

Universidad de
Concepción del
Uruguay

**“Conocimiento y fuentes de información sobre
alimentación complementaria de los padres de
niños de 6 a 24 meses que asisten a la consulta
pediátrica del Centro de Salud San Lorenzo
Padre Gasparotto”**

FIORELLA SUPPO
LIC. MEDICINA
MAY. 1976

.....
**ALUMNA
ANGELUCCI, BIANCA**

.....
**DIRECTORA
LIC. SUPPO, FIORELLA**

Santa Fe de la Vera Cruz

- Marzo 2023 -



PÁGINA DE APROBACIÓN

TRIBUNAL EVALUADOR:

.....
Licenciada en Psicopedagogía Bolzicco, Ana

.....
Licenciada en Nutrición Pagani, Marina Ayelén

.....
Licenciada en Nutrición Vanney, Brenda Soledad

LUGAR Y FECHA:

.....
.....

CALIFICACIÓN:

.....
.....



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi directora de Tesina, Licenciada en Nutrición Fiorela Suppo, quien mediante sus conocimientos me ha guiado con mucha confianza y cariño para desempeñar el desarrollo de la presente investigación. Particularmente quiero destacar el tiempo brindado y su dedicación.

También quiero expresar mi gratitud hacia el tribunal evaluador, conformado por: Lic. Bolzicco, Ana; Lic. Pagani, Marina y Lic. Vanney, Brenda, quienes son un gran referente. Les agradezco por aceptar este desafío y ayudarme en todo momento a concretar este último proyecto, dedicando su tiempo, experiencia y conocimiento.

De manera especial el más sincero agradecimiento por sus aportes invaluable para Bonino, Candela e Isticahandy, Jazmín. Este camino recorrido fue mucho más sencillo con ustedes a mi lado. Además, quiero destacar el apoyo durante estos últimos años de Tell, Virginia y Suarez, Lucia con quienes disfruté día a día de esta hermosa carrera.

A la Universidad de Concepción del Uruguay, por brindarme las herramientas necesarias para la obtención de esta meta profesional. También a los profesores que he tenido a lo largo de mis estudios, especialmente a la Lic. Díaz, Natalia por atender cálidamente mis consultas y compartir su conocimiento. Asimismo, por su eficiente orientación, mi agradecimiento a la Doctora en Nutrición Szydlowski Natalia.

A mi familia y amigas, quienes han sido irremplazables, acompañándome en esta etapa e impulsándome a cumplir mi sueño, ayudándome a creer en mí misma. Por último, por ser un gran sostén en mi carrera universitaria y apoyarme en cada logro alcanzado, mi ferviente agradecimiento a mi novio Allaio, José.



DEDICATORIA

Dedico este trabajo final a quienes me han permitido estudiar lo que tanto me gusta. Su apoyo y amor incondicional me dieron fuerzas para alcanzar este sueño aún en las etapas más difíciles. Gracias por enseñarme que siempre puedo conseguir todo lo que me proponga en la vida, si trabajo con honestidad, dedicación y responsabilidad.

Con todo mi cariño para mis papás, Andrea y Martín.



ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	7
ANTECEDENTES	9
OBJETIVOS	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
MARCO TEÓRICO	12
Crecimiento y desarrollo	12
Alimentación complementaria.....	13
Maduración fisiológica para iniciar la alimentación complementaria	14
Alimentos desaconsejados	16
Frecuencia del consumo de alimentos complementarios.....	17
Textura y consistencia de la comida	18
Alimentación perceptiva	18
Educación alimentaria	19
Preparación higiénica de alimentos.....	20
Fuentes de información	20
DISEÑO METODOLÓGICO	21
Metodología	21
Plan de trabajo	22
CONSIDERACIONES ÉTICAS	25
RESULTADOS	26
DISCUSIÓN	49
CONCLUSIÓN	52
RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	59
Anexo I.....	60
Anexo II.....	64
Anexo III.....	65
Anexo IV.....	67
Anexo V.....	69



RESUMEN

El objetivo de esta tesina fue evaluar el nivel de conocimiento y describir las fuentes de información sobre alimentación complementaria que presentan los padres de niños de 6 a 24 meses.

Esta investigación se realizó mediante un enfoque metodológico descriptivo, de índole cuali-cuantitativa. En términos temporales, el estudio fue transversal y tuvo lugar de realización en el Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto” de la ciudad de Santa Fe, en el año 2022. La muestra estuvo conformada por 50 padres de niños de 6 a 24 meses que asisten a la consulta pediátrica de dicho recinto.

Para la obtención de los datos se hizo uso de una encuesta adaptada, la cual fue realizada de manera presencial y asistida. Posteriormente, dicha información fue analizada estadísticamente utilizando gráficos ofrecidos por el software Microsoft Office Excel 2016.

Como resultado del presente trabajo, se evidenció que en la muestra seleccionada (N=50) predomina un nivel de conocimiento escaso (62%; 31). Asimismo, las fuentes de información utilizadas por los padres fueron secundarias en mayor medida (42%; 21).

Palabras claves: Conocimiento, Fuentes de información, Alimentación complementaria, Niños, Padres.



INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es una forma de alimentación que consiste en proveer al bebé de leche humana. Los especialistas en el tema recomiendan que dicho método sea sostenido de manera exclusiva hasta los 6 meses de vida, momento en el que comienza la etapa de Alimentación Complementaria (AC), la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el proceso de introducir alimentos sólidos o líquidos que acompañan a la lactancia materna o artificial (Spipp et al., 2020). De igual modo, cabe destacar que se aconseja que la lactancia se sostenga hasta los 24 meses de edad (Forero et al., 2018).

La OMS considera los 6 meses de edad como el momento oportuno para el inicio de la AC. Se trata de un proceso de particular importancia en el desarrollo del niño, porque su alimentación sufre un cambio rotundo: pasa de consumir un único alimento (leche materna), a una variedad de alimentos que se requieren para cubrir las necesidades nutricionales. Esta transición se asocia no solo con el momento de mayor requerimiento de nutrientes, sino que también con el rápido crecimiento, maduración fisiológica y desarrollo del lactante (Macias et al., 2013).

Durante los primeros años de vida resulta fundamental llevar a cabo una alimentación adecuada para alcanzar un óptimo crecimiento y desarrollo en las personas. Asimismo, dicho momento biológico representa un periodo de alta vulnerabilidad nutricional para niños expuestos a inadecuadas prácticas alimentarias. Con esto se intenta exponer que la infancia temprana es considerada la etapa más importante en todo el ciclo vital de un individuo, y con mayor repercusión en el resto de su vida. Particularmente, los primeros dos años son una ventana de oportunidad crítica para, a través de una alimentación óptima, asegurar y potenciar el crecimiento y desarrollo de los niños (Spipp et al., 2020).

El grupo familiar y su contexto tienen un papel protagónico en la alimentación de los bebés, puesto que son quienes seleccionan los alimentos que estos consumirán. Es decir, los factores sociales y medioambientales facilitan o limitan el inicio adecuado de la alimentación complementaria en los niños, incidiendo de forma directa en el estado nutricional y salud de los mismos (Forero et al., 2018). Por tal motivo, resulta fundamental evaluar el conocimiento de los patrones de introducción de alimentos, para valorar factores asociados a prácticas inadecuadas en la alimentación, a fin de promover acciones oportunas de educación alimentaria y evitar déficit o exceso de nutrientes (Macias et al., 2013).



Conocimiento y fuentes de información sobre alimentación complementaria

En resumen, los primeros dos años de vida constituyen la etapa de mayor crecimiento y desarrollo del ser humano, donde una alimentación de calidad juega un rol fundamental para promover el desarrollo de todas las potencialidades de los bebés y para prevenir enfermedades. Así también, en este momento se establece el comportamiento alimentario que va a tener el niño cuando sea una persona adulta. Por lo tanto, es de suma importancia que los padres conozcan de forma detallada y precisa la alimentación complementaria que deben brindar a sus hijos, como así también, que cuenten con fuentes de información fidedignas que los ayuden a instruirse en esta etapa donde todo accionar repercute en el futuro del niño.

Con lo expuesto hasta aquí, surgió un interrogante que interesa esclarecer mediante el presente trabajo investigativo: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que presentan los padres de niños de 6 a 24 meses que asisten al Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto”? ¿Cuáles son las fuentes de información de los mismos?



ANTECEDENTES

Zapata et al. (2013) llevaron a cabo un estudio transversal, descriptivo en dos centros asistenciales (público y privado) en la ciudad de Rosario, Santa Fe. La muestra estaba comprendida por 400 niños menores de 24 meses que asistieron con sus padres a la consulta espontánea de los centros de salud (200 en público y 200 en privado). Se aplicó una encuesta de preguntas cerradas y un recordatorio de 24h, con el objetivo de determinar la edad de inicio de la alimentación complementaria y el tipo de alimentos incorporados en la dieta de los bebés. Como resultado se pudo observar que la introducción precoz de alimentos (previo a los 6 meses) afecta a la mitad de los niños indistintamente del centro asistencial, sin embargo, en el ámbito privado existe una mejor calidad y diversidad de la alimentación. Esta diferencia podría estar relacionada con las características sociodemográficas de la población atendida, como así también en el apoyo e información que brindan en ambos centros asistenciales.

En un estudio realizado por Macias et al. (2013) se describieron las prácticas de alimentación en niños menores de 2 años que asisten al Hospital Distrital de Forres, Santiago del Estero, Argentina. El objetivo de este trabajo fue determinar la edad de inicio y tipo de alimentos complementarios incorporados en la dieta de lactantes en una población de escasos recursos socioeconómicos. Se hizo uso de un diseño de investigación cuantitativa, descriptiva de tipo prospectivo y transversal. Se realizaron 240 encuestas estructuradas, resultando como edad promedio de incorporación de alimentos a los 4 meses. Los primeros alimentos incorporados fueron: puré (papa y zapallo, con caldo o sopa), sopa (con sémola) y manzana. Asimismo, el 51% de los niños consumían algún tipo de papilla a los 5 meses y a los 7 meses, el 94% comían papillas y el 62,5% tomaban mamadera. El 40% comía el guiso familiar (verduras, fideos y carne) y el 30%, mate cocido con pan. Además, se destaca la incorporación temprana de alimentos con alta densidad energética y de nutrientes inadecuados para la edad, la ingesta precoz de gluten y una elevada proporción de consumo de leche de vaca.

Spipp et al. (2020) realizaron un estudio descriptivo transversal para la validación de un instrumento que identifica conocimientos y prácticas maternas de alimentación complementaria (en adelante: AC) en una población vulnerable. El diseño fue llevado a cabo por 6 expertos y un pilotaje cognitivo en 50 madres de niños de 6 a 23 meses de edad de la localidad de Taco Pozo, Chaco, Argentina. La validación del cuestionario resultó satisfactoria para determinar no solo los conocimientos, sino que también las prácticas maternas de AC. El instrumento contó con 40 ítems, distribuidos en 4 bloques, demostrando una excelente comprensión y claridad (97%), y una aceptación que supera el 90% para la coherencia, claridad y relevancia evaluados por los jueces.



Por su parte, Forero et al. (2018) propusieron un estudio cualitativo, fenomenológico y longitudinal, seleccionando a través de una muestra intencionada 43 madres colombianas, a las que se les realizaron entrevistas. El objetivo fue identificar aquellas barreras y facilidades para seguir las recomendaciones nutricionales en relación al inicio de la AC en niños y niñas entre 0 y 24 meses de edad. Dentro de los resultados se destaca la influencia por parte de madres, suegras, hermanas, abuelas y cuñadas, quienes les recomendaron iniciar la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad de los niños. Por lo contrario, expresaron que los profesionales de la salud les sugirieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y posterior a dicho momento, introducir alimentos distintos de la leche materna; sin embargo, no les dieron explicaciones del cómo y porqué seguir dichas sugerencias, como tampoco las consecuencias del inicio temprano de la AC. De igual modo, el internet fue una fuente de información importante en temas relacionados con AC especialmente para las participantes más jóvenes. La alimentación de los niños se caracterizó por un inicio temprano de líquidos y semisólidos, vinculados a percepciones maternas de sed y estreñimiento. En cuanto a los alimentos semisólidos, el momento de inicio fue variado, aunque la mayoría comenzó a los 5 meses con motivos de que el niño se acostumbre tempranamente a dicha textura.

Fidel et al. (2017) propusieron la primera revisión narrativa que evaluó los conocimientos maternos sobre alimentación complementaria en Latinoamérica, teniendo en cuenta la cercanía cultural, demográfica y geográfica de los países. La búsqueda bibliográfica incluyó estudios originales realizados entre el año 2001 hasta 2016. Se concluyó que el grado de conocimiento de las madres y cuidadores sobre AC en las investigaciones revisadas fue moderado, además se ha establecido que las prácticas en AC dependen en gran medida de factores socioculturales, recomendaciones del personal de salud, de las familias y personas cercanas. Por último, se ha observado que al menos el 50% de las madres tuvieron prácticas de alimentación complementaria inadecuadas por falta de conocimiento básico nutricional e incluso por creencias tradicionales.



OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el nivel de conocimiento y describir las fuentes de información sobre alimentación complementaria que presentan los padres de niños de 6 a 24 meses que asisten a la consulta pediátrica del Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto”.

Objetivos específicos

1. Recolectar información sobre el conocimiento de los padres en materia de alimentación complementaria.
2. Determinar si los conocimientos que poseen los padres son acordes a las recomendaciones sobre alimentación complementaria.
3. Reconocer cuáles son las fuentes de información sobre prácticas de alimentación complementaria utilizadas por los padres.



MARCO TEÓRICO

Crecimiento y desarrollo

El periodo comprendido entre el nacimiento y los dos años de edad es considerado crítico para la promoción del crecimiento y desarrollo óptimos. La maduración del organismo es el resultado del conjunto de cambios somáticos y funcionales comprendidos en el crecimiento y desarrollo del ser humano. Dichos cambios surgen a partir de interacciones de factores medioambientales y genéticos del individuo (Lorenzo et al., 2019).

Mediante el desarrollo los seres vivos logran la mayor capacidad funcional de sus sistemas, producto de los fenómenos de diferenciación celular, integración de funciones y maduración. Por su parte, el crecimiento beneficia el incremento de la masa de un individuo, por medio de dos mecanismos: el aumento del número de células, conocido como hiperplasia; y el aumento del tamaño de las mismas, definido como hipertrofia (Cusminsky et al., 1993).

Es pertinente destacar que la velocidad con que se produce el crecimiento físico del lactante normal durante los primeros 3 a 4 meses es extraordinaria e incomparable con la observada en cualquier otro periodo de su vida. Sintetizando, durante la infancia los cambios fisiológicos y del desarrollo son tan notables como la propia velocidad del crecimiento físico (Cusminsky et al., 1993).

Lactancia materna

La lactancia materna es un proceso vital a través del cual la madre provee al niño tejido vivo que opera en un amplio espectro de interacciones, tales como: nutricionales, inmunológicas, emocionales específicas, entre otras. Lorenzo et al. (2019) exponen que la OMS y El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desarrollaron un conjunto de definiciones que permiten clasificar los tipos de lactancia existentes:

- Lactancia materna completa: el lactante es alimentado de forma exclusiva o predominante a través del pecho.
- Lactancia materna exclusiva: el lactante no recibe ningún otro tipo de bebida o alimento, incluyendo agua, excepto medicinas.
- Lactancia materna predominante: el niño es amamantado, pero además recibe pequeñas cantidades de agua o bebidas a base de agua, tales como té, mate cocido, entre otras.
- Lactancia materna parcial: el niño es amamantado algunas veces y otras recibe alimentos artificiales, ya sea cereales, leche u otro tipo de alimentos.



No obstante, como recomendación de salud pública mundial, durante los primeros 6 meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimo (Asamblea Mundial de la Salud, 2002). Asimismo, la Academia Americana de Pediatría (AAP), UNICEF y la OMS coinciden en que la leche materna es el alimento ideal hasta dicho periodo de edad, con la consiguiente introducción de alimentos complementarios y continuación de la lactancia materna a partir de entonces. Además, en el año 1997 la AAP recomendó la leche materna como el alimento de elección para todos los niños, incluyendo prematuros y recién nacidos enfermos (Lorenzo et al., 2019).

Alimentación complementaria

A los 6 meses de edad, la leche materna comienza a ser insuficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante, por lo que se deben añadir alimentos complementarios a la dieta del niño. Según la OMS (2022), la alimentación complementaria (AC) abarca generalmente un periodo que va de los 6 a los 24 meses de edad y se trata de una etapa de gran vulnerabilidad, donde muchos niños comienzan a sufrir malnutrición.

La AC es aquella que, de forma concomitante a una lactancia exitosa, se inicia oportunamente, en cantidad y ritmo de progresión apropiados para satisfacer las exponenciales demandas del crecimiento. Esta aporta alimentos con variedad de texturas y sabores, como así también nutrientes en condiciones de digestibilidad y biodisponibilidad adecuadas a cada etapa biológica. Es segura desde el punto de vista bacteriológico y toxicológico (Lorenzo et al., 2019).

