la comida de un lado al otro de la boca Se interesa po los alimentos solidos Aprende a tomar de una taza.
10 a 11	Clara de huevo Pastas rellenas Otros vegetales: chauchas	
12	Pescado(*)- Miel Dieta familiar	

(\*) La incorporación de pescado podrá hacerse a partir de los nueve meses con prudencia. Pero las familias con alta incidencia de atopias, por su mayor potencial genético antigénico, no debe ser incorporado antes del año.- Cuidado nutricional Pediatrico. Maria Elena Torresani.

**Tabla 1:** (x)**Guía práctica sobre la calidad, frecuencia y cantidad de alimentos para niños de 6–23 meses de edad, que reciben lactancia materna a demanda**

EDAD	ENERGÍA NECESARIA POR DÍA, ADEMÁS DE LA LECHE MATERNA	TEXTURA	FRECUENCIA	CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE USUALMENTE CONSUMIRA UN NIÑO 'PROMEDIO' EN CADA COMIDA <sup>a</sup>
6–8 meses	200 kcal/día	Comenzar con papillas espesas, alimentos bien aplastados  Continuar con la comida de la familia, aplastada	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

**Información adicional**

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

Si la densidad de energía de los alimentos es de aproximadamente 0.6 kcal/g, la madre debería incrementar la densidad energética de los alimentos (agregando algunos alimentos especiales) o incrementar la cantidad de alimentos por comida. Por ejemplo:

- de 6 a 8 meses, incrementar gradualmente hasta dos tercios de vaso o taza
- de 9 a 11 meses, darle 3 cuartos de vaso o taza
- de 12 a 23 meses, darle un vaso o taza completo.

La tabla debe ser adaptada en base al contenido de energía de los alimentos complementarios locales.

La madre o el cuidador, debería alimentar al niño empleando los principios de alimentación perceptiva, reconociendo las señales de hambre y de saciedad. Estos signos deben guiar la cantidad de alimentos a ser administrada durante cada comida y la necesidad de darle 'meriendas'.

<sup>a</sup> Si el lactante no recibe lactancia materna, además darle: 1–2 vasos o tazas de leche por día y 1–2 comidas adicionales por día (18).

