



**Universidad de  
Concepción del  
Uruguay**

**Licenciatura en Nutrición**

**Centro Regional Rosario**

**Facultad de Ciencias Médicas**

## **ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE LA LOCALIDAD DE SALTO GRANDE**

Tesina presentada para completar los requisitos del Plan de Estudios de la  
Licenciatura en Nutrición

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO: FLORENCIA CAPOZUCCA

NOMBRE Y APELLIDO DEL DIRECTOR: LICENCIADA MARIA VICTORIA  
RODRIGUEZ GRIGHINI

Salto Grande

Fecha: 05/2025

“Las opiniones expresadas por el autor de esta Tesina no representan necesariamente los criterios de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay”

## ÍNDICE

|      |                                                               |    |
|------|---------------------------------------------------------------|----|
| 1    | RESUMEN .....                                                 | 5  |
| 2    | INTRODUCCIÓN .....                                            | 6  |
| 3    | JUSTIFICACIÓN .....                                           | 8  |
| 4    | ANTECEDENTES .....                                            | 9  |
| 5    | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....                               | 13 |
| 6    | OBJETIVOS .....                                               | 14 |
| 6.1  | Objetivo general.....                                         | 14 |
| 6.2  | Objetivos específicos .....                                   | 14 |
| 7    | MARCO TEÓRICO.....                                            | 15 |
| 7.1  | Crecimiento y desarrollo .....                                | 15 |
| 7.2  | Lactancia materna (LM) exclusiva.....                         | 15 |
| 7.3  | Alimentación complementaria del bebé.....                     | 17 |
| 7.4  | Cuando iniciar la alimentación complementaria .....           | 17 |
| 7.5  | Qué alimentos ofrecer en la AC .....                          | 19 |
| 7.6  | Métodos de Alimentación Complementaria .....                  | 21 |
| 7.7  | Corte de los alimentos en los métodos BLW y BLISS: .....      | 25 |
| 7.8  | Formas de presentación .....                                  | 26 |
| 7.9  | Ideas de platos .....                                         | 28 |
| 7.10 | Frecuencia de comidas.....                                    | 29 |
| 7.11 | Factores que influyen en la alimentación complementaria ..... | 29 |
| 7.12 | Higiene y seguridad .....                                     | 30 |
| 8    | DISEÑO METODOLÓGICO .....                                     | 32 |
| 8.1  | Tipo de investigación y diseño .....                          | 32 |
| 8.2  | Referente empírico .....                                      | 32 |

|      |                                           |    |
|------|-------------------------------------------|----|
| 8.3  | Población .....                           | 33 |
| 8.4  | Muestra.....                              | 33 |
| 8.5  | Criterios de inclusión.....               | 33 |
| 8.6  | Criterios de exclusión.....               | 33 |
| 8.7  | Variables de estudio .....                | 33 |
| 9    | RECOLECCIÓN DE DATOS .....                | 37 |
| 9.1  | Instrumento de recolección de datos ..... | 37 |
| 9.2  | Modo de aplicación: .....                 | 38 |
| 10   | Resultados alcanzados .....               | 39 |
| 11   | DISCUSIÓN .....                           | 51 |
| 12   | CONCLUSIONES .....                        | 55 |
| 13   | BIBLIOGRAFÍA .....                        | 57 |
| 14   | ANEXO .....                               | 59 |
| 14.1 | ENCUESTA: .....                           | 59 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                  |    |
|------------------|----|
| Figura I .....   | 26 |
| Figura II .....  | 26 |
| Figura III ..... | 27 |
| Figura IV .....  | 27 |
| Figura V .....   | 28 |
| Figura VI .....  | 28 |
| Figura VII ..... | 29 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|                     |    |
|---------------------|----|
| Gráfico I .....     | 39 |
| Gráfico II .....    | 40 |
| Gráfico III .....   | 40 |
| Gráfico IV .....    | 40 |
| Gráfico V .....     | 41 |
| Gráfico VI .....    | 42 |
| Gráfico VII .....   | 43 |
| Gráfico VIII .....  | 43 |
| Gráfico IX .....    | 44 |
| Gráfico X .....     | 44 |
| Gráfico XI .....    | 45 |
| Gráfico XII .....   | 45 |
| Gráfico XIII .....  | 46 |
| Gráfico XIV .....   | 46 |
| Gráfico XV .....    | 47 |
| Gráfico XVI .....   | 47 |
| Gráfico XVII .....  | 48 |
| Gráfico XVIII ..... | 48 |
| Gráfico XIX .....   | 48 |
| Gráfico XX .....    | 49 |
| Gráfico XXI .....   | 49 |

## 1 RESUMEN

Esta tesina realizada en el mes de mayo de 2025 se enfoca en la Alimentación Complementaria (AC) en niños de 6 a 24 meses de la localidad de Salto Grande.

El objetivo general fue conocer las prácticas de AC que utilizan las madres de niños de este rango etario, que asisten al consultorio “Centro Integral Salud”, siendo los objetivos específicos identificar los grupos de alimentos introducidos, los métodos de cocción y preparación empleados, conocer los métodos de AC utilizados, establecer la información que poseen las madres sobre los distintos enfoques, detectar posibles dificultades para cumplir las recomendaciones de salud y determinar factores sociales o familiares que influyen en dichas prácticas.

El diseño metodológico fue de enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo), con alcance descriptivo y corte transversal.

Se realizó una encuesta a 20 madres de la localidad de Salto Grande con preguntas abiertas y cerradas.

Los resultados muestran que los métodos más utilizados son papilla y BLW, en general, las prácticas de introducción de alimentos, son adecuadas según las recomendaciones actuales. Sin embargo, persisten desafíos relacionados con el contexto social y familiar, la necesidad de mayor educación alimentaria, de un acompañamiento profesional más cercano y estrategias adaptadas a las rutinas de cada familia.