Edad óptima de inicio de la alimentación complementaria

El momento oportuno para dar inicio a la AC es a los 6 meses de edad, cuando surge la necesidad de cubrir requerimientos nutricionales, (proteicos y minerales) que no alcanzan a ser satisfechos por la lactancia materna. Dependiendo del momento en que se inicia dicha forma de alimentación, los autores Lorenzo et al. (2019) elaboraron una clasificación que a continuación se expone:

- **Alimentación complementaria temprana:** Se inicia antes de los 6 meses de edad. Actualmente no existe evidencia de que la misma tenga ventajas nutricionales. De hecho, es un potencial riesgo para la salud del niño, en especial cuando las condiciones higiénicas y sanitarias no son las oportunas. El crecimiento infantil se ve afectado aun con el correcto aporte de alimentos inocuos y nutritivos, ya que tienden a desplazar la leche materna, pudiendo llevar a un cese temprano de la lactancia y precipitar o exacerbar



patologías como: anemia, diarreas, infecciones, intoxicaciones, intolerancia a la lactosa, obesidad, desnutrición y carga renal de solutos.

- Alimentación complementaria tardía: Se inicia luego de los 6 meses de edad. La evidencia demuestra que puede traer aparejados trastornos del crecimiento y malnutrición por un insuficiente aporte nutricional. Además, podría generar alteraciones en la conducta alimentaria manifestada por una mayor dificultad para incorporar nuevos sabores y texturas.

Maduración fisiológica para iniciar la alimentación complementaria

Según los expertos en la temática abordada, a partir de los 6 meses el niño alcanza la madurez neurológica, gastrointestinal y renal necesaria para iniciar la AC. Tal como exponen los autores Noguera Brizuela et al. (2013) estos tres tipos de maduración pueden distinguirse de la siguiente manera:

- Madurez neurológica: en este momento se destaca el desarrollo psicomotor del niño. Incluye masticación, deglución, desaparición del reflejo de extrusión, sentarse con apoyo, sostener la cabeza y parte del tórax, lo que permite la introducción de alimentos complementarios.
- Madurez digestiva: aumento de la tonicidad del cardias, adecuada producción de enzimas digestivas, la mucosa intestinal tiene una permeabilidad menor a moléculas de gran tamaño y existe una inmunotolerancia digestiva eficaz.
- Madurez renal: aumenta el filtrado glomerular y la capacidad de concentración renal, adquiere la funcionalidad óptima para manejar los metabolitos productos de los nutrientes proteicos y minerales.

En este punto resulta pertinente explicar que este periodo de maduración es crucial para el niño, puesto que demanda de un gran aumento de los requerimientos energéticos y también de los nutrientes.

Alimentos oportunos

Si bien la alimentación de los niños varía según la cultura, la región y la disponibilidad local de alimentos, existen ciertos lineamientos que -idealmente- deberían contemplarse al momento de iniciar dicho proceso. En pos de favorecer el desarrollo integral del niño, en el año 2019 el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe elaboró las siguientes recomendaciones relativas a la alimentación:



- A partir de los 6 meses: es propicio continuar con la lactancia a libre demanda, como también es conveniente comenzar ofreciendo variedad de frutas y verduras a fin de aumentar su aceptación. Sin embargo, deberían evitarse preparaciones con verduras crudas y/o aquellas donde abunden vegetales de hojas verdes con alto contenido de nitratos (acelga, espinaca, lechuga, achicoria, rúcula, berro, u hojas de remolacha), ya que podrían causar una intoxicación denominada “metahemoglobinemia”.
Las primeras preparaciones que ingieren los bebés pueden ser productos blandos: verduras cocidas o frutas frescas en forma de sólidos y, en lo posible, se los debe incentivar a utilizar cucharas o sus dedos para alimentarse.
En este primer mes cobra fundamental importancia el aporte de hierro porque previene la anemia. Este se incorpora mediante el consumo de carnes de vaca, pollo y pescado, quitando la grasa visible y la piel e ingiriendo preparaciones que no estén procesadas, como en cubos, tiras, entre otros. Cabe destacar que las carnes rojas son la prioridad por poseer hierro hemínico de mayor biodisponibilidad para el organismo del niño.
En cuanto a los cereales, se puede recurrir a cualquiera de estos, tales como: arroz, maíz, fécula de maíz, semilla y avena cocida, evitando aquellos integrales, debido a su alto contenido de fibras que limitan la absorción de ciertos nutrientes. Si bien no se conoce con exactitud cuál es la mejor forma de introducir el gluten, se aconseja no retrasar su introducción, a modo de impedir las alergias alimentarias.
- De los 7 a 9 meses: en dicho momento comienza a diversificarse la dieta del bebé, a los alimentos anteriormente mencionados se añaden las legumbres (porotos, garbanzos, arvejas, lentejas) y debe evitarse la soja. Es importante prestar atención a la combinación de este grupo de alimentos con otros tales como (cereales, huevo, carne y cítricos), a fin de favorecer la absorción del hierro.
- De los 9 a 12 meses: se destaca la importancia de seguir exponiendo al niño al consumo de frutas y verduras en distintas preparaciones. A partir de este periodo se permite introducir verduras de hojas con alto contenido de nitratos tales como acelga, espinaca, lechuga, achicoria, rúcula, berro, u hojas de remolacha.
- A los 12 meses: se incorporan todos los alimentos saludables que la familia consume, teniendo especial cuidado con los alimentos desaconsejados. Estos últimos serán detallados en el siguiente apartado. Del mismo modo, se permite comenzar a consumir leche de vaca entera y derivados (yogurt y quesos), especialmente si el niño no está amamantado.



Alimentos desaconsejados

Para garantizar un crecimiento saludable, se deben tener en consideración aquellos alimentos que limitan el desarrollo de los niños y que, en muchos casos, los exponen a contraer distintas patologías (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2019). A continuación, se mencionan los alimentos que no deberían consumirse en cada etapa de la niñez:

- Leche de vaca¹: se debe evitar hasta los 12 meses la leche de vaca tanto fluida como en polvo, ya que favorece el desarrollo de anemia ferropénica.
- Jugo de frutas: más allá de que se realice con frutas de forma casera, se desaconseja el consumo por no ofrecer ningún beneficio nutricional en comparación con la fruta fresca. Asimismo, contribuyen a la ganancia de peso y al desarrollo de caries.
- Azúcar y sal: al elaborar las preparaciones no es necesario adicionar azúcar o sal, para que el niño aprenda a disfrutar del sabor natural de los alimentos. El agregado de dichas sustancias es un hábito aprendido sin fundamento fisiológico. Es preferible evitar condimentos artificiales como caldos en cubos, saborizantes, sopas instantáneas, etc.
- Soja: la soja y sus derivados contienen fitoestrógenos -los cuales tienen una actividad similar a la hormona humana estrógeno- y son responsables de reducir la fertilidad en niños y provocar pubertad precoz en niñas.
- Bebidas azucaradas: contienen una alta cantidad de azúcar, desaconsejables en la infancia y al ser líquidas provocan menor saciedad, contribuyendo a su consumo excesivo. Además, pueden impedir la absorción de algunos nutrientes.
- Infusiones: es necesario evitar el consumo de té, café, mate, y demás infusiones, porque interfieren en la absorción del hierro no hemínico de los alimentos consumidos o provenientes de suplementos.
- Miel: se debe evitar en menores de un año, debido a que puede ocasionar botulismo² en el lactante, por un insuficiente nivel de acidez gástrica y ausencia de la flora protectora del aparato digestivo.

¹ Por leche entera de vaca se entiende leche fresca, evaporada, deshidratada, descremada, deslactosada y sus derivados yogurt y queso. No se incluyen formulaciones donde la proteína ha sido especialmente modificada.

² El botulismo es una toxi-infección producida por la bacteria anaerobia *Clostridium botulinum* por medio de una potentísima toxina, la toxina botulínica, de la cual existen ocho serotipos diferentes. Ésta es capaz de provocar en humanos al menos cuatro cuadros clínicos diferentes por bloqueo de la transmisión neuromuscular, y que pueden variar en gravedad desde la casi ausencia de síntomas hasta la muerte por parálisis respiratoria (Pérez et al., 2003).



- Alimentos esféricos: se incluye maní, uvas, arvejas, lentejas, granos de choclo, frutos secos y legumbres. Se aconseja agregarlos en preparaciones procesadas (purés, papillas, muffins, panqueques, etc.) para prevenir el riesgo de atragantamiento.
- Carne picada: se incluyen embutidos y preparaciones con carne picada. Se desaconseja su consumo en menores de 5 años ya que se considera el principal vector de la bacteria *Escherichia Coli*, la cual es un potencial riesgo para el desarrollo del Síndrome Urémico Hemolítico³ (Rivero et al., 2004).
- Edulcorantes: el consumo de edulcorantes tanto nutritivos como no nutritivos, se debe evitar en la alimentación complementaria de los niños puesto que refuerzan la preferencia innata por los sabores dulces y suponen un riesgo para el desarrollo de caries dentales (Cuadros-Mendoza et al., 2017).

Frecuencia del consumo de alimentos complementarios

Tal como se expone en la siguiente tabla, la OPS y la OMS recomiendan aumentar el número de veces que el niño consume alimentos complementarios conforme va creciendo.

Edad del niño (meses)	Número de comidas diarias
6 – 8	2 – 3
9 – 11	3 – 4
12 – 24	3 – 4

Tabla 1: Número de comidas diarias recomendadas para el niño amamantado promedio (Lorenzo et al., 2019, p.120).

El apetito del niño sirve como guía para estimar la cantidad de alimentos que puede ser ofrecida. Si la frecuencia de las comidas es baja, el niño no recibirá la cantidad suficiente de alimentos para cubrir sus necesidades energéticas. En contraposición, si la frecuencia es mayor a la recomendada, el niño lactará menos o incluso podría abandonar la lactancia (Organización Mundial de la Salud, 2010).

³ El síndrome urémico hemolítico (SUH) es un desorden multisistémico caracterizado por presentar insuficiencia renal aguda, anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia. Constituye la principal causa de insuficiencia renal aguda y la segunda causa de insuficiencia renal crónica y de trasplante renal en niños en la Argentina.



Textura y consistencia de la comida

La consistencia de la comida de los niños dependerá de la edad y el desarrollo neuromuscular (Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, 2019):

- A los 6 meses: el lactante puede comenzar a comer alimentos sólidos o semisólidos.
- A los 8 meses: se puede optar por alimentos con mayor consistencia que los niños puedan tomar con sus manos.
- A los 12 meses: puede comer los mismos alimentos que el resto de la familia, prestando atención a aquellos alimentos esféricos que pueden ocasionar riesgo de atragantamiento.

Es pertinente aclarar que retrasar la incorporación de preparaciones grumosas (con trozos de alimentos) no presenta beneficios, por lo contrario, si se administran luego de los 10 meses, los niños quedan expuestos a sufrir problemas alimenticios con posterioridad. Asimismo, resulta de suma importancia para el crecimiento y desarrollo óptimo del niño que la consistencia de los alimentos se incremente de forma gradual y con la edad (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Alimentación perceptiva

La alimentación perceptiva en la crianza implica reciprocidad entre el bebé y su cuidador durante la ingestión de comida. Dicha práctica implica estar atentos a las señales de hambre o saciedad que presenta el niño -a través de expresiones faciales, vocales o acciones motoras- para responder a las mismas de manera cálida y apropiada.

Entonces, alimentar de forma perceptiva hace hincapié en la importancia de que los cuidadores estén atentos a las señales de sus niños. De este modo, se recomienda seguir las siguientes guías específicas, propuestas por el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2019):

- Asegurar un ambiente de alimentación sin distracciones (televisores, celulares, etc).
- Continuar con la lactancia materna.
- Favorecer la aceptación de los alimentos que ingiere la familia.
- Asegurarse que la niña o el niño esté sentado cómodamente, igualmente acompañado con su familia o un responsable a cargo.
- Fomentar una comunicación con el niño, respondiendo a las señales de hambre y saciedad.
- Asegurarse que el alimento sea saludable y apropiado.



- Responder a las necesidades de alimentación de la niña o el niño de una manera pronta, emocionalmente positiva y apropiada para el desarrollo.

Cabe mencionar que resulta imprescindible no predeterminar una cantidad de comida que el niño deba consumir. La cantidad es variable de unos niños a otros y según las propias circunstancias, siendo ellos mismos quienes decidan cuanto comer. Se debe entender a la introducción de la alimentación complementaria como un proceso gradual. Inicialmente las porciones son pequeñas, aumentando progresivamente conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna (Asociación Española de Pediatría, 2018).

Educación alimentaria

Para que la AC sea exitosa no solo se debe tener conocimiento sobre los alimentos adecuados, sino que también es necesario analizar y reestructurar las conductas alimentarias de los adultos que guían dicha práctica.

Además, entendiéndolo que al momento de ingerir comida cada niño tiene un ritmo particular, se recomienda disponer del tiempo suficiente y evitar interferencias externas para permitir al niño tomar la comida con las manos y familiarizarse con los utensilios y la consistencia de las diferentes preparaciones. En este sentido, se debe generar un ambiente afectuoso, amable, paciente y controlado para favorecer su independencia. En contraposición, el niño que come presionado desarrolla conductas negativas ante los alimentos, que pueden manifestarse como rebeldía o rechazos.

También es de vital importancia no utilizar la comida como premio o castigo, dado que el niño debe interpretar desde pequeño que el alimento es algo necesario para crecer sano y fuerte.

Las combinaciones de alimentos según su color, sabor, diferentes formas, texturas y temperaturas favorecen la actitud positiva del niño hacia la alimentación. El orden en que se introducen los primeros alimentos no cobra mayor importancia, pero siempre se debe ofrecer un alimento nuevo por vez para probar la tolerancia y aceptación de sabores, y detectar posibles alergias. La neofobia o rechazo de los alimentos nuevos es normal, y la repetición conduce lentamente a la aceptación de los mismos (Lorenzo et al., 2019).



Preparación higiénica de alimentos

La preparación y el correcto almacenamiento de los AC reducen el riesgo de contraer enfermedades. Por ende, todos los utensilios, vasos, tazas, platos y cucharas involucrados en la preparación de los alimentos deben ser exhaustivamente lavados, al igual que las manos de quien los manipula. Este procedimiento debe llevarse a cabo antes y después de la ingesta de comida por parte del niño.

Resulta de gran importancia evitar la contaminación cruzada entre crudos y cocidos, para dicho fin se deben separar ambos tipos de alimentos en todo momento. Asimismo, deberán distribuirse en la heladera de manera que los primeros se encuentren en la parte inferior y aquellos listos para el consumo en el superior. Por último, se recomienda utilizar utensilios diferentes entre dichos alimentos a la hora de cocinar (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2019).

Las comidas deben refrigerarse y cuando no se pueda, deberán ser consumidos dentro de 2 horas después de ser preparados, a fin de evitar la propagación de microorganismos (Cuadros-Mendoza et al., 2017).

Fuentes de información

Resulta de interés mencionar las fuentes de información oficiales de mayor relevancia y fácil lectura, a las que se puede acceder de forma gratuita mediante internet.

- Guía de alimentación complementaria segura y saludable (2019). Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia Sexual y Reproductiva y Agencia Santafesina de Seguridad Alimentaria.
- Guías Alimentarias para la población infantil (2009). Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- La alimentación del lactante y del niño pequeño (2010). Organización Mundial de la Salud.



DISEÑO METODOLÓGICO

Metodología

Para el cumplimiento de los objetivos previstos en la presente Tesina, se llevó a cabo una investigación de índole cuali-cuantitativa: cualitativa en tanto permitió evaluar el conocimiento y describir las fuentes de información en materia de alimentación complementaria de los padres de niños de 6 a 24 meses; y cuantitativa ya que hizo uso de la estadística aplicada, permitiendo la medición numérica, descripción y posterior análisis de los datos de las variables investigadas.

Asimismo, adoptó un enfoque metodológico de tipo descriptivo, ya que buscó medir las características a estudiar con el objetivo de lograr una descripción de las mismas. Por otro lado, el enfoque observacional permitió constatar y medir las variables tal como se presentan en la realidad, sin ningún tipo de intervención.

Por último, en términos temporales fue de tipo transversal, puesto que no se realizó un seguimiento de los individuos, sino que se investigaron las variables tomando los datos en un solo momento, por única vez.



Plan de trabajo

Las tareas contempladas en esta Tesina fueron:

Objetivo específico 1: Recolectar información sobre el conocimiento de los padres en materia de alimentación complementaria.

Tarea 1.1: Se envió la carta de autorización a la coordinación de la Universidad de Concepción del Uruguay, Centro Regional Santa Fe (Anexo I).

Tarea 1.2: Se envió la carta de autorización a la coordinadora del Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto” (Anexo II).

Tarea 1.3: Se seleccionó la muestra para la realización de la investigación, asegurando que cumplan con los criterios de inclusión establecidos.

- **Ámbito de aplicación**: Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto” el cuál se encuentra ubicado en el barrio San Lorenzo en la calle Amenábar 4057.
- **Universo**: todos los padres de Santa Fe que tienen hijos entre 6-24 meses.
- **Población**: Padres de bebés entre 6-24 meses que asisten a la consulta pediátrica del Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto” de la ciudad de Santa Fe.
- **Muestra**: 50 padres de bebés entre 6-24 meses que asistieron a la consulta pediátrica del Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto” de la ciudad de Santa Fe.
- **Unidad muestral**: cada padre con bebés entre 6-24 meses que asistió a la consulta pediátrica del Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto” de la ciudad de Santa Fe.
- **Criterios de inclusión**: padres con bebés entre 6-24 meses que asistieron a la consulta pediátrica del Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto” de la ciudad de Santa Fe, y aceptaron participar de la investigación.
- **Criterios de exclusión**: padres con bebés que se encontraron fuera de los 6-24 meses de edad, que no asistieron a la consulta pediátrica del Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto” de la ciudad de Santa Fe y/o que no aceptaron participar de la investigación.
- **Tipo de muestreo**: la técnica utilizada para seleccionar la muestra fue no probabilística puesto que la misma fue pequeña, y de tipo intencional o selectivo donde se escogió en base a las necesidades y posibilidades de la presente investigadora.