**Tabla 2:** (xi)

<b>Alimentos apropiados para la alimentación complementaria</b>	
<b>QUÉ ALIMENTOS DAR Y POR QUÉ</b>	<b>CÓMO DAR LOS ALIMENTOS</b>
<p><b>LECHE MATERNA:</b> continúa aportando energía y nutrientes de alta calidad hasta los 23 meses de edad</p> <p><b>ALIMENTOS BÁSICOS:</b> aportan energía, un poco de proteína (solo los cereales) y vitaminas</p> <p><b>ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL:</b> aportan proteína de alta calidad, hierro hemínico, zinc y vitaminas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ejemplos: hígado, carnes rojas, carne de pollo, pescado, huevo (no es buena fuente de hierro)</li> </ul> <p><b>PRODUCTOS LÁCTEOS:</b> aportan proteína, energía, la mayoría de vitaminas (especialmente vitamina A y folato), calcio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ejemplos: leche, queso</li> </ul> <p><b>VERDURAS DE HOJAS VERDES Y DE COLOR NARANJA:</b> aportan vitaminas A, C y folato</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ejemplos: espinaca, brócoli, acelga, zanahoria, zapallo</li> </ul> <p><b>LEGUMINOSAS:</b> aportan proteína (de calidad media), energía, hierro (no se absorben bien)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ejemplos: guisantes, lentejas, habas, arvejas</li> </ul> <p><b>ACEITES Y GRASAS:</b> aportan energía y ácidos grasos esenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ejemplos: aceites mantequilla o manteca de margarina</li> </ul> <p><b>SEMILLAS:</b> aportan energía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ejemplos: pasta de maní o pastas de frutos secos, semillas remojadas o germinadas, como ser semillas de zapallo, girasol, melón o sésamo</li> </ul>	<p><b>Lactantes de 6–11 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Continuar con la lactancia materna</li> <li>■ Dar porciones adecuadas de: <ul style="list-style-type: none"> <li>— Puré espeso, elaborado con maíz, mijo; añadir leche, frutos secos (nuez, almendra, etc.) o azúcar</li> <li>— Mezclas de purés elaborados con papa, mijo o arroz: mezclarlos con pescado, maní aplastados; agregar verduras verdes</li> </ul> </li> <li>■ Dar ‘meriendas’ nutritivas: huevo, pan, leche y budines elaborados con leche, galletas, pan con margarina, pasta de maní o miel, papa cocida</li> </ul> <hr/> <p><b>Niños de 12–23 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Continuar con la lactancia materna</li> <li>■ Dar porciones adecuadas de: <ul style="list-style-type: none"> <li>— Mezclas de alimentos de la familia, aplastados o finamente cortados, elaborados con papa, maíz, mijo o arroz; mezclarlos con pescado, maní aplastados; añadir verduras verdes</li> <li>— Puré espeso de maíz, mijo; añadir leche, soja, frutos secos o azúcar</li> </ul> </li> <li>■ Dar ‘meriendas’ nutritivas: huevo, plátano, pan, leche y budines elaborados con leche, galletas, pan con margarina, pasta de maní o miel, papa cocida</li> </ul> <hr/> <p><b>PARA RECORDAR</b></p> <p><b>Alimentos ricos en hierro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hígado (de cualquier tipo), vísceras de animales, carne de animales (especialmente la roja), carne de aves (especialmente la carne oscura), alimentos fortificados con hierro</li> </ul> <p><b>Alimentos ricos en vitamina A</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hígado (de cualquier tipo), yema de huevo, frutas y verduras de color naranja, verduras de hoja verde</li> </ul> <p><b>Alimentos ricos en zinc</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hígado (de cualquier tipo), vísceras de animales, alimentos preparados con sangre, carne de animales, aves y pescado, mariscos y yema de huevo</li> </ul> <p><b>Alimentos ricos en calcio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Leche o productos lácteos, pequeños pescados con hueso</li> </ul> <p><b>Alimentos ricos en vitamina C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Frutas frescas, tomates, pimientos (verde, rojo, amarillo) y verduras verdes</li> </ul>

<sup>xi</sup> Organización Panamericana de la Salud. “La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud” (2010)

## BIBLIOGRAFIA:

- 1- Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante. Dponible en: [http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding\\_recommendation/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/) [Fecha consultada: 27 de marzo de 2017]
- 2 OMS, 2015- 10 datos sobre la lactancia materna. Dponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/> [Fecha consultada: 27 de marzo de 2017]
- 3- OMS, 2016 Alimentación del lactante y del niño pequeño. Dponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/> [Fecha consultada: 27 de marzo de 2017]
- 4- La lactancia materna en el siglo 21: epidemiología, mecanismos, y el efecto de toda la vida Victoria, Cesar G et al. *The Lancet*, Volumen 387, Número 10017 475 - 490
- 5- Moreno Villares JM. Los mil primeros días de vida y la prevención de la enfermedad en el adulto. *Nutr. Hosp.* 2016;33(Supl. 4):8-11
- 6- (e M. Perdomo Giraldi, 2015)
- 7- Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. OMS, 2003. [Acceso: 12-05-17]. Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/gi\\_infant\\_feeding\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/gi_infant_feeding_spa.pdf)
- 8- Ministerio de Salud. La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS 2010. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2010.
- 9- María Carolina Rolandi Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses Facultad de Ciencias Médicas. Departamento de Metodología. Lic. en Nutrición Universidad FASTA. (2014)
- 10- GAMARRA-ATERO, Raquel; PORROA-JACOBO, Mayra y QUINTANA-SALINAS, Margot. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. *An. Fac. med.* 2010, vol.71, n.3, pp. 179-184. ISSN 1025-5583.
- 11- Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003. Dponible en: <http://www.ghan.es/cd/documentos/ACyLM.pdf> [Fecha consultada: 27 de marzo de 2017]
- 12- Clara Rojas Montenegro, Rafael Guerrero Lozano. Nutrición clínica y gastroenterología pediátrica. Bogotá, D.C.: Ed. Medical Internacional Ltda., 1999.