### **Palabras claves:**

Alimentación complementaria – prácticas alimentarias – madres – hábitos saludables – alimentos sólidos

## 2 INTRODUCCIÓN

Los primeros 1.000 días de vida de un niño: los 270 días del embarazo, los 365 días del primer año y los 365 días del segundo año, son los más importantes porque establecen las bases para un estado de salud y un desarrollo óptimo. A este periodo se lo llama “ventana de oportunidades” porque es el momento para construir un futuro más saludable porque:

- Se forman la mayor parte de los órganos y los tejidos.
- Se da la mayor tasa de crecimiento.
- Se determina el potencial físico e intelectual.
- Se forma más del 80% del cerebro antes de los tres años de edad.

(Fundación Educacional, s.f.)

Agregando a lo anterior, los dos primeros años de vida de un niño, son el periodo de más rápido crecimiento, desarrollo y formación de los hábitos alimentarios que van a permanecer a lo largo de la vida, por lo que es muy importante la alimentación y la relación con la comida que forman. (López, L.; Suarez, M. 2005)

La alimentación complementaria (AC) es el proceso en el que se introducen alimentos adicionales a la leche materna, no la sustituyen sino que se complementan, la lactancia materna se mantiene todo el tiempo que madre e hijo deseen. La leche materna seguirá siendo la principal fuente de energía y nutrientes del lactante, pero hay que añadir alimentos sólidos, porque en este periodo no basta por sí sola. (Jiménez Acosta, S.; s.f.)

Es necesaria la AC en el sexto mes de vida ya que en esta edad las necesidades nutricionales no son cubiertas por la leche materna. Estas prácticas de alimentación complementaria son de suma importancia para asegurar el buen crecimiento y desarrollo del niño.

En la AC influyen factores sociales, ambientales y económicos. Debe iniciarse siempre en pequeñas cantidades e incorporando los alimentos de a uno.

Para comenzar la alimentación complementaria hay 3 métodos:

- Papilla.
- Baby Led Weaning (BLW): Destete guiado por el bebé.
- Baby Led Introduction to Solids (BLISS): Introducción a los sólidos dirigida por el bebé.

Es importante que el bebé pruebe los alimentos de manera individual, para que conozca su sabor natural y detectar si presenta alguna alergia. Cuando se comienza con la alimentación complementaria se debe tener paciencia y entender que es como un juego para ellos ya que su principal alimento sigue siendo la leche materna y están aprendiendo a comer.

Por todo ello, en este trabajo de investigación se estudiaron a niños de 6 a 24 meses de edad de la localidad de Salto Grande para conocer sus prácticas, los alimentos que introdujeron y las características de esa alimentación.

### 3 JUSTIFICACIÓN

La Alimentación Complementaria del lactante siempre es un tema de mucha controversia tanto en cuando comenzar, con qué alimentos y cuál es la mejor forma de realizarla. Hoy en día hay demasiada información circulando por internet y al alcance de los padres y madres que pueden sentirse abrumados por las contradicciones que pueden encontrar en ella.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia exclusiva hasta los 6 meses, y a partir de los 6 meses incorporar alimentos diferentes de la leche materna, si no el crecimiento del niño puede verse afectado.

La AC debe ser oportuna, adecuada, segura y apropiadamente administrada.

Es en esta etapa cuando se definen los hábitos alimentarios y se siembra la semilla de muchas enfermedades crónicas no transmisibles del adulto, también si se producen deficiencias prolongadas de nutrientes, pueden afectar negativamente el tamaño corporal y el nivel intelectual del niño. Lo razonable es fomentar hábitos alimentarios saludables que prevengan el conjunto de las enfermedades crónicas no transmisibles (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). Por lo tanto esta etapa del bebé, es de suma importancia para la salud del adulto.

Con todo esto podemos considerar que se podrían beneficiar las futuras madres de la localidad de Salto Grande para que se les brinde la información adecuada para que puedan elegir con conocimientos cuál es el mejor método de AC, qué tipo de alimentos ofrecer, en qué momento y como.

## 4 ANTECEDENTES

**“Desigualdad en las prácticas de lactancia y alimentación complementaria en Argentina, según nivel de ingresos del hogar en 2018-2019”** (Zapata, M.; Roviroso, A.; Nessier, M.; Romero, N.; Gigena, J.; Bonet de Viola, A. 2024)

La calidad de la alimentación es un derecho vinculado con la supervivencia, el crecimiento saludable, la prevención de enfermedades crónicas y malnutrición en todas sus formas. El objetivo de este trabajo fue analizar las prácticas de lactancia y de alimentación de menores de 2 años de áreas urbanas de Argentina en 2018-19, según el nivel de ingreso de los hogares.

Se tomó como fuente de datos un estudio secundario con datos de la segunda Encuesta Nacional de Nutrición y salud 2018-19 y se analizaron indicadores de lactancia y alimentación complementaria, según metodología de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para las infancias (UNICEF). Se estratificó según nivel de ingresos del hogar. El análisis incluyó 5763 menores de 24 meses.

Se utilizó un recordatorio de 24 horas para recolectar los datos y un cuestionario individual. Los resultados fueron que aunque el 97% fue alguna vez amamantado, solo el 47% de los menores de 6 meses tuvo lactancia exclusiva (0 a 5 meses) el 48% mantenía la lactancia luego del año, con mayor prevalencia en los niños/as de menores ingresos. En el día previo, el 23% de los niños/as de 6 a 23 meses no consumió ninguna verdura o fruta; el 60% consumió alimentos no saludables y el 50%, bebidas dulces. Las bebidas dulces y la ausencia de frutas y verduras fueron mayores en aquellos hogares de menores ingresos. La conclusión a la que llega este estudio es que la calidad de la alimentación de los niños/as dista de las recomendaciones y está condicionada por los ingresos. En los sectores empobrecidos, es menor el inicio temprano de la lactancia, la diversidad alimentaria mínima y el consumo de frutas y verduras, y es mayor el consumo de bebidas dulces.