Tarea 1.4: Se concretó el cuestionario adaptado de Spipp et al. (2020) de forma anónima y escrita (Anexo III).

- Técnica e instrumento: la técnica de recolección de información se llevó a cabo a través de una encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario escrito y anónimo ya que es un método relativamente económico, rápido y sencillo de aplicar. El cuestionario de Spipp et al. (2020) fue adaptado puesto que se pretendió enfatizar en las temáticas abordadas en la presente investigación, asegurando su fácil comprensión a través de preguntas cerradas.
- Prueba piloto: Previamente a la realización del trabajo de campo se aplicó una prueba piloto con el cuestionario, a 10 personas seleccionadas al azar que asistieron al Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto”, a fin de validar si el instrumento resultaba adecuado en cuanto al nivel de comprensión y su aceptabilidad para determinar la confiabilidad y validez.

Objetivo específico 2: Determinar si los conocimientos que poseen los padres son acordes a las recomendaciones sobre alimentación complementaria.

Tarea 2.1: Se recopilaron y analizaron los datos de las encuestas realizadas.

- Variable: Nivel de conocimiento.
Tipo de variable: Cualitativa ordinal.
Definición conceptual: Noción, saber o noticia elemental de algo (RAE, 2021).
Escala de medición del nivel de conocimiento: Para determinar el nivel de conocimiento que tienen los padres de niños entre 6 a 24 meses se elaboró una escala de medición, considerando:
 - Nivel de conocimiento suficiente: Al menos el 80% de respuestas correctas. Se consideraron 13 a 16 respuestas correctas.
 - Nivel de conocimiento medio: Entre 50 - 80% de respuestas correctas. Se consideraron 8 a 12 respuestas correctas
 - Nivel de conocimiento escaso: Menos del 50% de respuestas correctas. Se consideraron menos de 7 respuestas correctas
- Análisis de datos: Tanto para el análisis de los datos como para la confección de los gráficos, se utilizó el software Microsoft Office Excel 2016.



Tarea 2.2: Se compararon los datos analizados con las recomendaciones sobre alimentación complementaria, destacando las principales preguntas con respuestas incorrectas.

- Análisis de datos: Tanto para el análisis de los datos como para la confección de los gráficos, se utilizó el software Microsoft Office Excel 2016.

Tarea 2.3: Se categorizó el nivel de conocimiento según el rango etario de los padres.

- Variable: Edad.

Tipo de variable: Cuantitativa discreta.

Definición conceptual: Tiempo vivido por una persona expresado en años (RAE, 2021).

Clasificación de grupos etarios:

- Menos de 20 años.
 - Entre 20 y 35 años.
 - Más de 35 años.
- Análisis de datos: Tanto para el análisis de los datos como para la confección de los gráficos, se utilizó el software Microsoft Office Excel 2016.

Objetivo específico 3: Reconocer cuáles son las fuentes de información sobre prácticas de alimentación complementaria utilizadas por los padres.

Tarea 3.1: Se recopilaron y analizaron los datos de las encuestas realizadas.

- Variable: Fuentes de información.

Tipo de variable: Cualitativa ordinal.

Definición conceptual: Acción y efecto de informar (RAE, 2021)

Clasificación de las fuentes de información:

- Fuente de información primaria: interconsulta médica, nutricional u otro profesional de la salud, o sitio web oficial.
 - Fuente de información secundaria: redes sociales, video online, revistas divulgación, programa de televisión, opinión de familiares/amigos.
 - Ambos: se incluyeron tanto la fuente de información primaria como la secundaria.
- Análisis de datos: Tanto para el análisis de los datos como para la confección de los gráficos, se utilizó el software Microsoft Office Excel 2016.



CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación estuvo enmarcado por los aspectos éticos de autonomía, beneficencia y privacidad establecidos por la Asociación Médica Mundial (AMM, 2013), promulgados en la Declaración de Helsinki.

Se respetaron las decisiones de los participantes y su voluntad de participar en las encuestas. Asimismo, se les informó debidamente el motivo, la modalidad de la investigación, la posibilidad de retirarse en cualquier momento como así también que no se iba a realizar ningún procedimiento invasivo.

Se tomaron todas las precauciones para asegurar el anonimato de las personas y la confidencialidad de su información. Se tuvieron en cuenta, durante todo el proyecto de investigación, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal obtenida en los padres en estudio con la finalidad de cumplir con los principios éticos.

Se asumió el compromiso de llevar a cabo un trato digno y respetuoso hacia los padres durante todo el trabajo investigativo. De igual modo se informó que no hubo ningún tipo de financiamiento, afiliaciones institucionales, patrocinadores o posibles conflictos de interés e incentivos.



RESULTADOS

Luego de llevar a cabo la aplicación de la encuesta, se organizaron los datos recolectados mediante gráficos ofrecidos por Microsoft Office-Excel 2016. Posteriormente, se realizó una descripción e interpretación de la información obtenida, la cual se presentará en las líneas subsiguientes.

Dicha encuesta fue practicada de forma presencial y asistida. La muestra estuvo conformada por 50 padres de bebés de entre 6 a 24 meses, que asistieron a la consulta pediátrica del Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto”.

Cabe aclarar que previamente a la recolección de datos se realizó una prueba piloto con la finalidad de validar la comprensión y fiabilidad del instrumento y evaluar la modificación de la misma. Se conformó por 10 padres seleccionados de forma azarosa, considerando características similares a la muestra de la investigación.

Partiendo de ciertas observaciones y recomendaciones, se efectuaron los cambios pertinentes, para finalmente aplicar el cuestionario adaptado de Spipp et al. (2020) a la muestra en estudio.

Los gráficos siguen una lógica de colores en la que el verde hace referencia a las respuestas correctas de cada pregunta. Por otro lado, el naranja y los siguientes colores de la misma gama (pero de menor intensidad) refieren a las respuestas incorrectas de acuerdo el orden de magnitud. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

La Tabla 2 ofrece los datos cuantitativos en relación a la frecuencia absoluta y porcentual correspondiente a cada nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen los padres.

TABLA 2: Frecuencia absoluta (fa) y porcentual (f%) de cada nivel de conocimiento.

Nivel de conocimiento	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
Escaso	31	62%
Medio	17	34%
Suficiente	2	4%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.



GRÁFICO 1: Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen los padres.

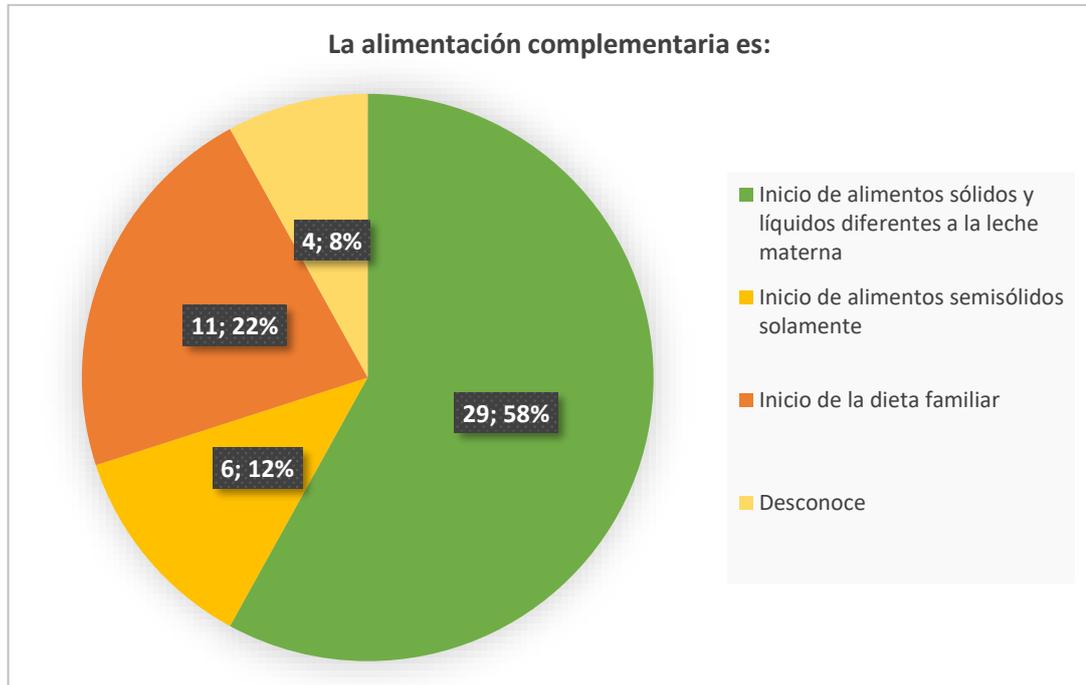


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.

Se observó que del 100% (50) de los padres encuestados que acudieron a la consulta pediátrica del Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto”, un 62% (31) tiene un nivel de conocimiento escaso, el 34% (17) un nivel medio y, por último, el 4% (2) restante se encuentran dentro de un nivel de conocimiento suficiente.



GRÁFICO 2: Definición de alimentación complementaria.

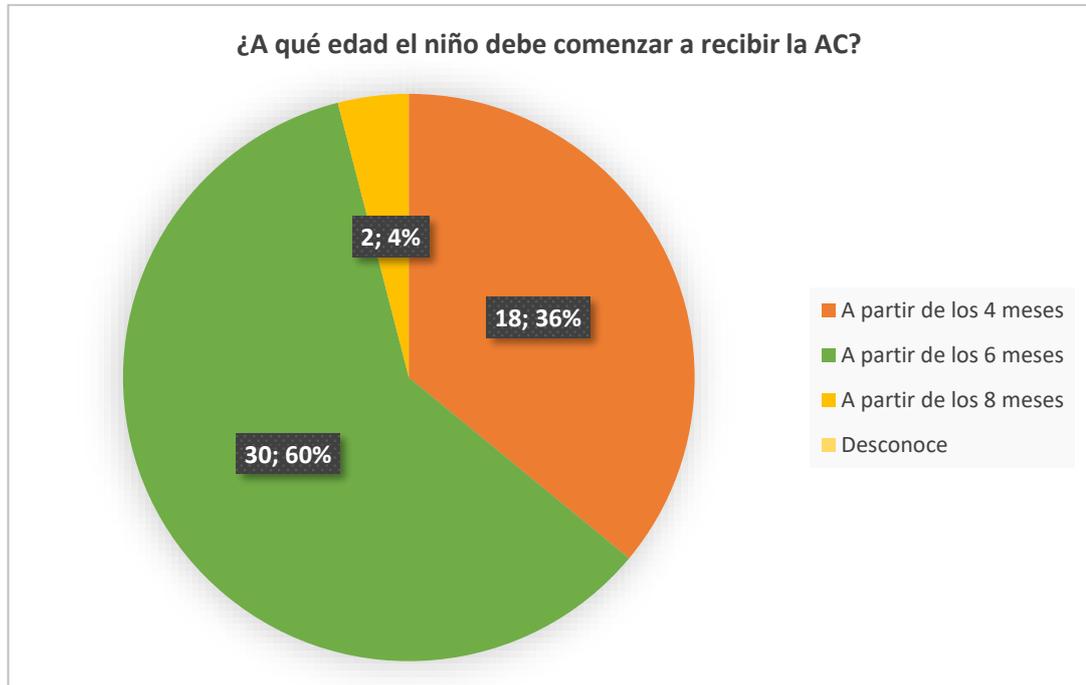


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 3 en Anexo V.

En relación a las respuestas obtenidas en la pregunta N°1 de la encuesta, se concluyó que el 58% (29) de los padres respondió correctamente, mientras que el 42% (21) restante lo hizo de forma incorrecta o desconocía la definición de alimentación complementaria.



GRÁFICO 3: Edad en la que se debe comenzar la alimentación complementaria.

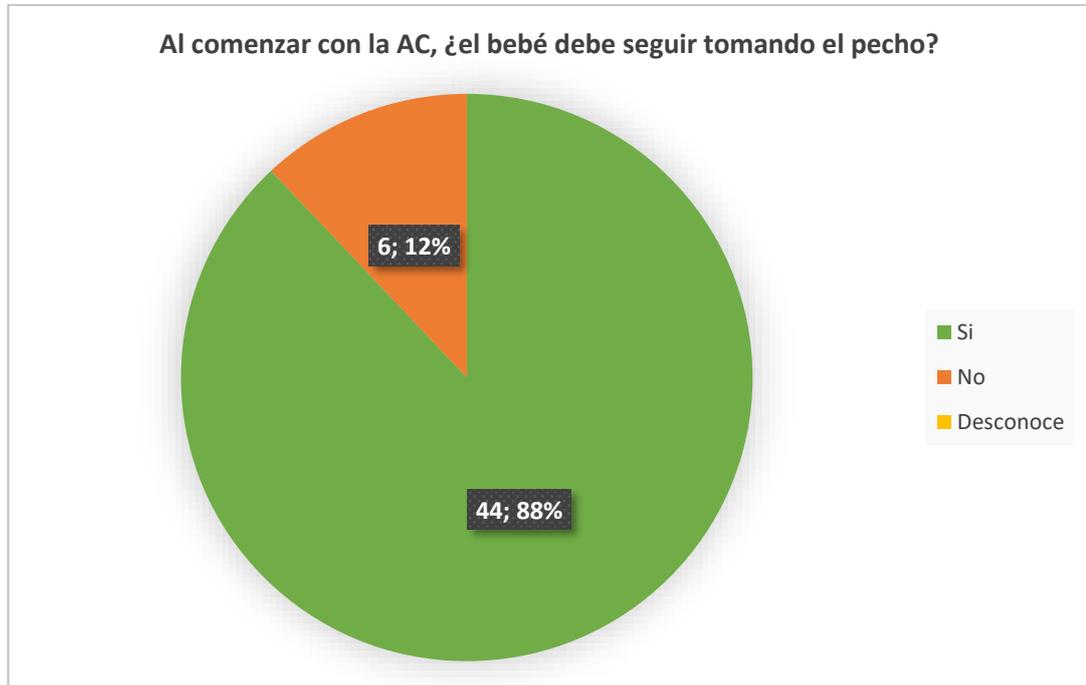


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 4 en Anexo V.

Tal como detalla el Gráfico 3, el 60% (30) de los encuestados respondió correctamente la pregunta. Sin embargo, el 36% (18) refirió una alimentación complementaria temprana y, en contraposición, el restante 4% (2) indicó una alimentación complementaria tardía. En este punto es pertinente destacar que ningún encuestado señaló desconocer la respuesta.



GRÁFICO 4: Lactancia al momento de iniciar la alimentación complementaria.

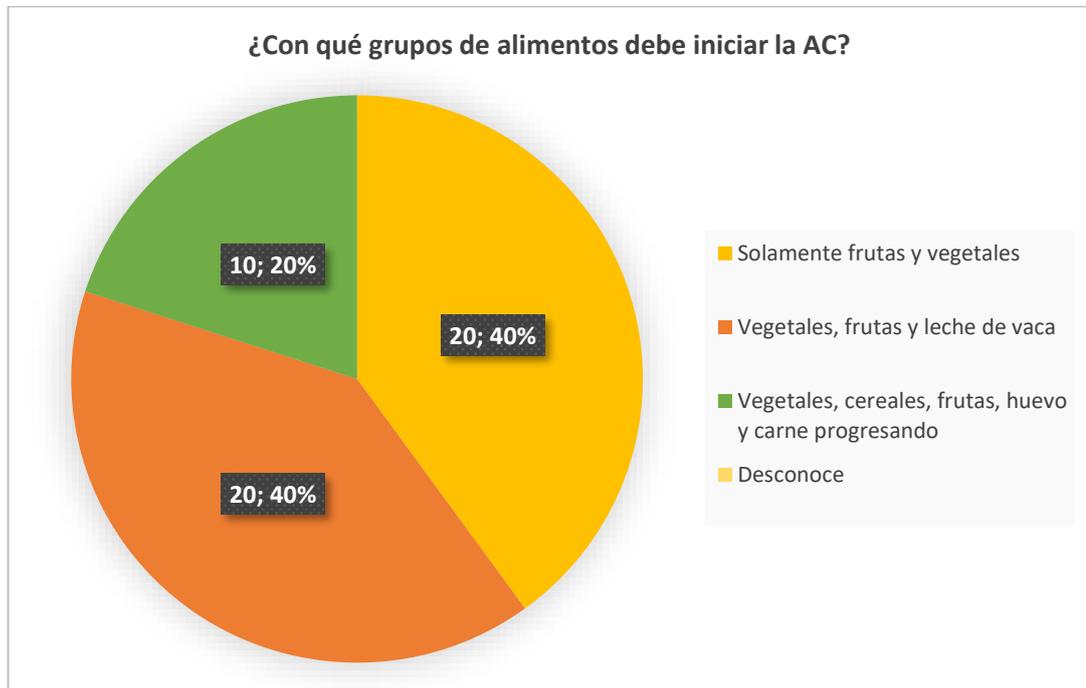


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 5 en Anexo V.

Al indagar acerca de la continuación de la lactancia materna al momento de dar comienzo a la alimentación complementaria del bebé, se conoció que la mayoría de la muestra encuestada, un 88% (44), indicó -de forma acertada- que se debe continuar con la misma. Sin embargo, el 12% (6) señaló -de manera incorrecta- que no debe continuar la lactancia materna durante dicho periodo.