---

13 Organización Panamericana de la Salud. “La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud” – 2010

14- Carmuega, E. y col. “La alimentación Complementaria”. Boletín CESNI 1998; VOL 7

15- Sociedad Argentina de Pediatría, Comité de Nutrición. “Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años”. 2001

16- American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition 2007-2008. Feeding the child. In: R. Kleinman, Editor. Pediatric Nutrition Handbook. 6a edition. USA. 2009. pp: 145-174.

17- Guías Alimentarias para la Población Infantil emitidas por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

18- Mazza, C.S. “Alimentación complementaria oportuna”. PRONAP 1999; modulo 2, cap.3, p.p. 59-91.

19- International Pediatric Association (IPA) and European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Workshop. “Research Priorities in Complementary Feeding”. Pediatrics 2000 Nov; 106 (5). 1271-1305

20- *NUTRICION PEDIATRICA*. J. Lorenzo, J. (et al); -1º Edicion. Rosario - Argentina, Corpus Libros, 2004.

21- Sabrera, J. L. *Trabajo Final de Investigación: Creencias, conocimientos y actitudes de madres sobre alimentación en la primera infancia*. Lima: Centro Poblado Uchkus Inkañan, Yauli-Huancavelica. (2013).

22- Sabrera, J. L. *Trabajo Final de Investigación: Creencias, conocimientos y actitudes de madres sobre alimentación en la primera infancia*. Lima: Centro Poblado Uchkus Inkañan, Yauli-Huancavelica. (2013).

23- Dalmacia Noguera Brizuela (1), J. C. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS SANOS DE 6 A 24 MESES. *ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA*. (2013). Vol 76, 128 - 135.

24- Machado, K. Alimentación Complementaria: Perceptiva Y Preventiva. (2015).

25- Romo E., López D, López L, Morales C, Alonso K. En la búsqueda de creencias alimentarias a inicios del siglo XXI. *Rev Chil de Nutr*, 2005; 32(1). [Consultado el 12 de mayo del 2017]. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182005000100007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182005000100007)

26- Méndez, C. *¿Cómo comemos?* 1 a edición. Madrid: editorial fundamentos. (2005)

- 
- 27- Marschoff, M. *La cocina por asalto*. [en línea]. Consultado el 12 de mayo del 2017. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/63531648/cocina-por-asalto>
- 28- Jiménez Gudrid Mariella, Creencias y hábitos alimentarios durante el período de embarazo y lactancia de las mujeres de aldeas del departamento de Chiquimula, Guatemala. (1996)
- 29- Ipiates, Rivera. Tesis de grado sobre prácticas, creencias alimentarias y estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en un centro de salud de la ciudad de Ibarra, Ecuador (2010).
- 30- Trabajo realizado por Jesús Contreras en: Observatorio de la Alimentación. Parc Científic de Barcelona. Universidad de Barcelona. (2005)
- 31- Tejada, González de Tineo, et al, (2005)
- 32- FAO, 2002
- 33- García Blandón, P. Fundamentos de nutrición. 1 ed, San José, Costa Rica: Euned. (1983).
- 34- Aguilera Pérez. Tesis de Doctorado, Área de Enfermería, en Tampico, Tamaulipas, México, abril, 2008.
- 35- García, S. R. *INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA*. Madrid: Facultad Francisco de Vitoria. (2016).
- 36- Alcain, M. C. *Trabajo Final de Investigación: "Características de la alimentación complementaria y duración de la lactancia materna en menores de 2 años"*. Buenos Aires: Instituto Universitario Fundación H. A. Barceló. (2016).
- 37- Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU.
- 38- (Lic. Mg. María Elisa Zapata, 2015)
- 39- Gatica, Cristina I., Méndez de Feu, María C Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. . (2009). *Archivos argentinos de pediatría*, 107(6), 496-503. Consultado el 14 de mayo de 2017, [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752009000600005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000600005&lng=es&tlng=es).
- 40- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Situación de la lactancia materna en Argentina. Año 2015.