**“Evaluación de las ingestas dietéticas y prácticas alimentarias en niños de 6 a 23 meses en una localidad del noroeste argentino”** (Spipp, J.; Riernersman, C.; Rivas, F.; Calandri, E. 2022)

El objetivo del estudio fue evaluar la ingesta de nutrientes y prácticas alimentarias en niños de 6 a 23 meses de una localidad del noreste argentino. Se realizó en niños beneficiarios del Programa Materno Infantil (PMI). Es un estudio descriptivo transversal. Se evaluaron las ingestas de 24 horas mediante recordatorios a los cuidadores de niños de 6 a 23 meses de edad. Los datos se compararon con las ingestas dietéticas de referencia. Las prácticas alimentarias se evaluaron según los indicadores establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Se evaluaron 138 niños de 6 a 23 meses de edad. Los resultados fueron que la energía y las vitaminas A, D y E presentaron porcentajes medios de adecuación inferiores al 100% en todas las edades, mientras que las proteínas alcanzaron una adecuación promedio del 142,8% y el 168,1% para los niños de 7-12 meses y de 13-23 meses, respectivamente. Los nutrientes que presentaron una proporción considerable de casos con ingestas por debajo del requerimiento promedio estimado en todos los grupos fueron la energía y la vitamina A. En cuanto a los indicadores de prácticas alimentarias, 50,8 % de los lactantes recibió una dieta mínima aceptable. Este trabajo demostró que la ingesta de energía y de diversos nutrientes se encuentra por debajo de las recomendaciones, incluidas las vitaminas A, D y E, el hierro y el calcio; sin embargo, la ingesta de proteínas mostró una sobre adecuación en los mayores de 6 meses. Además, una considerable proporción de casos no cumple con los indicadores para las prácticas de alimentación complementaria. Esto sugiere que son necesarias intervenciones que mejoren la alimentación de los lactantes y niños pequeños en esta localidad del NEA.

**“Prácticas y creencias habituales en la preparación de la alimentación complementaria infantil en una muestra española: estudio transversal”** (Zamanillo-Campos, R.; Rovira-Boixeadera, L.; Rendo-Urteaga, T. 2022)

La alimentación complementaria junto con la leche materna debe permitir cubrir las necesidades nutricionales de los niños a partir de los 6 meses de edad. Las

prácticas alimentarias inadecuadas determinan una ingesta nutricional deficiente. El objetivo de este estudio fue conocer las prácticas alimentarias en los hogares españoles en relación con la preparación y elaboración de la alimentación infantil.

Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta *online* en adultos residentes en España y no institucionalizados, encargados de la preparación de la alimentación infantil de menores de 2 años.

El resultado de la encuesta, que fue respondida por 1944 personas ( $37,4 \pm 6$  años; 65,5 % mujeres), dió que el 72 % de los encuestados prepara principalmente triturados y el 21 % utiliza papillas comerciales frecuentemente. El calabacín (39%), el pollo (62%), la merluza (64%) y el plátano (44%) son los alimentos más utilizados. El hervido (63%) y la congelación (59%) son las técnicas culinarias y de conservación más practicadas. Se identificó el uso inadecuado de la sal y algunos alimentos no seguros (pescados de gran tamaño y acelgas), así como un uso por debajo de las recomendaciones para el aceite de oliva y el huevo.

Como conclusión los españoles encargados de la alimentación de los niños menores de 2 años prefieren los alimentos triturados. Aunque son conscientes de que la alimentación preparada en casa es nutricionalmente mejor, en ciertas ocasiones ofrecen papillas comerciales. Además, se han detectado algunas prácticas inadecuadas, por lo que parecen necesarias políticas de educación nutricional destinadas a los responsables de la elaboración de la alimentación infantil.

**“Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima y Quito”** (Rojas-Guerrero, N.; Espinoza Bernardo, S. 2019)

El objetivo de este estudio realizado en Lima (Perú) y Quito (Ecuador), fue determinar las prácticas maternas de alimentación de niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de Salud de Lima y Quito. La unidad de análisis fueron las madres de niños de 6 a 24 meses de edad. Se consideró un total de 151 madres en Lima y 168 en Quito. Para establecer la relación entre la práctica de alimentación complementaria y la residencia, se utilizó la prueba Chi cuadrado con un nivel de significancia de 0.05. Las madres tuvieron una edad mediana de 25 años, las diferencias entre las prácticas maternas de alimentación complementaria

se evidencian en el incumplimiento de lactancia materna exclusiva y el consumo de algunos micronutrientes para niños de Lima, y una mayor frecuencia de incumplimiento de una dieta mínima aceptable para niños de Quito.

**“Conocimientos maternos sobre la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED Centro Salud Parcona”** (Mejia, R.; Meza, Y.; Morales, L. 2017)

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED en el centro Salud Parcona, Perú. El estudio se desarrolló de acuerdo al diseño cuantitativo descriptivo, de tipo transversal correlacional. La población estuvo conformada por 150 madres de niños de 6 a 12 meses; y 150 niños de 6 a 12 meses que asistieron al consultorio CRED del Centro de Salud de Parcona. La mayoría de las madres que asisten al consultorio tienen un nivel bajo de conocimientos con un 46.7% sobre alimentación complementaria mientras que un menor número tienen un nivel de conocimientos medio y alto representando un 40.2% y 13.1% respectivamente. El mayor porcentaje de los niños evaluados tiene un estado nutricional normal con un 36.4% mientras que un porcentaje considerable tienen desnutrición y sobrepeso con un 29.2% y 34.4%. Se concluye que existe relación significativa entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED del C.S. Parcona.

## **5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cómo son las prácticas de alimentación complementaria que utilizan las madres de los niños de 6 a 24 meses de edad de la localidad de Salto Grande que asisten al consultorio “Centro Integral Salud”, durante el mes de mayo de 2025?