GRÁFICO 5: Grupos de alimentos con los que se debe iniciar la alimentación complementaria.

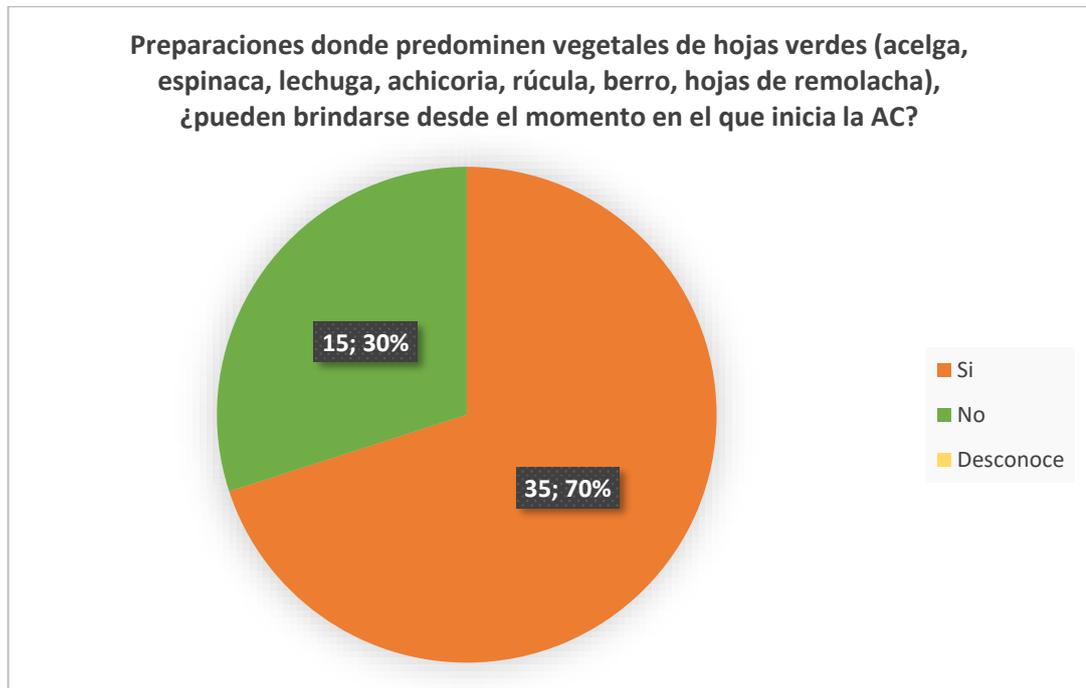


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 6 en Anexo V.

Tal como refirió el 20% (10) de los padres encuestados, el comienzo de la alimentación complementaria debe estar conformada por vegetales, cereales, frutas, huevo y carne, progresando paulatinamente. No obstante, el restante 80% (40) de la muestra expresó llevar a cabo dicho proceso utilizando métodos que difieren con lo que recomiendan los especialistas. La mitad, 40% (20), indicó comenzar la alimentación complementaria únicamente con frutas y vegetales, mientras que la otra mitad, 40% (20), incorporó a la dieta vegetales, frutas y leche de vaca.



GRÁFICO 6: Consumo de preparaciones donde predominen vegetales de hojas verdes desde el inicio de la alimentación complementaria.

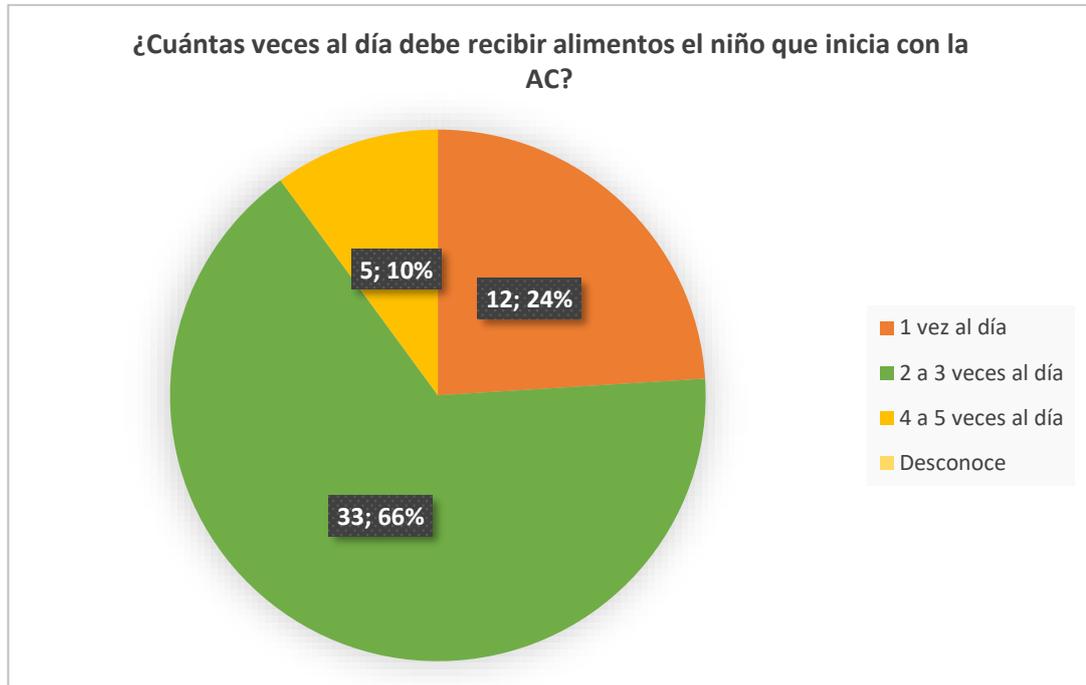


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 7 en Anexo V.

La metahemoglobinemia es la principal intoxicación producida por el consumo de preparaciones donde predominan vegetales de hojas verdes. Aun así, solo el 30% (15) de la muestra respondió de forma correcta a la pregunta relativa a este tema. Ningún padre ha referido desconocer dicha información, y el 70% (35) aseguró que dichas preparaciones pueden brindarse.



GRÁFICO 7: Frecuencia de consumo de alimentos complementarios en un principio.

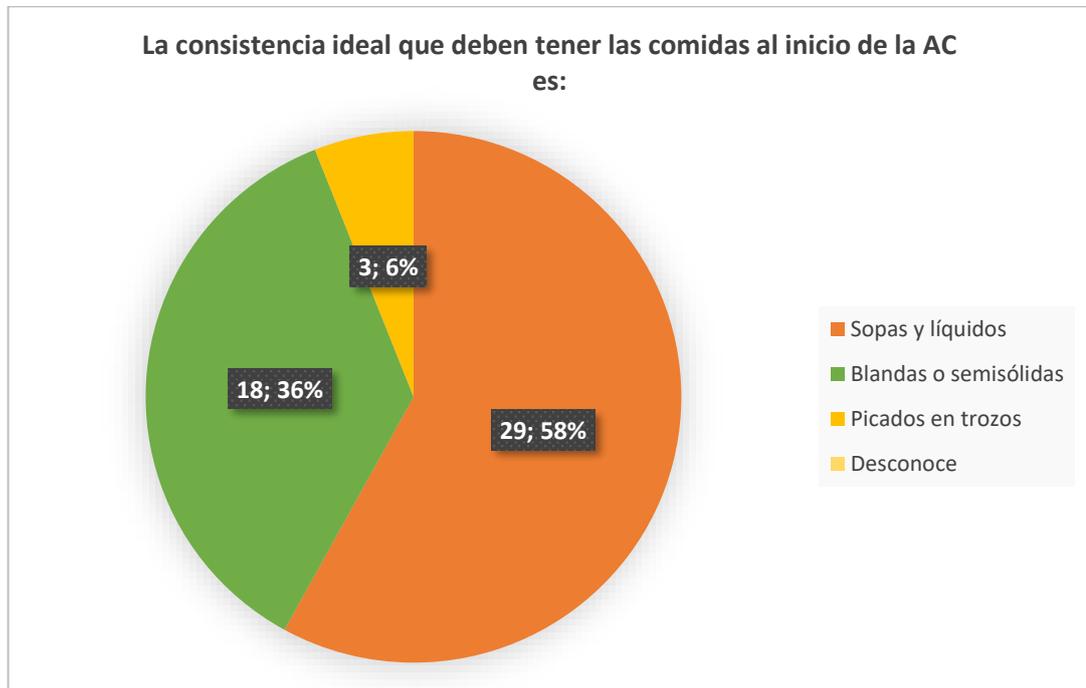


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 8 en Anexo V.

Tal como se pone en evidencia mediante este gráfico, el 66% (33) de los padres respondió que la frecuencia es de 2 a 3 veces al día, lo cual coincide con la recomendación propuesta por la OPS y la OMS. El 24% (12) de los encuestados mostró una regularidad de alimentación menor a la recomendada, mientras que el 10% (5) indicó la mayor frecuencia de alimentación, es decir, 4 a 5 veces al día.



GRÁFICO 8: Consistencia ideal de las comidas al comienzo de la alimentación complementaria.

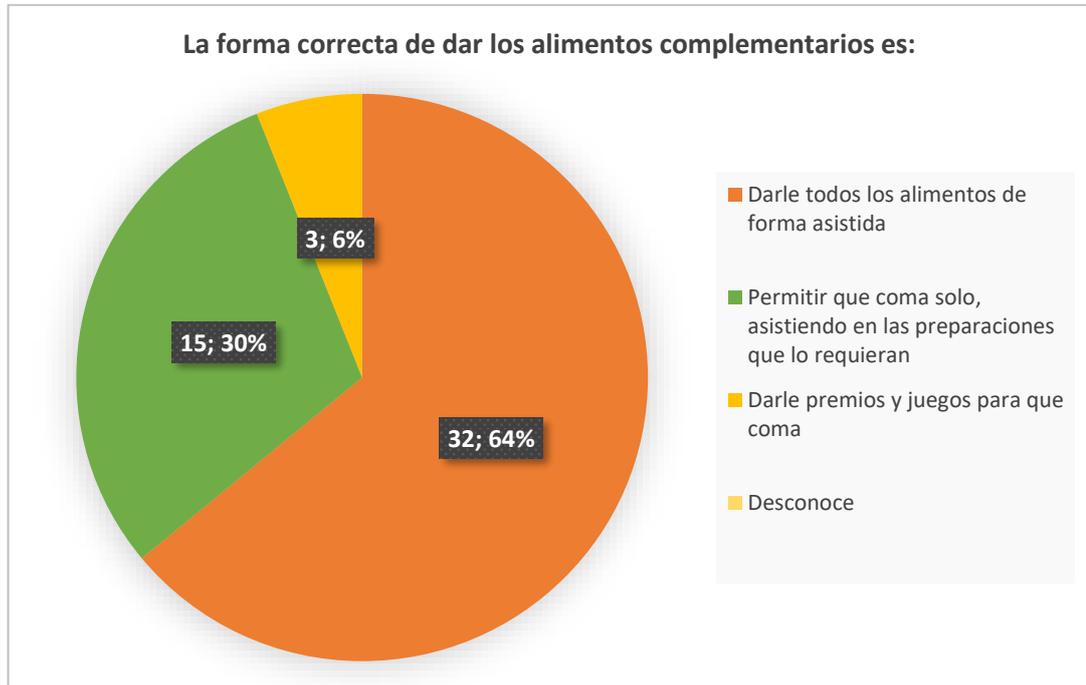


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 9 en Anexo V.

La mayoría de los encuestados, 58% (29), aludió erróneamente que la consistencia ideal debe ser sopas y líquidos. El 6% (3) indicó alimentos picados en trozos, y el 36% (18) contestó correctamente, señalando consistencias blandas o semisólidas.



GRÁFICO 9: Forma correcta de alimentar a los bebés.

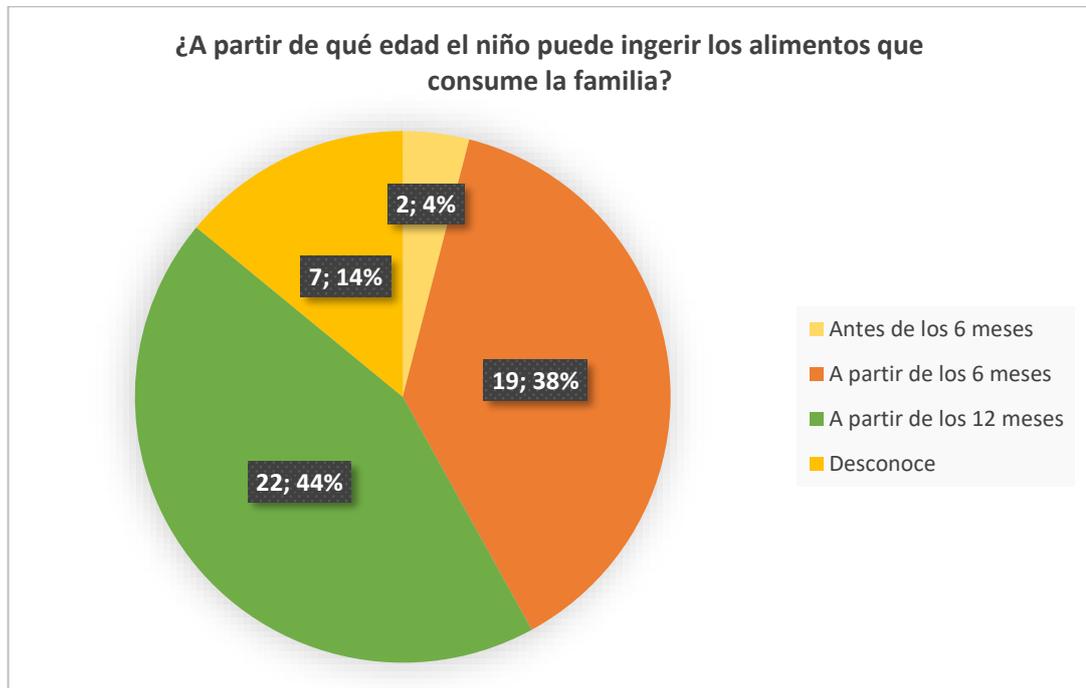


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 10 en Anexo V.

Mediante esta pregunta se pudo advertir que solo el 30% (15) de la muestra seleccionada demostró conocimiento sobre la importancia de disponer un amplio rango de tiempo al momento de alimentar a los niños, incentivando a que tomen la comida con las manos, pero a su vez, intentando propiciar el reconocimiento y la familiarización de los utensilios. Ahora bien, un 64% (32) de los encuestados se inclinó por la forma de alimentación asistida. Por último, si bien ningún padre desconoce la temática abordada, un 6% (3) reconoció utilizar premios y juegos a la hora de comer.



GRÁFICO 10: Momento en el cual el niño puede comenzar a ingerir los mismos alimentos que el resto de la familia.

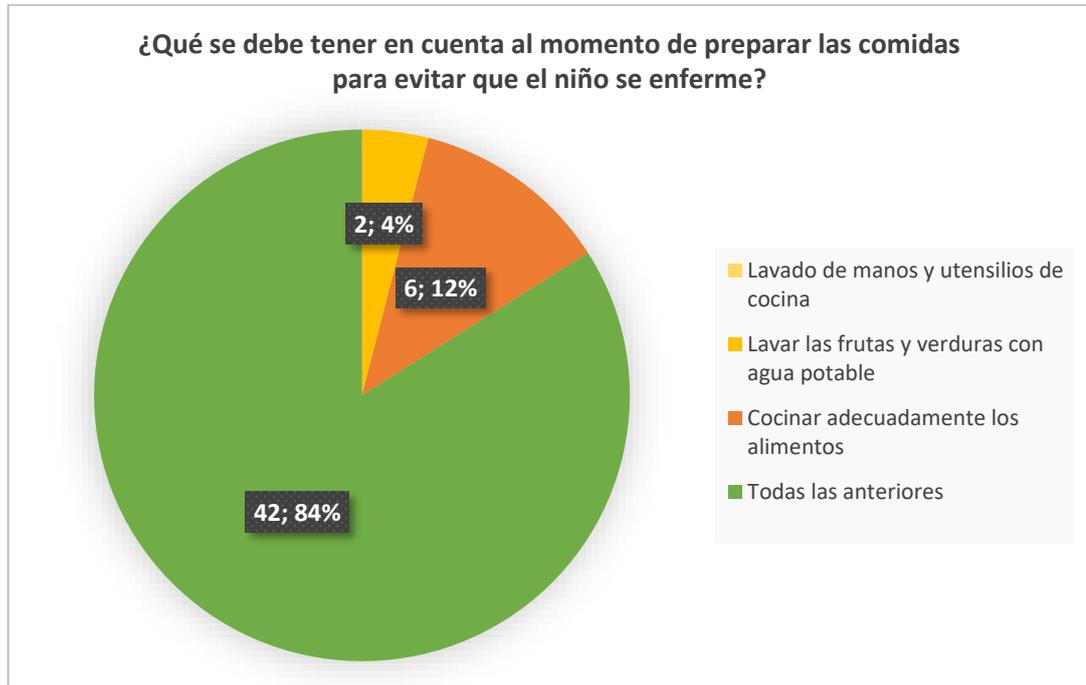


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 11 en Anexo V.

En este sentido, el 44% (22) ha indicado adecuadamente que, si bien desde un primer momento el niño puede compartir la comensalidad con el resto de la familia, las preparaciones hasta los 12 meses difieren sustancialmente. De manera contraria, el 38% (19) de los padres ha demostrado dar inicio a la alimentación complementaria con las mismas preparaciones que el resto de la familia. Asimismo, quienes refirieron brindarlos antes de los 6 meses fueron el 4% (2). Por último, el 14% (7) expresó desconocimiento sobre la edad oportuna para dicho suceso.



GRÁFICO 11: Higiene durante la preparación de las comidas de los niños.

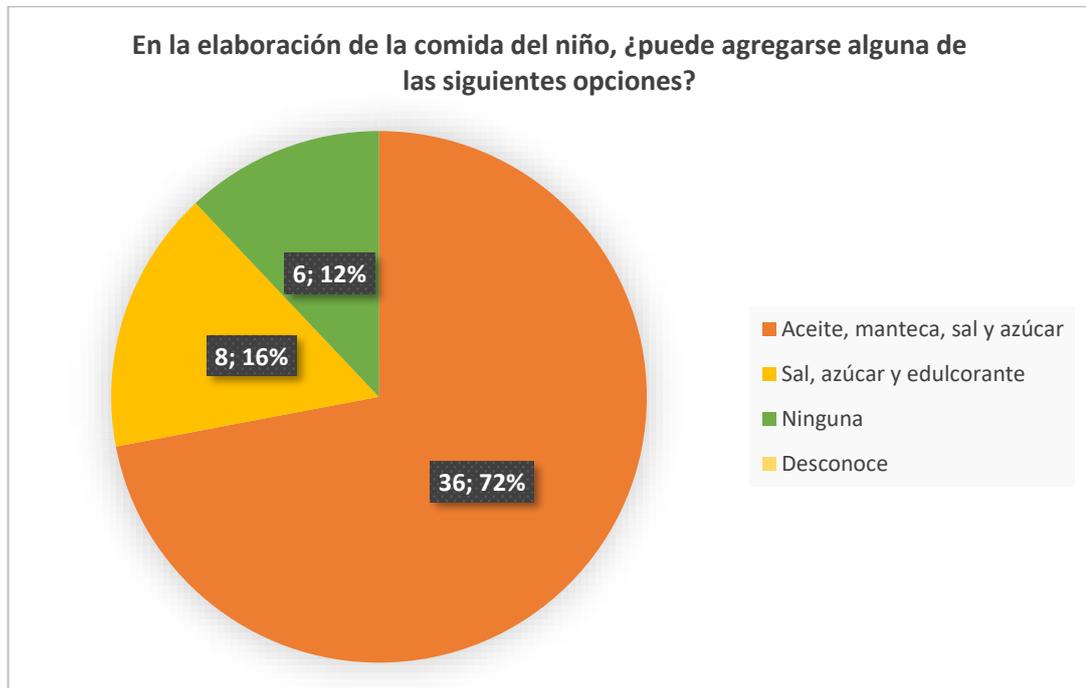


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 12 en Anexo V.

El 84% (42) de los padres tiene en cuenta la importancia del lavado de manos y utensilios de cocina. De igual manera, contempla el empleo de agua potable a fin de higienizar las frutas y verduras, pero también, la utiliza para cocinar adecuadamente los alimentos. Por otra parte, el 12% (6) enfatizó en que una correcta cocción de los alimentos evita la aparición de enfermedades, y el restante 4% (2), hizo hincapié en el lavado de frutas y verduras con agua potable.



GRÁFICO 12: Uso de determinadas sustancias alimentarias en la preparación de la comida de los niños.

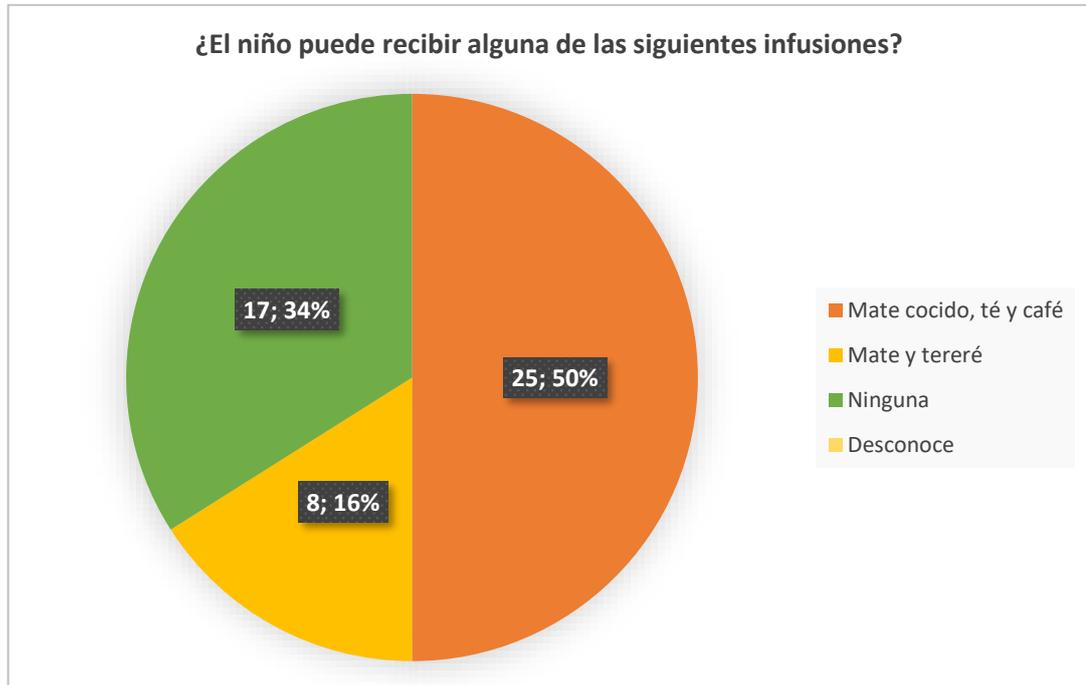


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 13 en Anexo V.

La encuesta arroja una evidencia alarmante: quienes adicionan aceite, manteca, sal y azúcar a las preparaciones representan el 72% (36) de los padres. Asimismo, el 16% (8) utiliza sal, azúcar y edulcorante. De esta manera, se concluye que solamente el 12% (6) adhieren a las recomendaciones de no utilizar ninguno de los anteriores.



GRÁFICO 13: Consumo de infusiones.

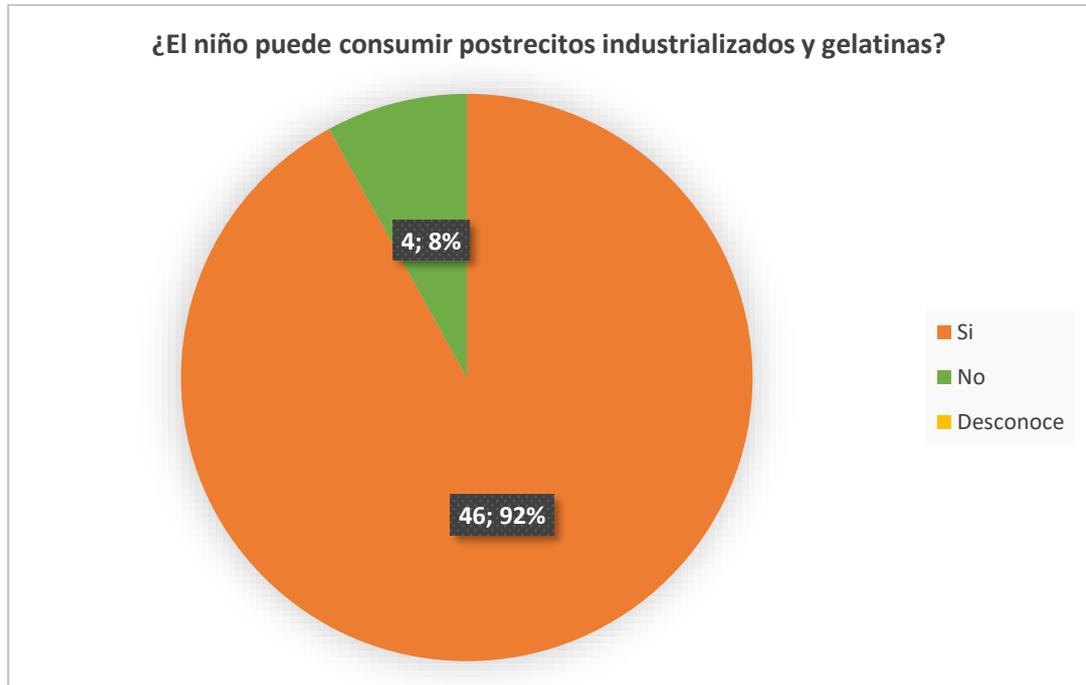


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 14 en Anexo V.

Del total de la muestra (50), el 34% (17) indicó correctamente que los niños no pueden consumir ningún tipo de infusión durante la alimentación complementaria. Se observó además que el 66% (33) expresó que los mismos pueden consumir mate cocido, té y café (50%; 25), mate y tereré (16%; 8).



GRÁFICO 14: Consumo de postrecitos industrializados y gelatinas.

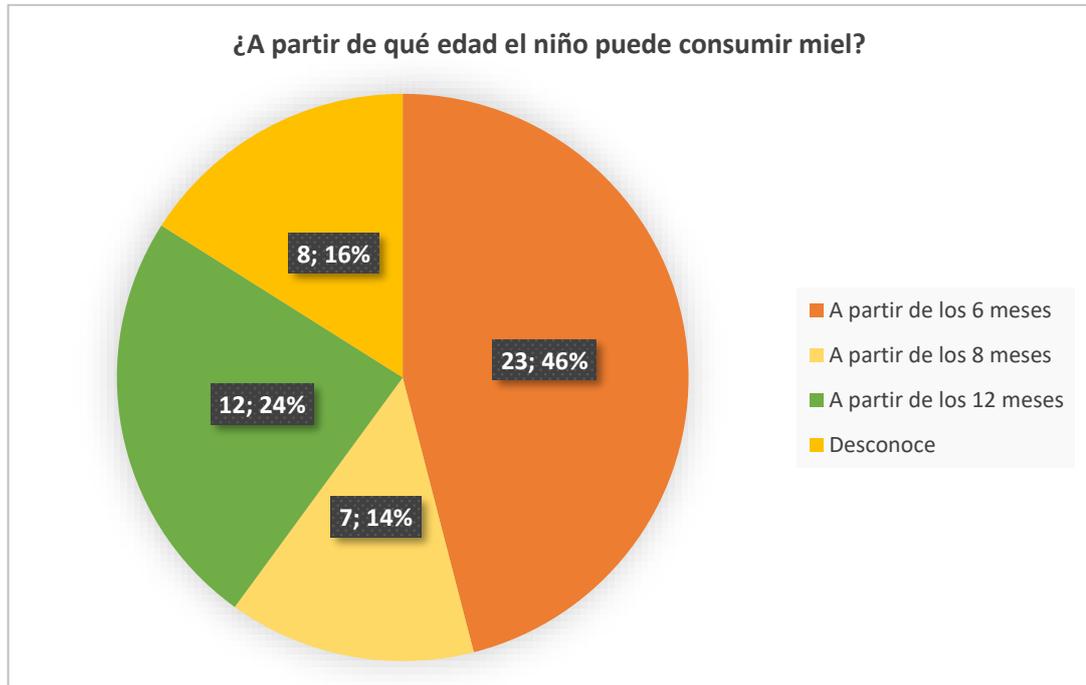


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 15 en Anexo V.

Se recabó que el 92% (46) de los encuestados considera adecuado que los niños consuman postres industrializados y gelatinas. En este sentido, solo un 8% (4) respondieron de forma correcta.



GRÁFICO 15: Consumo de miel.

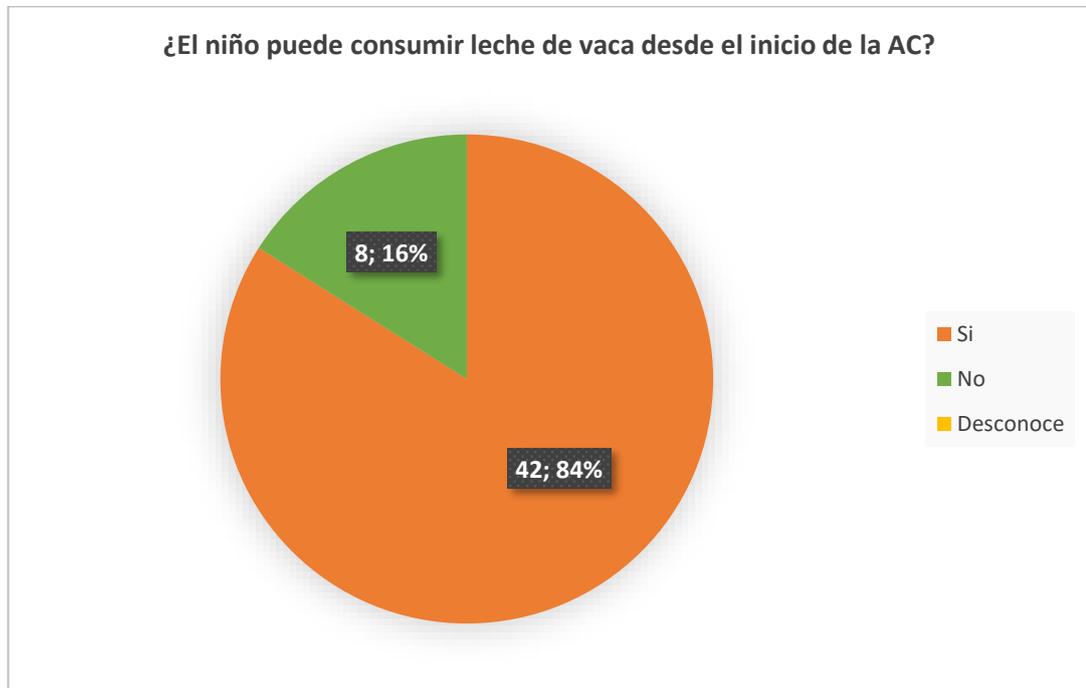


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 16 en Anexo V.

La mayoría de los padres 46% (23) manifestó que los niños pueden consumir miel desde el inicio de la alimentación complementaria. Por otra parte, quienes creen que el momento oportuno se da a los 8 meses conforman el 14% (7) de la muestra. Además, se observó un 16% (8) de encuestados que desconocían la temática abordada. De esta forma, solo el 24% (12) tenía en cuenta que el momento adecuado para la incorporación de dicho alimento se da a los 12 meses.



GRÁFICO 16: Incorporación de leche de vaca a la dieta de los niños desde un primer momento.

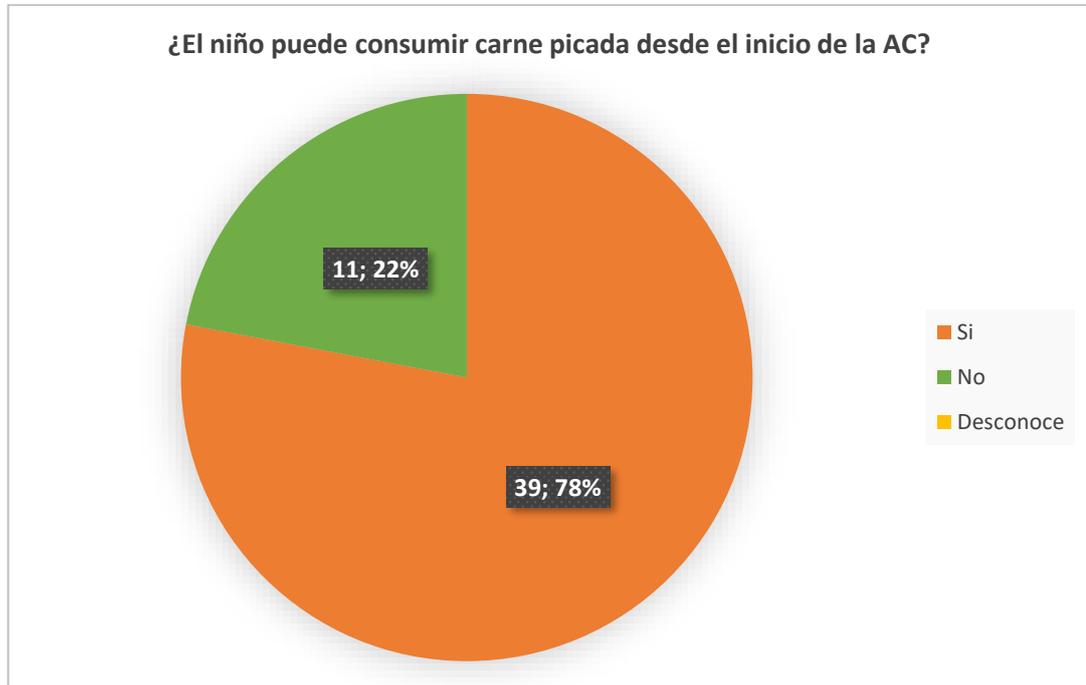


Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 17 en Anexo V.

La mayoría de los encuestados, 82% (41), expresó que la leche de vaca se puede ofrecer al niño desde el inicio de la alimentación complementaria. Mientras que únicamente el 16% (8) respondió adecuadamente.



GRÁFICO 17: Ingesta de carne picada desde un primer momento.



Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 18 en Anexo V.

Del total de la muestra, el 78% (39) de los encuestados refirió que los niños pueden consumir carne picada desde el comienzo de la alimentación complementaria. Sin embargo, el 22% (11) posee conocimientos adecuados sobre la particularidad de dicho alimento.