## **6 OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo general**

Conocer las prácticas de alimentación complementaria (AC) que utilizan las madres de niños de 6 a 24 meses de edad, de la localidad de Salto Grande que asisten al consultorio “Centro Integral Salud”, durante el mes de mayo de 2025.

### **6.2 Objetivos específicos**

- Conocer los grupos de alimentos que las madres introducen en la AC de sus hijos.
- Identificar los métodos de cocción que utilizan en la preparación de alimentos.
- Conocer qué método de AC llevan a cabo las madres con sus hijos.
- Establecer la información que las madres tienen o reciben sobre las diferentes prácticas de AC.
- Identificar posibles dificultades para cumplir con las recomendaciones de profesionales de la salud.
- Determinar factores sociales, culturales y/o familiares que pueden influir en las prácticas de AC.

## 7 MARCO TEÓRICO

### 7.1 Crecimiento y desarrollo

La velocidad de crecimiento y el avance madurativo de un niño se divide en tres periodos: el periodo de crecimiento acelerado de la primera infancia, el periodo de crecimiento estable de la etapa preescolar y escolar y el periodo de aceleración del crecimiento de la pubertad.

*Periodo de primera infancia:* comprende los primeros dos años de vida. Se trata de un periodo de crecimiento rápido. Durante este periodo se producen cambios importantes. Hay un aumento notable de la grasa corporal y una modificación de las proporciones corporales. Este periodo constituye una ventana de oportunidad crítica para el desarrollo, si la alimentación no es apropiada en este período, corren mayor riesgo de padecer desnutrición, deficiencia de micronutrientes, sobrepeso o una combinación de estos. También en este momento se forman sus preferencias alimentarias y sus hábitos dietéticos de forma permanente.

*Periodo de la etapa preescolar y escolar:* comprende desde los tres años hasta el comienzo del estirón puberal. Periodo de crecimiento lento y uniforme.

*Periodo de la pubertad:* se caracteriza por cambios somáticos y emocionales, que coinciden con el proceso de maduración sexual. (López, L.; Suarez, M. 2005)

### 7.2 Lactancia materna (LM) exclusiva

La leche materna exclusiva es el alimento ideal durante los primeros seis meses de vida. Algunas de las ventajas de la leche materna son:

- Su inocuidad.
- Su fácil disponibilidad.
- Asegurar que los lactantes reciban la cantidad adecuada de nutrientes para satisfacer sus necesidades y tener un crecimiento óptimo.

- La estimulación de la resistencia a las infecciones y el desarrollo intestinal del lactante.
- Favorecer el fortalecimiento del vínculo afectivo entre la madre y el hijo.

La lactancia materna exclusiva aumenta la protección frente a infecciones gastrointestinales.

La leche materna también es una fuente importante y esencial de energía y nutrientes para los bebés durante procesos de enfermedades. (OMS)

En casos donde la lactancia no pueda llevarse a cabo, se encuentran en el mercado fórmulas lácteas denominadas “maternizadas”, son elaboradas respondiendo a una composición de nutrientes semejantes a la leche humana, se desaconseja la utilización de la leche de vaca para la alimentación del lactante durante el primer año de vida. Esto es porque la leche de vaca no aporta los nutrientes necesarios para esa etapa de la vida del bebé, las fórmulas vienen preparadas tratando de asemejar las características de la leche materna, con un aporte de macronutrientes diferentes a los de la leche de vaca. Esta no presenta fuente significativa de ácido ascórbico y hierro (nutrientes claves en esta edad) sumado a que el alto contenido de caseína y calcio disminuyen la absorción del hierro en el intestino; además presenta un menor nivel de ácidos grasos que son necesarios para el neurodesarrollo y sistema nervioso del bebé y presenta un alto aporte de proteínas que puede generar alteraciones en el funcionamiento del riñón todavía inmaduro del bebé. Por último no se recomienda leche de vaca porque por la forma de la proteína de la leche de vaca, la pared del intestino puede verse lastimada o irritada al tratar de absorberla, generando sangrados intestinales pequeños, inflamación de esa pared, malabsorción de nutrientes, con mayor riesgo a la anemia. (Lamas, V., s.f.)

Se recomienda continuar con la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad, y a partir de este momento incorporar alimentos paulatinamente para complementarla pero no sustituirla, se debe continuar con la lactancia materna a demanda todo el tiempo que madre e hijo deseen.

A los 6 meses se recomienda incorporar alimentos además de la leche materna, ya que aumentan las necesidades de energía y nutrientes y es importante evitar carencias. Por ejemplo, las reservas de hierro del nacimiento empiezan a disminuir, y este es esencial para el desarrollo neurológico y para la prevención de anemia, por lo que se recomienda incluir alimentos fuente de hierro en la alimentación complementaria.

### **7.3 Alimentación complementaria del bebé**

La AC se considera un proceso por el cual se ofrecen al lactante a los 6 meses de vida alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como sustitución de esta. (Gómez Fernández - Vegue, M., 2018)

La principal razón para incorporar la alimentación complementaria, es que en esta etapa la leche materna no cubre las necesidades de energía y nutrientes del bebé, ya que en el sexto mes estas aumentan. La alimentación complementaria debe brindar los nutrientes necesarios para prevenir carencias y ayudar al adecuado desarrollo del bebé.

Además la AC ayuda a fomentar el gusto por diferentes sabores y texturas y a promover hábitos alimentarios que se mantendrán en edades posteriores. (Jiménez Acosta, S., s.f.)

### **7.4 Cuando iniciar la alimentación complementaria**

El retraso de la introducción de la AC puede:

- Producir carencias nutricionales, sobre todo de hierro y zinc.
- Aumentar el riesgo de alergias e intolerancias alimentarias.
- Peor aceptación de nuevas texturas y sabores.
- Afectar el crecimiento y el neurodesarrollo.