TABLA 19: Análisis en orden decreciente de las preguntas con mayores respuestas incorrectas.

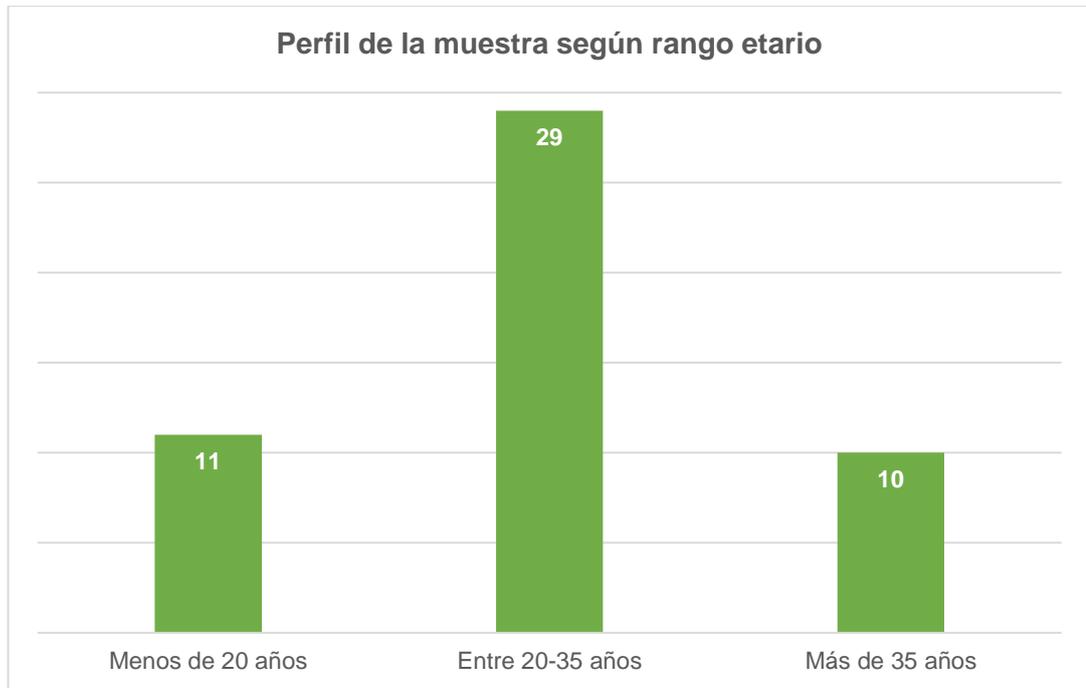
Preguntas	Frecuencia absoluta (fa) de respuestas incorrectas	Frecuencia porcentual (%) de respuestas incorrectas
Preguntas 13: ¿El niño puede consumir postrecitos industrializados y gelatinas?	46	92%
Preguntas 11: En la elaboración de la comida del niño, ¿puede agregarse alguna de las siguientes opciones?	44	88%
Pregunta 15: ¿El niño puede consumir leche de vaca desde el inicio de la AC?	42	84%
Pregunta 4: ¿Con qué grupos de alimentos se debe iniciar la AC?	40	80%
Pregunta 16: ¿El niño puede consumir carne picada desde el inicio de la AC?	39	78%
Pregunta 14: ¿A partir de qué edad el niño puede consumir miel?	38	76%
Pregunta 5: Preparaciones donde predominen vegetales de hojas verdes (acelga, espinaca, lechuga, achicoria, rúcula, berro, hojas de remolacha), ¿pueden brindarse desde el momento en el que inicia la AC?	35	70%
Pregunta 8: La forma correcta de dar los alimentos complementarios es:	35	70%
Pregunta 12: ¿El niño puede recibir alguna de las siguientes infusiones?	33	66%
Pregunta 7: La consistencia ideal que deben tener las comidas al inicio de la AC es:	32	64%
Pregunta 9: ¿A partir de qué edad el niño puede ingerir los alimentos que consume la familia?	28	56%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.



Para dicho análisis, se ordenaron de forma decreciente aquellas preguntas de la encuesta en las que al menos el 50% de la muestra (25) contestó de forma incorrecta. De este modo pudo observarse que fueron 11 (69%) las preguntas a las que gran parte de los encuestados no pudieron contestar con precisión.

GRÁFICO 18: Perfil de la muestra.



Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.

A través del Gráfico 18 se pretende mostrar la diferente cantidad de personas que conforma cada grupo etario.

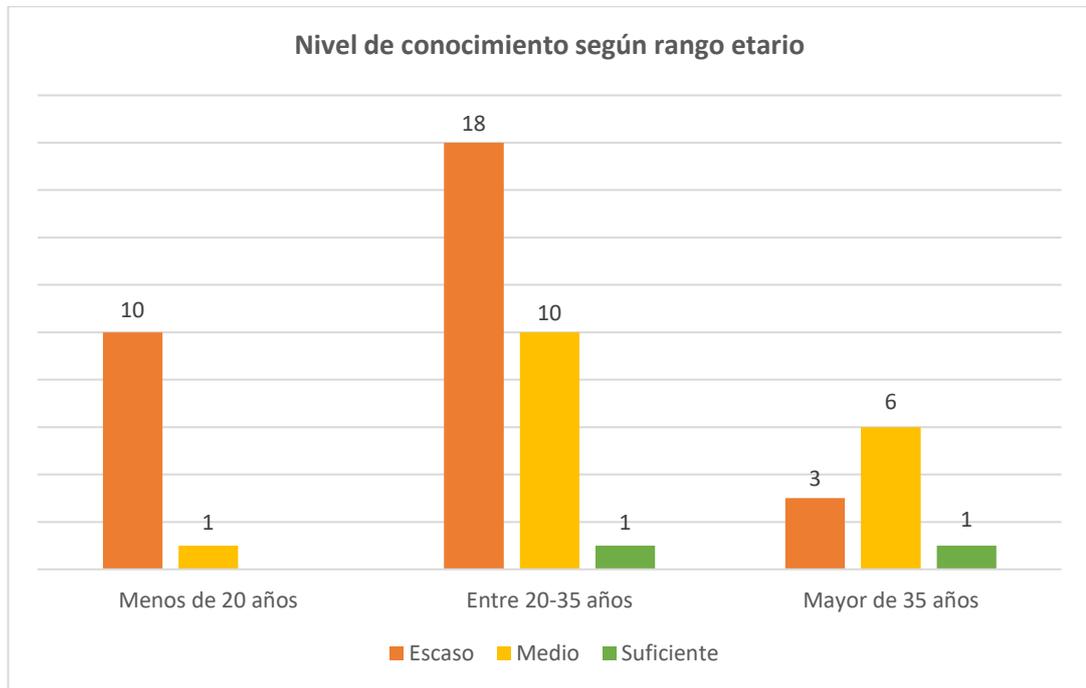
TABLA 20: Categorización del nivel de conocimiento correspondiente a cada grupo etario analizado.

Nivel de conocimiento	Menos de 20 años	Entre 20-35 años	Mayor de 35 años
Escaso	10	18	3
Medio	1	10	6
Suficiente	0	1	1
Total de personas por rango etario	11	29	10

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.



GRÁFICO 19: Representación gráfica a través de barras del nivel de conocimiento según rango etario.



Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.

En la Tabla 20 y Gráfico 19 se observa que, de las 11 personas menores de 20 años, ninguna tuvo un nivel de conocimiento suficiente, en este sentido, se puede plantear que poseen un conocimiento escaso sobre la AC.

Por su parte, el grupo etario comprendido entre los 20 y 30 años de edad, que concentra la mayor parte de la muestra (29), presenta solo una persona que obtuvo un nivel de conocimiento suficiente, aunque en la mayor cantidad del grupo prevaleció un nivel escaso. Por último, aquellos padres mayores de 35 años demostraron tener un nivel de conocimiento con mayor distribución entre los tres niveles.



TABLA 21: Relación entre los niveles de conocimiento y los rangos etarios.

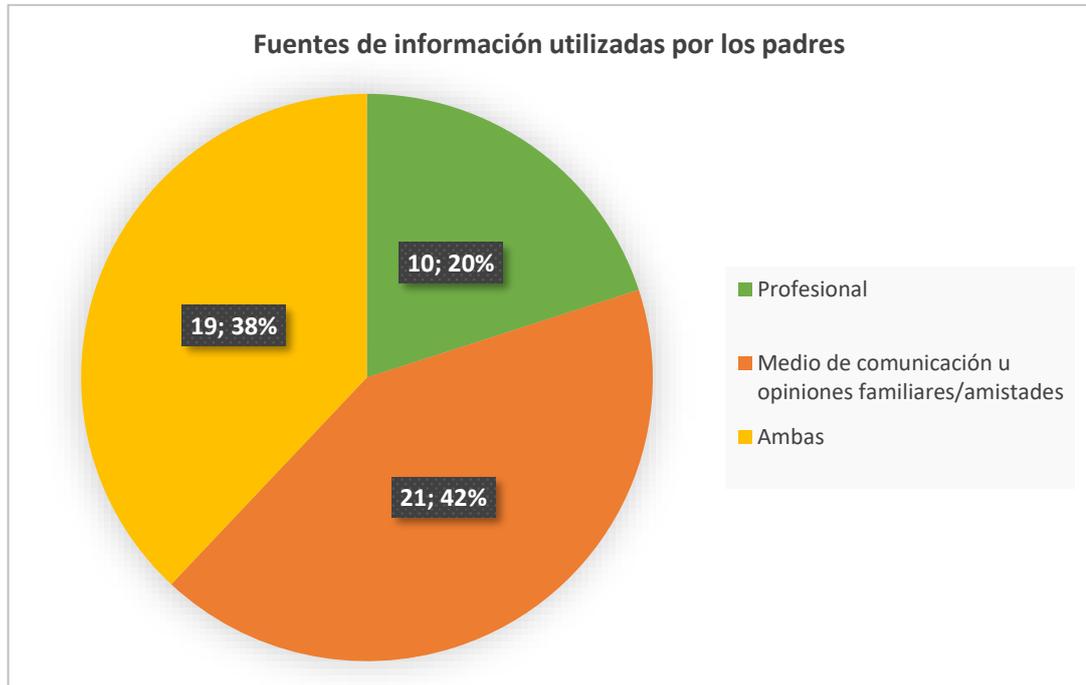
	Menos de 20 años	Entre 20-35 años	Mayor de 35 años
Relación entre nivel escaso y total de personas por rango	91%	62%	30%
Relación entre nivel medio y total de personas por rango	9%	35%	60%
Relación entre nivel suficiente y total de personas por rango	0%	3%	10%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.

Con el propósito de evitar el sesgo generado ante la diferencia entre la cantidad de personas en cada grupo etario, se presentan los resultados relacionando el nivel de conocimiento según la edad de los padres. De esta forma, se logra percibir que conforme aumenta la edad de los padres, el nivel de conocimiento incrementa.



GRÁFICO 20: Fuentes de información utilizadas por los padres.



Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022. Ver Tabla 22 en Anexo V.

Del total de la muestra (N=50), la mayoría 42% (21), señaló utilizar redes sociales, vídeos online, revistas, programas de televisión u opiniones de familiares o amigos para interiorizarse respecto a la alimentación complementaria de sus bebés. En otro orden de ideas, quienes señalaron guiarse únicamente por las consultas de profesionales de la salud, fueron solo el 20% (10) del total. Asimismo, una gran parte de los padres, 38% (19) indicó hacer uso de ambas fuentes de información.



DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento y describir las fuentes de información sobre alimentación complementaria que presentan los padres de niños de 6 a 24 meses. Para tal fin, se entrevistó a quienes asistieron a la consulta pediátrica del Centro de “San Lorenzo Padre Gasparotto” en el año 2022. Principalmente, se buscó determinar si la muestra conoce los aspectos generales vinculados a la alimentación complementaria recomendados por las guías oficiales.

Los resultados obtenidos demuestran que el nivel de conocimiento que presentó la muestra (N=50) es predominantemente escaso en un 62% (31) de los encuestados. En tal sentido, los niveles son notablemente más bajos que los obtenidos en un estudio observacional descriptivo realizado en Perú por Gamarra-Atero et al. (2010), donde los resultados mostraron que del total de la muestra (N=161), el 81% de las madres participantes poseían niveles de conocimientos altos. Asimismo, en la revisión bibliográfica propuesta por Sierra Zúñiga et al. (2017) se concluyó que en Latinoamérica la mayoría de los estudios llevados a cabo desde el año 2001 hasta el 2016 exponen que las madres tienen un nivel intermedio de conocimientos sobre el tema.

Siguiendo con dicha línea de investigación, resulta importante destacar un estudio descriptivo transversal más actual, realizado en Cuba por Ajete Careaga (2017). En él se observó -al igual que en el presente trabajo- que no todas las madres (N=115) poseían conocimientos adecuados sobre los alimentos que debían brindar al niño a partir del primer año de vida. Cabe aclarar que las madres fueron clasificadas teniendo en cuenta los mismos rangos etarios que en esta tesina, predominando de forma coincidente aquellas que tienen entre 20 y 35 años.

Por su parte, Forero et al. (2018) tomaron una muestra similar a la del presente estudio (N=43) e identificaron aquellos aspectos que facilitan o dificultan el momento en que los bebés comienzan a alimentarse. Se observó que quienes se encargaban de la alimentación de los niños recibieron consejos por parte de mujeres del entorno familiar, principalmente de sus madres, suegras, hermanas, abuelas y cuñadas. Además, el internet fue una de las fuentes de información más consultadas, principalmente por las encuestadas más jóvenes. De forma coincidente, este trabajo detalló que el 62% de los padres utilizan internet y reciben sugerencias de sus amigos o familiares. Únicamente el 10% de los encuestados refirieron guiarse de los consejos brindados por los profesionales de la salud, en este sentido se puede



afirmar que la experiencia de la AC está más influenciada por el entorno cercano, que por los expertos en la materia.

Ahora bien, el mayor desconocimiento observado radica en aquellos alimentos más críticos durante esta etapa biológica. Se destaca que el 92% (46) de los padres brinda postres industrializados y gelatinas desde los inicios de la AC, lo que concuerda con el trabajo realizado en Cuba por Ajete Careaga (2017) en el cual se dio a conocer que el 88,4% de los participantes afirmaron ofrecer gelatina a sus niños y, además, la categorizan como un alimento nutritivo.

En lo referente al uso de ingredientes culinarios, tales como: azúcar, sal, manteca y edulcorantes, el 88% (44) de los encuestados mencionaron que los utilizan en las preparaciones de sus bebés. De manera similar, García Casusol y Risco de Bocanegra (2021) mostraron en su investigación llevada a cabo en Perú, que el 76% de las madres (N=151) tienen prácticas inadecuadas en cuanto al uso de dichos productos alimenticios.

Un hallazgo alarmante en el trabajo de Perales-Huerta et al. (2019) demuestra que -de un total de 196 padres de niños mexicanos menores a 12 meses- un 83% les ofrece jugos industrializados, e incluso la frecuencia de consumo resultó excesiva. De esta forma, el 99% de los lactantes tuvieron una ingesta inmoderada de alimentos ultraprocesados. Un dato no menor fue que este tipo de alimentos son utilizados como “recompensa”.

En contraposición al trabajo anteriormente mencionado, Ajete Careaga (2017), efectuó un estudio mediante el cual notó una baja proporción de madres (15.8%) que utilizaban alimentos como premio o castigo. Esto último coincide con los datos obtenidos en la presente investigación (3; 6%). En adición, los resultados evidenciaron que el 35,8% de las encuestadas limitaron la participación del niño en su propia alimentación, afectando de esta forma el normal aprendizaje y familiarización con el acto de comer, tal como se observó en el 64% de esta tesina.

Siguiendo con el estudio de Ajete Careaga, se observó que todas las participantes (N=115) presentaron escaso conocimiento sobre la edad de introducción de determinados alimentos y la continuidad de la lactancia materna en dicha etapa, resultados similares a los obtenidos en este trabajo.

En otro orden de ideas, resultó alarmante la información recopilada al respecto de la edad óptima para la introducción de carne picada a la dieta de los niños, puesto que 39 madres, es decir, el 78% sostuvo que la misma puede incorporarse al inicio de la AC. El mismo problema



fue observado en el estudio de Rivero et al. (2013), donde se encontró que los principales factores asociados a la infección por *Escherichia coli* shigatoxigénica derivan del consumo de carne picada.

Asimismo, la leche de vaca resultó ser otro alimento cuya edad óptima de incorporación fue desconocida por la mayoría de los padres encuestados en dicho trabajo (84%; 42). La falta de información se vuelve inquietante al considerar los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica realizada por Guillén-López y Vela-Amieva (2010), donde se encontró que el factor etiológico más común (44%) para el desarrollo de anemia en una muestra de 160 niños de 0 a 1 año de edad era la alimentación con leche de vaca.

Cabe destacar que dentro de las preguntas con mayores aciertos (84%; 42) se encuentran las correctas prácticas de higiene al momento de preparar los alimentos. De forma similar al estudio de Garcia Casusol y Risco de Bocanegra (2021), donde concluyeron que el 86% de las madres lleva a cabo una adecuada manipulación de la comida que ingieren los niños.

Finalmente, resulta importante reconocer que una de las limitaciones del presente estudio fue que (en Latinoamérica), gran parte de la literatura referida al nivel de conocimiento sobre el tema abordado se presenta en forma de tesis de grado o literatura gris (semi-publicada). Por otra parte, si bien la muestra resultó duplicarse a lo anteriormente propuesto en el anteproyecto, se encontraron dificultades a la hora de continuar adicionando padres. Esto se debe a que los niños mayores a un año realizan sus controles cada 3 meses, sumado a que la tasa de inasistencia es elevada. Asimismo, una gran cantidad de niños se encuentran registrados en el sistema del recinto, pero han realizado solamente una consulta, dejando de asistir a los controles.



CONCLUSIÓN

Luego de analizar los resultados obtenidos mediante el trabajo de campo y de realizar una comparación con otras investigaciones, se arribó a una serie de conclusiones que a continuación se enuncian.

En primer lugar, se pudo observar que del total de la muestra en estudio (N=50), el 62% de los padres respondió incorrectamente al menos 9 de las preguntas relativas al conocimiento. De este modo se puede deducir que el nivel de conocimiento predominante fue escaso. En contraposición, se advirtió que un escaso porcentaje (el 4%) de los encuestados obtuvo un nivel de conocimiento suficiente, al responder al menos 13 preguntas de forma acertada.

Estos resultados permiten afirmar que gran parte de los encuestados (padres de niños de 6 a 24 meses) poseen escasa información sobre el proceso de Alimentación Complementaria de sus hijos. Siguiendo con esta línea, también se puso de relieve que los adultos introducen tempranamente alimentos perjudiciales para el niño que inicia su AC. Como ejemplo de esto, se pueden mencionar: miel, carne picada, leche de vaca, preparaciones donde abundan vegetales verdes y alimentos de consumo familiar.

Asimismo, es alarmante el exponencial número de encuestados que consideraron adecuado brindar alimentos desaconsejados por los expertos a sus bebés, principalmente postrecitos industrializados y gelatinas. De igual manera, se advirtió que un elevado porcentaje de padres creyeron pertinente ofrecer infusiones y preparaciones con agregado de sal, azúcar, edulcorante o manteca a sus niños. La gravedad del desconocimiento al respecto de la temática aquí abordada radica en dos problemas centrales:

- Las enfermedades que se pueden contraer por el consumo inapropiado de determinados alimentos: anemia ferropénica, metahemoglobinemia, botulismo, síndrome urémico hemolítico, entre otras).
- Enfermedades crónicas no transmisibles, que se pueden desencadenar a largo plazo ante hábitos alimenticios inadecuados.

En segundo lugar, se observaron falencias en el sistema de salud en cuanto a la transmisión de conocimientos hacia los padres. Ante esta situación, los mismos acceden a herramientas complementarias como redes sociales, vídeos online, revistas y/o televisión en busca de información sobre la temática. Sin embargo, en dichas plataformas escasean las campañas oficiales de educación alimentaria o promoción de la salud. Por tal motivo, los



padres son más permeables a recomendaciones de allegados, siendo el ámbito familiar un medio donde se mantienen viejos mitos y prácticas ligadas a la cultura de cada grupo social.

No obstante, es relevante destacar que el 20% (10) de los padres mencionó que no obtiene información de ninguna otra fuente que no sean consultas profesionales, lo cual expone la importancia de ofrecer información unificada y actualizada desde las instituciones de salud. De este modo, se espera que los resultados del presente trabajo estimulen a los profesionales de la salud a mantenerse actualizados en la temática. Además, es crucial que se intente establecer un vínculo ameno con los pacientes, a fin de transmitirles información correcta y completa, ayudando así a revertir los porcentajes desfavorables que se han puesto de manifiesto mediante esta investigación.

Sintetizando, este estudio se llevó a cabo con el fin de dar entidad a la salud de los pacientes pediátricos. Del mismo modo, emergió la necesidad de poner énfasis en la sostenibilidad de las prácticas educativas en el ámbito de la salud, para así lograr modificar las bases de los problemas alimentarios que perjudican a la población infantil. Desde aquí se entiende que para resolver dicha problemática es necesario que los profesionales del área conozcan la dinámica de la educación alimentaria de los niños en Argentina.

Como futura línea de investigación sería pertinente realizar un análisis del nivel de conocimiento de padres que asisten a una entidad de salud pública, en comparación con aquellos que concurren a una privada. Otro eje en el cual profundizar podría ser la evaluación de las prácticas alimentarias y frecuencia de consumo de alimentos durante la ACO. Asimismo, se recomienda continuar efectuando estudios que evalúen los conocimientos sobre ACO, para identificar las necesidades de capacitación de padres y cuidadores.



RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, en este apartado se mencionan algunas recomendaciones que podrían implementarse para mejorar la desinformación observada en los padres.

Principalmente, se torna crucial que se estimule el interés de los profesionales por mantenerse actualizados en lo que respecta a la ACO. De igual manera, se les recomienda establecer un vínculo estrecho con los padres, porque de este modo se los estimula a realizar las consultas pertinentes sobre la salud alimenticia de los niños. Asimismo, resulta más sencillo transmitirles los saberes que ayudarán a efectuar una correcta ACO.

Al momento de brindar asesoramiento nutricional en esta etapa crítica de la vida, resulta esencial el trabajo interdisciplinario, especialmente entre pediatras y nutricionistas. Como se ha evidenciado, una problemática frecuente en los ámbitos de salud radica en que el accionar de estos últimos se limita al tratamiento de patologías particulares en donde se debe adaptar la dieta del niño. No obstante, se sugiere la inclusión de los nutricionistas en el abordaje de los pacientes pediátricos en la atención primaria de la salud. Además, deberían acompañar la educación alimentaria de los padres o cuidadores que asisten a los consultorios, a modo de prevenir dificultades vinculadas con la nutrición infantil.

Así también, se vuelve imprescindible que el personal de salud a cargo de los programas de vigilancia pediátrica implemente estrategias acordes a las condiciones socioeconómicas y culturales de los padres, con el objetivo de enseñarles a diseñar un plato equilibrado con los diferentes grupos de alimentos coincidentes con cada etapa biológica.

Por otra parte, considerando que en las primeras etapas de crecimiento se establecen las preferencias y hábitos alimentarios que prevalecen en la vida adulta, resulta fundamental brindar a los padres herramientas nutricionales adecuadas para poder transitar este período. La relevancia actual de los medios de comunicación podría resultar provechosa divulgar educación nutricional basada en fuentes de información científicas y oficiales.

Finalmente, se presenta el folleto realizado con el aval de la Licenciada en Nutrición Fiorela Suppo, directora del presente trabajo investigativo, en el cual se enfatizan aquellos aspectos de la ACO que presentaron mayores inconvenientes. El mismo fue entregado al Centro de Salud "San Lorenzo Padre Gasparotto", ubicado en calle Amenábar 4057 de la ciudad de Santa Fe.





LACTANCIA MATERNA

Es la introducción de alimentos sólidos o líquidos que acompañan a la lactancia

SE ACONSEJA QUE LA LACTANCIA SE SOSTENGA HASTA LOS 2 AÑOS.

Debe sostenerse de manera exclusiva hasta los 6 MESES

↓

EN ESTE MOMENTO, LA LECHE MATERNA DEJA DE SER SUFICIENTE PARA ATENDER LAS NECESIDADES NUTRICIONALES DEL LACTANTE. ASÍ, COMIENZA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.



ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

A partir de los 6 meses

Frutas y verduras

EVITANDO VERDURAS CRUDAS Y PREPARACIONES DONDE ABUNDEN VEGETALES DE HOJAS VERDES.

Cereales (ARROZ, MAÍZ, FÉCULA DE MAÍZ, AVENA COCIDA)

EVITANDO LOS CEREALES INTEGRALES.

Carnes (VACA, POLLO, PESCADO)

QUITANDO GRASA VISIBLE Y PIEL.

Huevo

7 a 9 meses

A LOS ALIMENTOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS SE AÑADEN:

- Legumbres** (POROTOS, GARBANZOS, ARVEJAS, LENTEJAS)

EVITAR LA SOJA.
PREFERENTEMENTE COMBINARLAS CON CEREALES, HUEVO, CARNE Y CÍTRICOS (PARA FAVORECER ABSORCIÓN DEL HIERRO).

9 a 12 meses

SE PUEDEN COMENZAR A INTRODUCIR:

- Vegetales de hojas verdes**

ACELGA, ESPINACA, LECHUGA, ACHICORIA, RÚCULA, BERRO

A partir de los 12 meses

Leche de vaca entera y derivados (YOGURT, QUESOS)

Miel

LA carne picada

DEBE INCORPORARSE A PARTIR DE LOS **5 años**

Se desaconseja:

- Azúcar, edulcorantes y sal
- Manteca
- Bebidas azucaradas
- Soja
- Infusiones (TÉ, CAFÉ, MATE, MATE COCIDO, TERERÉ)

Se aconseja:

PERMITIR QUE EL NIÑO COMA SOLO, ASISTIENDO EN LAS PREPARACIONES QUE LO REQUIERAN



BIBLIOGRAFÍA

- Ajete Careaga, S. B. (2017). Conocimiento, actitudes y prácticas alimentarias de madres con niños de 6 a 24 meses en Cuba. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 16(4), 10-19.
- Asociación Española de Pediatría (2018). Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria.
- Cruz, R. (2018). El consumo de leche de vaca en menores de 01 año produce sangrado intestinal o contribuye a la anemia ferropénica. *Revisión en Nutrición Pública*, 12(1), 1864-1869.
- Cuadros-Mendoza, C.A., Vichido-Luna, M.A., Montijo-Barrios, E., Zárate-Mondragón, F., Cadena-León, J.F., Cervantes-Bustamante, R., Toro-Monjárez, E. y Ramírez-Mayans, J.A. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. *Acta Pediátrica de México*, 38(3), 182-201. doi: 10.18233/apm38no3pp182-2011390.
- Cusminsky, M., Lejarraga, H., Mercer, R., Martell, M. y Fescina, R. (1993). *Manual de crecimiento y desarrollo del niño*. Washington, D. C.: OPS.
- Forero, Y., Hernández, A., y Morales, G. (2018). Lactancia materna y alimentación complementaria en un grupo de niños y niñas atendidos por un programa de atención integral en Bogotá, Colombia. *Revista Chilena de Nutrición*, 45(4), 356-362.
- Gamarra-Atero, R., Porroa-Jacobo, M. y Quintana-Salinas, M. (2010) Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina*, 71(3), 179-183.
- Gracia Casusol, C.R.S. y Risco de Bocanegra, D.D. (2021) Conocimiento y prácticas maternas sobre alimentación complementaria en un centro de salud de Lambayeque, Perú. *Acc Cietna: para el cuidado de la salud*, 9(1), 120 -134.
- Guillén-López, S. y Vela-Amieva, M. (2010). Desventajas de la introducción de la leche de vaca en el primer año de vida. *Acta Pediátrica de México*, 31(3), 123-128.
- Lorenzo, J., Gidoni, M. E., Diaz, M., Marenzi, M. S., Lestingi, M. E, Lasivita, J., Isely, M. B., Bozal, A. y Bondarczuk, B. (2019). *Nutrición del niño sano* (1ra edición). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Corpus.
- Macias, S.M., Rodríguez, S. y Ronayne de Ferrer, P.A. (2013). Patrón de alimentación e incorporación de alimentos complementarios en lactantes de una población de bajos recursos. *Revista Chilena de Nutrición*, 40(3), 235-242. doi: 10.4067/S0717-75182013000300004.



- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación (2009). Guías Alimentarias para la población infantil.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2019). Guía de alimentación complementaria segura y saludable (GACSS). Complementa la lactancia materna.
- Noguera Brizuela, D., Márquez, J.C., Campos Cavada, I., y Santiago, R. (2013). Alimentación complementaria en niños sanos de 6 a 24 meses. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 76(3), 126-135.
- Organización Mundial de la Salud (2002). 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Mundial de la Salud (2022). Alimentación complementaria. Recuperado de: https://apps.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/index.ht
- Perales-Huerta, L., Álvarez-Zaragoza, C., Vásquez-Garibay, E.M., Larrosa-Haro, A., Romero-Velarde, E. y Cervantes-Medina, R. (2019). Diferencias por género en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en lactantes de 15 a 24 meses de la zona metropolitana de Guadalajara, México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 69(1), 50-58.
- Pérez, H., Rubio, C., Pozuelo, M.R., Revert, C. y Hardisson, A. (2003) Botulismo y toxina botulínica. *Revista de Toxicología*, 20(1), 8-12.
- Real Academia Española. (2021). Diccionario de la lengua española. Recuperado de: <http://www.rae.es/>.
- Rivero, M.A., Padola, N.L., Etcheverría, A.I. y Prama, A.E. (2004). Escherichia coli enterohemorrágica y Síndrome Urémico Hemolítico en Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 64, 352-356.
- Rivero, M., Passucci, P., Lucchesi, P., Signorini, M., Alconcher, L., Rodríguez, E., Rocha Martín, V., Meneguzzi, B., San Juan, F., Ballesteros, F. y Tarabla, H. (2013) Epidemiología del síndrome urémico hemolítico en dos regiones de la Provincia de Buenos Aires. *Medicina (Buenos Aires)*, 73(2), 127-135.
- Spipp, J.P., Marri, D.A., Llanes, I., Rivas, F.P. y Riemersman, C.N. (2020) Validación de un instrumento para identificar conocimientos y prácticas maternas de alimentación complementaria en una población vulnerable. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 26(2), 1-13.



- Zapata, M. E., Fortino, J., Palmucci, C., Padrós, S., Palanca, E., Vanesia, A. y Carmuega, E. (2015). Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, según los indicadores básicos propuestos por la OMS, en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario, Argentina. *Dieta*, 33(150), 12-20.
- Zúñiga, M.F.S., Holguín, C., Mamián, A.M. y Delgado-Noguera, M. (2017). Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria en Latinoamérica: revisión narrativa. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca*, 19(2), 20-28.



ANEXOS



Anexo I

Carta de intención

Santa Fe, 10 de Mayo de 2022

Sra. Coordinadora General de Tesinas
Licenciatura en Nutrición
Lic. Delfina Stamatti

De mi mayor consideración:

Por la presente tengo el agrado de comunicar a Ud. la intención de abordar en mi Proyecto de Tesina la temática sobre el conocimiento de alimentación complementaria que tienen los padres y fuentes de información del mismo, siendo su título tentativo “Conocimiento y fuentes de información sobre alimentación complementaria de los padres de niños de 6 a 24 meses que asisten a la consulta pediátrica del Centro de Salud San Lorenzo Padre Gasparotto”.

A continuación, se consigna la información requerida por el Reglamento de Tesina vigente:

Pregunta del problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que presentan los padres de niños de 6 a 24 meses que asisten al Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto”? ¿Y cuáles son las fuentes de información de los mismos?

Antecedentes

En un estudio realizado por Macias et al. (2013) se describieron las prácticas de alimentación en niños menores de 2 años que asisten al Hospital Distrital de Forres, Santiago del Estero, Argentina. El objetivo de este trabajo fue determinar la edad de inicio y tipo de alimentos complementarios incorporados en la dieta de lactantes en una población de escasos recursos socioeconómicos. Se hizo uso de un diseño de investigación cuantitativa, descriptiva de tipo prospectivo y transversal. Se realizaron 240 encuestas estructuradas, resultando como edad promedio de incorporación de alimentos a los 4 meses. Los primeros alimentos incorporados fueron: puré (papa y zapallo, con caldo o sopa), sopa (con sémola) y manzana. Asimismo, el 51% de los niños consumían algún tipo de papilla a los 5 meses y a los 7 meses,



el 94% comían papillas y el 62,5% tomaban mamadera. El 40% comía el guiso familiar (verduras, fideos y carne) y el 30%, mate cocido con pan. Además, se destaca la incorporación temprana de alimentos con alta densidad energética y de nutrientes inadecuados para la edad, la ingesta precoz de gluten y una elevada proporción de consumo de leche de vaca.

Spipp et al. (2020) realizaron un estudio descriptivo transversal para la validación de un instrumento que identifica conocimientos y prácticas maternas de alimentación complementaria (en adelante: AC) en una población vulnerable. El diseño fue llevado a cabo por 6 expertos y un pilotaje cognitivo en 50 madres de niños de 6 a 23 meses de edad de la localidad de Taco Pozo, Chaco, Argentina. La validación del cuestionario resultó satisfactoria para determinar no solo los conocimientos, sino que también las prácticas maternas de AC. El instrumento contó con 40 ítems, distribuidos en 4 bloques, demostrando una excelente comprensión y claridad (97%), y una aceptación que supera el 90% para la coherencia, claridad y relevancia evaluados por los jueces.

Por su parte, Forero et al. (2018) propusieron un estudio cualitativo, fenomenológico y longitudinal, seleccionando a través de una muestra intencionada 43 madres colombianas, a las que se les realizaron entrevistas. El objetivo fue identificar aquellas barreras y facilidades para seguir las recomendaciones nutricionales en relación al inicio de la AC en niños y niñas entre 0 y 24 meses de edad. Dentro de los resultados se destacó la influencia por parte de madres, suegras, hermanas, abuelas y cuñadas, quienes les recomendaron iniciar la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad de los niños. Por lo contrario, expresaron que los profesionales de la salud les sugirieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y posterior a dicho momento, introducir alimentos distintos de la leche materna; sin embargo, no les dieron explicaciones del cómo y porqué seguir dichas sugerencias, como tampoco las consecuencias del inicio temprano de la AC. De igual modo, el internet fue una fuente de información importante en temas relacionados con AC especialmente para las participantes más jóvenes. La alimentación de los niños se caracterizó por un inicio temprano de líquidos y semisólidos, vinculados a percepciones maternas de sed y estreñimiento. En cuanto a los alimentos semisólidos, el momento de inicio fue variado, aunque la mayoría comenzó a los 5 meses con motivos de que el niño se acostumbre tempranamente a dicha textura.