La introducción precoz puede:

- Aumentar el riesgo de atragantamiento.
- Aumentar el riesgo de gastroenteritis aguda y de infecciones del tracto respiratorio superior.
- Sustituir las tomas de leche por otros alimentos menos nutritivos.
- Aumentar a largo plazo el riesgo de obesidad y diabetes mellitus tipo 1.

Para la incorporación de alimentos diferentes a la leche materna se deben tener en cuenta ciertos aspectos que en general se dan a los 6 meses de edad. Se requiere que el bebé:

- Presente un interés activo por la comida.
- Adquiera estabilidad postural, es decir que puede mantenerse sentado y sostener su cabeza.
- Coordine ojos, manos y boca para ver un objeto, tomarlo y llevárselo a la boca.
- Presente madurez neurológica, gastrointestinal y renal.

Debe aprender a comer por lo que se debe tener paciencia, permitirle tocar la comida, llevarla a su boca y respetar su saciedad. Nunca obligarlo a comer. Comprender que es un proceso y un aprendizaje por lo tanto lleva tiempo, avances y retrocesos, se puede esperar que un día acepte un alimento y al otro día lo rechace, que un día coma más y otro menos.

La introducción de diferentes sabores influirá en la aceptación de los alimentos. Se recomienda una introducción paulatina, de un alimento por vez esperando 4 a 5 días para introducir otro nuevo, para reconocer si algún alimento le produce alergia y para que el alimento tenga mayor aceptación. Si el bebé rechaza el alimento la primera vez, dejar pasar unos días y volver a intentarlo.

Es importante al momento de comenzar la alimentación complementaria poder ofrecer alimentos nutricionalmente balanceados, agradables visualmente y de buen sabor; que el niño tenga apetito, no tenga sueño, coma sentado y junto al resto de la familia. El adulto debe estar tranquilo y sin apuros; y también es importante que el

ambiente sea limpio, evitar distracciones a la hora de comer y establecer horarios para las comidas. (Jiménez Acosta, S., s.f.)

## **7.5 Qué alimentos ofrecer en la AC**

Los alimentos se deben incorporar en forma lenta y de a uno, para identificar los gustos del bebé y detectar posibles alergias. Para el manejo de alimentos posiblemente alérgenos se recomienda seguir las pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS): mantenimiento de la Lactancia Materna (LM) e introducción progresiva de los distintos alimentos alrededor del sexto mes de uno en uno. Hoy se sabe que no hay un orden establecido en la introducción de los alimentos y que retrasar la incorporación de alimentos potencialmente alergénicos no previene alergias. (Rovira, L., 2020) Si se recomienda ofrecer prioritariamente alimentos ricos en hierro y zinc.

Frutas y verduras: se recomienda introducir la mayor variedad disponible, en el orden que la familia prefiera. Es importante incorporarlas desde temprano y en variedad para mejorar su aceptación a lo largo de toda la vida y también podría disminuir el rechazo a probar nuevos alimentos. Estos alimentos contribuyen a un crecimiento saludable y a reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad y de enfermedades crónicas no transmisibles, pudiendo persistir su rol protector hasta la adultez. (Monteban, M., 2022)

Durante el primer año de vida no se recomiendan las hojas verdes con alto contenido de nitratos como la acelga, espinaca, rúcula y lechuga por el riesgo de metahemoglobinemia, la cual disminuye la capacidad de transportar oxígeno. Si se introducen deben representar menos del 20% del contenido total del plato.

Cereales: se pueden ofrecer en diferentes formatos y se debe dar prioridad a las harinas integrales. Los cereales pueden incluir arroz, avena, trigo, maíz, centeno, quínoa.

Carnes y huevos: carnes incluye carnes rojas, pollo, pescados y mariscos. Junto con el huevo, son alimentos ricos en proteínas y hierro, que es un micronutriente

muy importante en esta etapa de crecimiento del bebé porque su déficit aumenta el riesgo de anemia ferropénica. El aumento del requerimiento de hierro se debe a que las reservas con las que contaba el bebé desde el nacimiento comienzan a agotarse, y además se produce un aumento de las demandas de hierro.

El hierro hem tiene mayor absorción y se encuentra en alimentos de origen animal. El hierro no hem se encuentra en alimentos de origen vegetal como espinacas, lentejas, nueces y alimentos fortificados y su nivel de absorción es menor y se ve afectado por otros alimentos; algunos facilitadores son la leche humana o los ácidos cítricos y algunos inhibidores son el cacao o la leche de vaca. (Manzano, A., 2023)

Legumbres: son fuente de proteínas y de hidratos de carbono complejos, tienen bajo índice glucémico y son fuente de fibra, no contienen gluten y son ricas en minerales y vitaminas. Ejemplos de ellas son lentejas, arvejas, porotos, garbanzos.

Lácteos: entre los seis y doce meses la leche materna sigue siendo el alimento principal. Si el lactante mayor de seis meses realiza 4-5 tomas de pecho al día, no se precisan otros lácteos. Se puede ofrecer queso desde los nueve meses y leche de vaca a partir de los doce meses.

Sal y azúcares: se recomienda no agregar sal a las preparaciones de la AC porque los riñones de los bebés hasta los dos años son demasiado inmaduros para manejar las sobrecargas de sal. Con respecto al consumo de azúcar la OMS también recomienda evitarla hasta los dos años, y los productos con alto contenido como jugos comerciales, bebidas azucaradas, postres lácteos azucarados comerciales evitarlos el mayor tiempo posible.

Alimentos para ofrecer:

- Carne: magra, bien cocida. Nunca carne picada hasta los 5 años.
- Verduras: cuanto más variedad mejor. A futuro será mayor la amplitud de alimentos que aceptará el niño.
- Frutas: todas, sin semillas ni cáscaras.
- Huevo: cocido.
- Cereales: arroz, fideos, fideos de sopa, pastas, harina de trigo, de arroz, de avena, papa, quínoa, sémola de trigo.

- Legumbres: como pasta o en alguna preparación.
- Siempre ofrecer agua.

Alimentos que no se recomiendan:

- Gaseosas o jugos.
- Leche de vaca o yogur. (Introducir después del año)
- Fiambres, embutidos.
- Golosinas, snack.
- Miel (introducir después de los dos años por riesgo de botulismo)
- Sal y edulcorantes, cuanto más tarde se incorporen mejor.
- Frutos secos enteros. (triturados o en cremas se pueden incorporar desde el inicio de la AC)
- Verduras de hojas verdes. (introducir después del año, por el alto contenido de nitrato, si se introducen antes que ocupen menos del 20% del plato)
- Carne picada no se introduce en la alimentación hasta los cinco años por riesgo de Síndrome Urémico Hemolítico.

## **7.6 Métodos de Alimentación Complementaria**

□ **Papilla:** es la forma más tradicional, se modifican las texturas según el crecimiento de su bebé, se comienza con las texturas más suaves (puré, papilla, compota) y se avanza hasta terminar con las más firmes. Se recomienda combinar diferentes alimentos para aportar todos los nutrientes que el lactante necesita; utilizar cereales, hortalizas feculentas, carnes y huevos, legumbres, verduras, frutas y aceites. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

Son los padres o el cuidador quien le da de comer al bebé con una cuchara, y son ellos los que deciden cuanto ofrecer.

Ventajas:

- Permite control de la cantidad y calidad de los alimentos.
- Reduce el riesgo de atragantamiento porque la textura es suave.

Desventajas:

- Puede retrasar la autonomía del bebé.
- No favorece el desarrollo de habilidades motoras orales.
- No favorece la alimentación basada en las señales de hambre y saciedad.
- Algunos bebés pueden rechazar la transición de purés a sólidos.

□ **Baby Led Weaning (BLW):** en español destete dirigido por el bebé. Este método sigue las señales del bebé y les permite autoalimentarse. Los padres deciden qué ofrecer, son responsables de que sea comida sana, segura y variada, pero los bebés eligen qué comida tomar de lo que se pone a su alcance y cuanta cantidad. (Gómez Fernández - Vegue, M. 2018)

El BLW se sustenta sobre una relación de confianza en el niño, y parte de la idea de que este sabe lo que necesita, cuando lo precisa, qué cantidad de alimento requiere y cómo de rápido lo debe tomar. Este enfoque facilita el reconocimiento de la comida real en términos de apariencia, texturas y sabor. (Sánchez González, M.; Gómez Piqueras, P., 2021)

Para llevarlo a la práctica el bebé se sienta en la mesa junto con la familia en el momento de la comida y se le ofrece la misma comida que al resto, en trozos de alimentos de consistencia blanda, grandes al principio y luego más pequeños; el BLW propone el uso del alimento en su formato original pero presentado con forma y tamaño que permite al niño tomarlo y llevárselo a la boca. Al principio la comida se ofrece en forma de “finger foods” o “bastón” de un tamaño que ellos puedan tomarlo con el puño y comer lo que sobresalga, y de consistencia blanda, que se pueda aplastar con los dedos. A partir de los nueve meses aproximadamente, las habilidades motoras mejoran, los niños ya saben hacer la pinza con los dedos y es cuando se pueden ofrecerse trozos más pequeños.

Come solo desde el principio, debe ser a demanda según las necesidades del niño y sin forzarlo.

#### Ventajas:

- Se le da al bebé la oportunidad de probar diferentes texturas, facilitando la aceptación de una mayor variedad de alimentos.
- Favorece la alimentación perceptiva y basada en las señales de hambre y saciedad. No se los obliga a comer más de lo que ellos quieren.
- Favorece la autonomía y el desarrollo de la motricidad fina y la coordinación mano-boca.
- Favorece la preferencia por la comida sana, aunque esto depende de la dieta familiar.
- Se familiariza desde el inicio con el sabor real de los alimentos.
- Favorece el mantenimiento de la LM.

#### Desventajas:

- Se requiere más supervisión y paciencia, el proceso puede ser más lento.
- Baja ingesta de hierro, ya que hay menor control de cuánto come de cada alimento: al día de hoy no hay evidencia sólida en relación con la exposición a alimentos ricos en hierro de niños que siguen el método BLW con respecto a niños que siguen otras técnicas. La ingesta de hierro en niños, con independencia de la técnica que utilizan, no alcanzan los valores mínimos sugeridos por la OMS. (Sánchez González, M.; Gómez Piqueras, P., 2021) Se deben incorporar alimentos ricos en hierro como carne en tiritas, yema de huevo, hummus, tortitas de lentejas, etc. Pero el método BLISS (método que se verá a continuación) tiene como prioridad consumir alimentos ricos en hierro en todas las comidas, por lo que se podría asegurar un mayor consumo de hierro.
- Riesgo de atragantamientos: los datos de varios estudios han demostrado que es una práctica segura, ya que la incidencia de atragantamientos presentados en los mismos es baja. (Sánchez González, M.; Gómez Piqueras, P., 2021).

Siguiendo normas básicas de seguridad no hay diferencias en el riesgo de atragantamientos entre el método BLW y el tradicional de papilla. Las normas son, que el bebé esté sentado y no recostado o en movimiento, que esté siempre

supervisado por los padres o cuidador a cargo y evitar alimentos de alto riesgo como frutos secos enteros, uvas enteras, zanahoria cruda, etc.

□ **Baby Led Introduction to Solids (BLISS):** Introducción a los sólidos dirigida por el bebé. Combina el método BLW y la papilla.

A raíz de las preocupaciones por los supuestos riesgos antes mencionado del método BLW, surge el método BLISS.