Objetivo General

Evaluar el nivel de conocimiento y describir las fuentes de información sobre alimentación complementaria que presentan los padres de niños de 6 a 24 meses que asisten a la consulta pediátrica del Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto”.

Objetivos Específicos

1. Recolectar información sobre el conocimiento de los padres en materia de alimentación complementaria.
2. Determinar si los conocimientos que poseen los padres son acordes a las recomendaciones sobre alimentación complementaria.
3. Reconocer cuáles son las fuentes de información sobre prácticas de alimentación complementaria utilizadas por los padres.

Referente empírico

La Tesina se llevará a cabo en el Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto” de la ciudad de Santa Fe, ubicado en calle Amenábar 4057.

La muestra será escogida de forma intencional e incluirá a los padres de niños de 6 a 24 meses que asisten a la consulta pediátrica del recinto.

Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación será de índole cuali-cuantitativo: cualitativo en tanto permitirá evaluar el conocimiento en materia de alimentación complementaria de los padres de niños de 6 a 24 meses; y cuantitativo ya que hará uso de la estadística aplicada, permitiendo la medición numérica, descripción y posterior análisis de los datos de la variable investigada.

Asimismo, adoptará un enfoque metodológico de tipo descriptivo, ya que buscará medir las características a estudiar con el objetivo de lograr una descripción de las mismas. Por otro lado, el enfoque observacional permitirá constatar y medir las variables tal como se presentan en la realidad, sin ningún tipo de intervención.

Por último, en términos temporales será de tipo transversal, puesto que no se realizará un seguimiento de los individuos, sino que se investigará la variable tomando los datos en un solo momento, por única vez.



Conocimiento y fuentes de información sobre alimentación complementaria

Asimismo, informo que he obtenido aval de la Licenciada en Nutrición Suppo Fiorela MAT. 1336 quien se desempeñará como Directora de la Tesina.

Sin más, aprovecho la oportunidad para saludarla atentamente.

Firma del alumno

Aclaración: Angelucci, Bianca

DNI: 39127806

Firma del Director

Aclaración: Suppo, Fiorela

DNI: 33475912

Recibida la Carta de Intención del alumno/a _____
_____, y su Proyecto de Tesina titulado provisoriamente
_____,
_____,
la Comisión Asesora aprueba el abordaje de la temática propuesta y asigna la dirección del Proyecto de Tesina a _____.
Regístrese, comuníquese y archívese.



Anexo II

Carta de autorización dirigida a la coordinación del Centro de Salud “San Lorenzo Padre Gasparotto”.

Ciudad Santa Fe, _____ de _____ del 2022

Sr/a coordinador/a: _____

Quien subscribe Lic. STAMATTI, Delfina, Coordinadora de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay, Centro Regional Santa Fe, me dirijo a usted, con el fin de solicitar autorización para que la alumna de 4° año de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la misma Universidad,

ANGELUCCI, Bianca, pueda concurrir al establecimiento que usted dirige, con el objetivo de realizar un estudio que les permitirá obtener su título de grado. El mismo consistirá en seleccionar voluntarios que deseen participar de su estudio el cual se enmarca bajo el siguiente título: “CONOCIMIENTO Y FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LOS PADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES QUE ASISTEN A LA CONSULTA PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD SAN LORENZO PADRE GASPAROTTO”. Los datos obtenidos se utilizarán para la elaboración de la Tesina.

Cabe aclarar que la alumna dispone un Seguro de Vida que cubre su tarea diaria, y que está enmarcada de acuerdo a las disposiciones vigentes del plan de estudio de la carrera Licenciatura en Nutrición, Resolución N° 482/03 del Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología.

Sin más, y a la espera de una respuesta favorable a lo solicitado, quedando a su entera disposición, la saluda muy atte.

Firma y aclaración



Anexo III

Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020)

Instrucciones: Marque con una X las respuestas que usted considere adecuada. Elija una sola opción para cada pregunta y, por favor, no deje ninguna sin responder:

¿Cuál es su edad?

- Menos de 20 años Entre 20 y 35 años Más de 35 años

¿Ha recibido información o asesoramiento sobre alimentación complementaria (AC)?

- Por medio de una consulta médica/nutricional/con otro profesional de la salud, o sitio web oficial.
- Por medio de redes sociales, videos online, revistas, televisión u opiniones de familiares/amigos.
- Ambas

Pregunta 1: La alimentación complementaria es:

a	Inicio de alimentos sólidos y líquidos diferentes de la leche materna	b	Inicio de alimentos semisólidos solamente	c	Inicio de la dieta familiar	d	Desconoce
---	---	---	---	---	-----------------------------	---	-----------

Pregunta 2: ¿A qué edad el niño debe comenzar a recibir la AC?

a	A partir de los 4 meses	b	A partir de los 6 meses	c	A partir de los 8 meses	d	Desconoce
---	-------------------------	---	-------------------------	---	-------------------------	---	-----------

Pregunta 3: Al empezar con la AC, ¿el bebé debe seguir tomando el pecho?

a	Si	b	No	c	Desconoce
---	----	---	----	---	-----------

Pregunta 4: ¿Con qué grupos de alimentos se debe iniciar la AC?

a	Solamente frutas y vegetales	b	Vegetales, frutas y leche de vaca	c	Vegetales, cereales, frutas, huevo y carne progresando	d	Desconoce
---	------------------------------	---	-----------------------------------	---	--	---	-----------

Pregunta 5: Preparaciones donde predominen vegetales de hojas verdes (acelga, espinaca, lechuga, achicoria, rúcula, berro, hojas de remolacha), ¿pueden brindarse desde el momento en el que inicia la AC?

a	Si	b	No	c	Desconoce
---	----	---	----	---	-----------

Pregunta 6: ¿Cuántas veces al día debe recibir alimentos el niño que inicia con la AC?

a	1 vez al día	b	2 a 3 veces al día	c	4 a 5 veces al día	d	Desconoce
---	--------------	---	--------------------	---	--------------------	---	-----------



Conocimiento y fuentes de información sobre alimentación complementaria

Pregunta 7: La consistencia ideal que deben tener las comidas al inicio de la AC es:

a	Sopas y líquidos	b	Blandas o semisólidas	c	Picados en trozos	d	Desconoce
---	------------------	---	-----------------------	---	-------------------	---	-----------

Pregunta 8: La forma correcta de dar los alimentos complementarios es:

a	Darle todos los alimentos de forma asistida	b	Permitir que coma solo, asistiendo en las preparaciones que lo requieran.	c	Darle premios y juegos para que coma	d	Desconoce
---	---	---	---	---	--------------------------------------	---	-----------

Pregunta 9: ¿A partir de qué edad el niño puede ingerir los alimentos que consume la familia?

a	Antes de los 6 meses	b	A partir de los 6 meses	c	A partir de los 12 meses	d	Desconoce
---	----------------------	---	-------------------------	---	--------------------------	---	-----------

Pregunta 10: ¿Qué se debe tener en cuenta al momento de preparar las comidas para evitar que el niño se enferme?

a	Lavado de manos y utensilios de cocina	b	Lavar las frutas y verduras con agua potable	c	Cocinar adecuadamente los alimentos	d	Todas las anteriores
---	--	---	--	---	-------------------------------------	---	----------------------

Pregunta 11: En la elaboración de la comida del niño, ¿puede agregarse alguna de las siguientes opciones?

a	Aceite, manteca, sal y azúcar	b	Sal, azúcar y edulcorante	c	Ninguna	d	Desconoce
---	-------------------------------	---	---------------------------	---	---------	---	-----------

Pregunta 12: ¿El niño puede recibir alguna de las siguientes infusiones?

a	Mate cocido, té y café	b	Mate y tereré	c	Ninguna	d	Desconoce
---	------------------------	---	---------------	---	---------	---	-----------

Pregunta 13: ¿El niño puede consumir postrecitos industrializados y gelatinas?

a	Si	b	No	c	Desconoce
---	----	---	----	---	-----------

Pregunta 14: ¿A partir de qué edad el niño puede consumir miel?

a	A partir de los 6 meses	b	A partir de los 8 meses	c	A partir de los 12 meses	d	Desconoce
---	-------------------------	---	-------------------------	---	--------------------------	---	-----------

Pregunta 15: ¿El niño puede consumir leche de vaca desde el inicio de la AC?

a	Si	b	No	c	Desconoce
---	----	---	----	---	-----------

Pregunta 16: ¿El niño puede consumir carne picada desde el inicio de la AC?

a	Si	b	No	c	Desconoce
---	----	---	----	---	-----------



Anexo IV

Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) con respuestas correctas.

Instrucciones: Marque con una X las respuestas que usted considere adecuada. Elija una sola opción para cada pregunta y, por favor, no deje ninguna sin responder:

¿Cuál es su edad?

- Menos de 20 años Entre 20 y 35 años Más de 35 años

¿Ha recibido información o asesoramiento sobre alimentación complementaria (AC)?

- Por medio de una consulta médica/nutricional/con otro profesional de la salud, o sitio web oficial.
- Por medio de redes sociales, videos online, revistas, televisión u opiniones de familiares/amigos.
- Ambas

Pregunta 1: La alimentación complementaria es:

a	Inicio de alimentos sólidos y líquidos diferentes de la leche materna	b	Inicio de alimentos semisólidos solamente	c	Inicio de la dieta familiar	d	Desconoce
----------	---	----------	---	----------	-----------------------------	----------	-----------

Pregunta 2: ¿A qué edad el niño debe comenzar a recibir la AC?

a	A partir de los 4 meses	b	A partir de los 6 meses	c	A partir de los 8 meses	d	Desconoce
----------	-------------------------	----------	-------------------------	----------	-------------------------	----------	-----------

Pregunta 3: Al empezar con la AC, ¿el bebé debe seguir tomando el pecho?

a	Si	b	No	c	Desconoce
----------	----	----------	----	----------	-----------

Pregunta 4: ¿Con qué grupos de alimentos se debe iniciar la AC?

a	Solamente frutas y vegetales	b	Vegetales, frutas y leche de vaca	c	Vegetales, cereales, frutas, huevo y carne progresando	d	Desconoce
----------	------------------------------	----------	-----------------------------------	----------	--	----------	-----------

Pregunta 5: Preparaciones donde predominen vegetales de hojas verdes (acelga, espinaca, lechuga, achicoria, rúcula, berro, hojas de remolacha), ¿pueden brindarse desde el momento en el que inicia la AC?

a	Si	b	No	c	Desconoce
----------	----	----------	----	----------	-----------

Pregunta 6: ¿Cuántas veces al día debe recibir alimentos el niño que inicia con la AC?

a	1 vez al día	b	2 a 3 veces al día	c	4 a 5 veces al día	d	Desconoce
----------	--------------	----------	--------------------	----------	--------------------	----------	-----------



Conocimiento y fuentes de información sobre alimentación complementaria

Pregunta 7: La consistencia ideal que deben tener las comidas al inicio de la AC es:

a	Sopas y líquidos	b	Blandas o semisólidas	c	Picados en trozos	d	Desconoce
---	------------------	----------	-----------------------	---	-------------------	---	-----------

Pregunta 8: La forma correcta de dar los alimentos complementarios es:

a	Darle todos los alimentos de forma asistida	b	Permitir que coma solo, asistiendo en las preparaciones que lo requieran.	c	Darle premios y juegos para que coma	d	Desconoce
---	---	----------	---	---	--------------------------------------	---	-----------

Pregunta 9: ¿A partir de qué edad el niño puede ingerir los alimentos que consume la familia?

a	Antes de los 6 meses	b	A partir de los 6 meses	c	A partir de los 12 meses	d	Desconoce
---	----------------------	---	-------------------------	----------	--------------------------	---	-----------

Pregunta 10: ¿Qué se debe tener en cuenta al momento de preparar las comidas para evitar que el niño se enferme?

a	Lavado de manos y utensilios de cocina	b	Lavar las frutas y verduras con agua potable	c	Cocinar adecuadamente los alimentos	d	Todas las anteriores
---	--	---	--	---	-------------------------------------	----------	----------------------

Pregunta 11: En la elaboración de la comida del niño, ¿puede agregarse alguna de las siguientes opciones?

a	Aceite, manteca, sal y azúcar	b	Sal, azúcar y edulcorante	c	Ninguna	d	Desconoce
---	-------------------------------	---	---------------------------	----------	---------	---	-----------

Pregunta 12: ¿El niño puede recibir alguna de las siguientes infusiones?

a	Mate cocido, té y café	b	Mate y tereré	c	Ninguna	d	Desconoce
---	------------------------	---	---------------	----------	---------	---	-----------

Pregunta 13: ¿El niño puede consumir postrecitos industrializados y gelatinas?

a	Si	b	No	c	Desconoce
---	----	----------	----	---	-----------

Pregunta 14: ¿A partir de qué edad el niño puede consumir miel?

a	A partir de los 6 meses	b	A partir de los 8 meses	c	A partir de los 12 meses	d	Desconoce
---	-------------------------	---	-------------------------	----------	--------------------------	---	-----------

Pregunta 15: ¿El niño puede consumir leche de vaca desde el inicio de la AC?

a	Si	b	No	c	Desconoce
---	----	----------	----	---	-----------

Pregunta 16: ¿El niño puede consumir carne picada desde el inicio de la AC?

a	Si	b	No	c	Desconoce
---	----	----------	----	---	-----------



Anexo V

Tablas

Tabla 3: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto a la definición de alimentación complementaria.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
Inicio de alimentos sólidos y líquidos diferentes a la leche materna	29	58%
Inicio de alimentos semisólidos solamente	6	12%
Inicio de la dieta familiar	11	22%
Desconoce	4	8%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.

Tabla 4: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto a la edad en la que se debe comenzar la alimentación complementaria.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
A partir de los 4 meses	18	36%
A partir de los 6 meses	30	60%
A partir de los 8 meses	2	4%
Desconoce	0	0%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.

Tabla 5: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto a la lactancia al momento de iniciar la alimentación complementaria.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
Si	44	88%
No	6	12%
Desconoce	0	0%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.



Tabla 6: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto a los grupos de alimentos con los que se debe iniciar la alimentación complementaria.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
Solamente frutas y vegetales	20	40%
Vegetales, frutas y leche de vaca	20	40%
Vegetales, cereales, frutas, huevo y carne progresando	10	20%
Desconoce	0	0%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.

Tabla 7: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto al consumo de preparaciones donde predominen vegetales de hojas verdes desde el inicio de la alimentación complementaria.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
Si	35	70%
No	15	30%
Desconoce	0	0%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.

Tabla 8: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto a la frecuencia de consumo de alimentos complementarios en un principio.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
1 vez al día	12	24%
2 a 3 veces al día	33	66%
4 a 5 veces al día	5	10%
Desconoce	0	0%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.



Tabla 9: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto a la consistencia ideal de las comidas al comienzo de la alimentación complementaria.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
Sopas y líquidos	29	58%
Blandas o semisólidas	18	36%
Picados en trozos	3	6%
Desconoce	0	0%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.

Tabla 10: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto a la forma correcta de alimentar a los bebés.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
Darle todos los alimentos de forma asistida	32	64%
Permitir que coma solo, asistiendo en las preparaciones que lo requieran	15	30%
Darle premios y juegos para que coma	3	6%
Desconoce	0	0%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.

Tabla 11: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto al momento en el cual el niño puede comenzar a ingerir los mismos alimentos que el resto de la familia.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
Antes de los 6 meses	2	4%
A partir de los 6 meses	19	38%
A partir de los 12 meses	22	44%
Desconoce	7	14%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.



Tabla 12: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto a la higiene durante la preparación de las comidas de los niños.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
Lavado de manos y utensilios de cocina	0	0%
Lavar las frutas y verduras con agua potable	2	4%
Cocinar adecuadamente los alimentos	6	12%
Todas las anteriores	42	84%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.

Tabla 13: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto al uso de determinadas sustancias alimentarias en la preparación de la comida de los niños.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
Aceite, manteca, sal y azúcar	36	72%
Sal, azúcar y edulcorante	8	16%
Ninguna	6	12%
Desconoce	0	0%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.

Tabla 14: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto al consumo de infusiones.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
Mate cocido, té y café	25	50%
Mate y tereré	8	16%
Ninguna	17	34%
Desconoce	0	0%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.



Tabla 15: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto al consumo de postrecitos industrializados y gelatinas.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
Si	46	92%
No	4	8%
Desconoce	0	0%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.

Tabla 16: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto al consumo de miel.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
A partir de los 6 meses	23	46%
A partir de los 8 meses	7	14%
A partir de los 12 meses	12	24%
Desconoce	8	16%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.

Tabla 17: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto a la incorporación de la leche de vaca a la dieta de los niños desde un primer momento.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
Si	42	84%
No	8	16%
Desconoce	0	0%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.



Tabla 18: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto a la ingesta de carne picada desde un primer momento.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
Si	39	78%
No	11	22%
Desconoce	0	0%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.

Tabla 22: Frecuencia absoluta y porcentual obtenida respecto a las fuentes de información utilizadas por los padres.

	Frecuencia absoluta (fa)	Frecuencia porcentual (f%)
Profesional	10	20%
Medio de comunicación u opiniones familiares/amistades	21	42%
Ambas	19	38%

Fuente: Encuesta adaptada de Spipp et al. (2020) realizada por Angelucci Bianca, alumna de la carrera Lic. en Nutrición – UCU. 2022.