Este método hace hincapié en ofrecer alimentos que el bebé pueda tomar con la mano y llevárselo a la boca, que cada plato debe incluir un alimento rico en energía (carbohidratos), un alimento rico en hierro, de origen vegetal o animal y una fruta o verdura y en no ofrecer alimentos que presenten alto riesgo de atragantamiento. Se debe hacer partícipe al bebé de la hora de la comida familiar, para que se desarrolle socialmente.

Este método presenta los mismos beneficios que el método BLW, ya que este método modifica los aspectos que se consideran de riesgo para los lactantes.

El método BLISS resulta igual de seguro y adecuado en términos nutricionales que el método BLW. Ambos métodos cada vez son más aplicados por los padres o cuidadores de niños. Entre los beneficios encontrados en estos métodos están el dar al bebé mayor autonomía, evitar la selectividad alimentaria, ayudar al desarrollo psicomotor y el ser un posible factor protector frente a la malnutrición por exceso. (Fuentes, V.; Leonelli, G. 2022)

#### Ventajas:

- Combina los beneficios de ambos métodos.
- Facilita la autonomía sin perder el control sobre la ingesta de nutrientes.
- Puede adaptarse a las necesidades del bebé y la familia.
- Reduce el estrés en padres que no se sienten cómodos con un solo método.

#### Desventajas:

- Puede requerir más organización para la preparación de las comidas.
- Si no se mantiene un equilibrio adecuado, el bebé puede elegir solo un tipo de alimentación.

Independientemente del método que se elija es importante tener en cuenta ciertas pautas:

1. La introducción de alimentos se debe hacer de forma paulatina, y respetando los tiempos del bebé.
2. Desde su nacimiento hasta los 12 meses la leche materna seguirá siendo su principal fuente de nutrición.
3. Es importante ofrecer variedad para garantizar un aporte nutricional completo y permitir la exploración de sabores, texturas y colores. (Solano, P. 2023)

### **7.7 Corte de los alimentos en los métodos BLW y BLISS:**

- Naranja, tomate, manzana (cocida), pera (cocida), kiwi, frutas redondas de tamaño similar: en gajos con o sin piel.
- Palta: en gajos con o sin piel o en crema.
- Banana: cortada a la mitad, se puede dejar un poco de cáscara (bien lavada) y se va sacando más cáscara a medida que come.
- Frutillas, uvas, arándanos, tomate cherry y alimentos de formato similar: en cuartos o mitades. Los arándanos pueden ser aplastados.
- Sandía: en triángulos o tiras dejando de base la cáscara, sin semillas.
- Brócoli y coliflor: en arbolitos, ni muy grandes ni muy pequeños.
- Papa, zanahoria, calabaza o boniato: todas cocidas al horno o al vapor. En bastones tomando como referencia el dedo índice.
- Carne: en tiritas, bien cocida.
- Pescado: cuidar que no tenga espinas.
- Legumbres: en preparaciones o como pasta.
- Frutos secos: como pasta o en preparaciones. (Arias; A., 2022)

## 7.8 Formas de presentación

### Cortes seguros

Figura I

#### **Cortes seguros de la palta**



Adaptado de “Guía de cortes. BLW y primeras comidas”, por E. Borges, 2020

Figura II

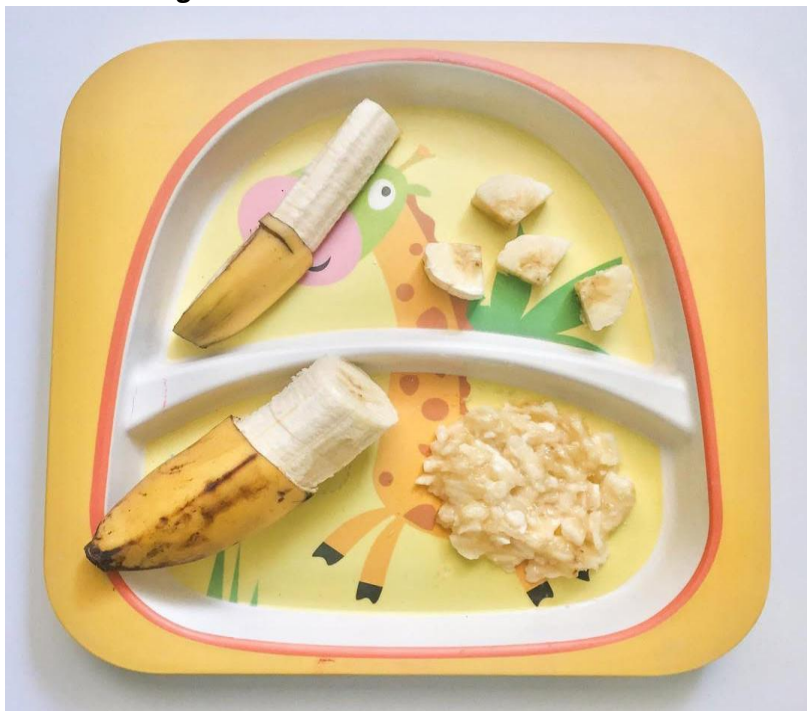
#### **Cortes seguros de la ciruela**



Adaptado de “Guía de cortes. BLW y primeras comidas”, por E. Borges, 2020.

**Figura III**

***Cortes seguros de la banana***



Adaptado de “Guía de cortes. BLW y primeras comidas”, por E. Borges, 2020.

**Figura IV**

***Cortes seguros de la frutilla y del kiwi***



Adaptado de “Guía de cortes. BLW y primeras comidas”, por E. Borges, 2020.

## 7.9 Ideas de platos

Figura V

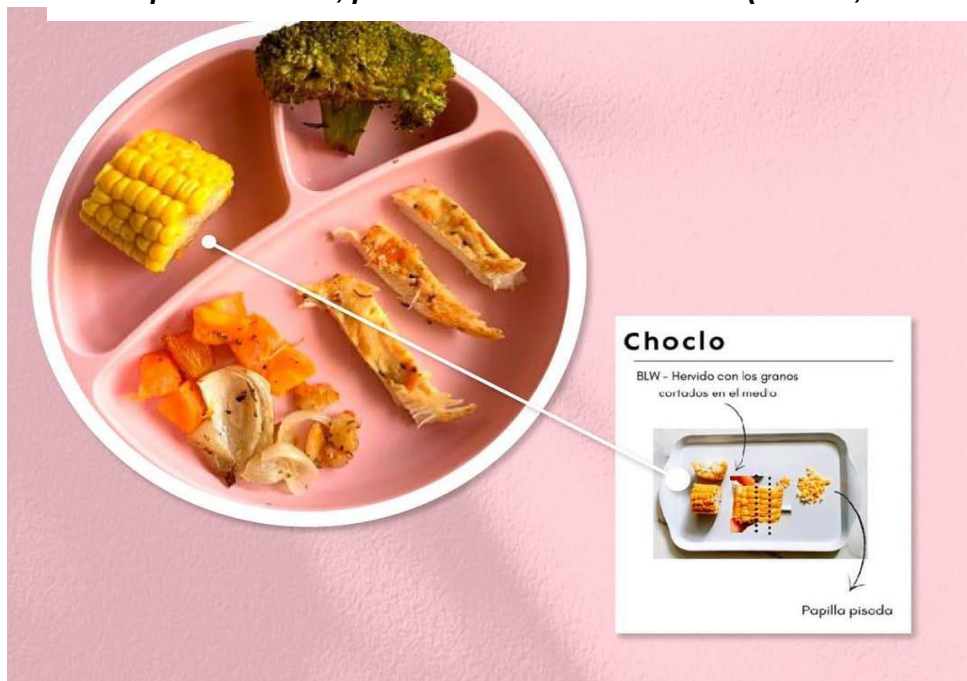
**Plato completo. Tomate cortado, puré de calabaza y milanesas de pollo en tiritas**



Adaptado de “Guía de cortes. BLW y primeras comidas”, por E. Borges, 2020.

Figura VI

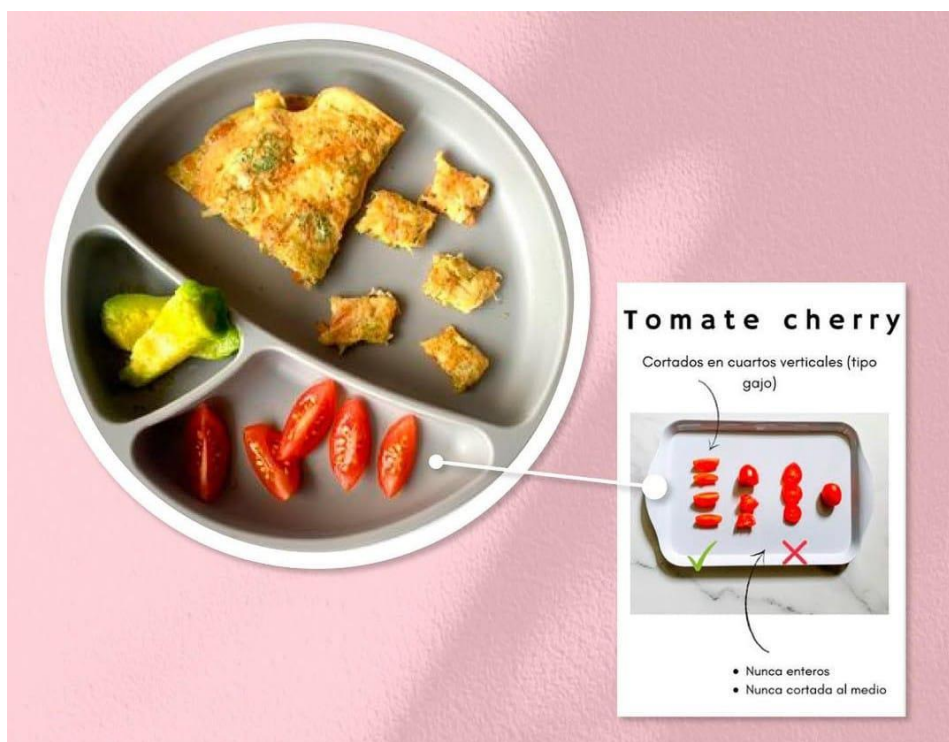
**Plato completo. Choclo, pollo con verduras al horno (brócoli, cebolla y zanahoria)**



Adaptado de “Guía de cortes. BLW y primeras comidas”, por E. Borges, 2020.

**Figura VII**

**Plato completo. Omellette de zanahoria y zapallito, palta y tomates cherry**



Adaptado de “Guía de cortes. BLW y primeras comidas”, por E. Borges, 2020.

### 7.10 Frecuencia de comidas

|            | 6 meses          | 7 – 8 meses           | 9 – 11 meses          | Más de 12 meses       |
|------------|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Frecuencia | 1 comida por día | 2 o 3 comidas por día | 3 o 4 comidas por día | 4 o 5 comidas por día |

(Fundación Educacional, s.f.)

### 7.11 Factores que influyen en la alimentación complementaria

Los factores psicosociales y culturales son aspectos que pueden influir en la alimentación complementaria del bebé, incluye emociones, creencias, acceso a recursos, costumbres, tradiciones, entre otros.

Aquí nombraremos algunos de ellos:

- Poder adquisitivo de la familia y costos de los alimentos: la calidad y variedad de los alimentos que se ofrecen a los bebés está totalmente relacionada con el poder adquisitivo de la familia y el costo de los productos.
- Acceso al agua potable y al saneamiento: el agua potable es de suma importancia para preparar alimentos de manera segura y evitar enfermedades gastrointestinales e infecciones al igual que el saneamiento.
- Acceso a los servicios de salud: el acceso a los servicios de salud se puede ver afectado según la condición socioeconómica, la distancia geográfica y la zona de residencia. Si se tiene acceso a los centros de salud pueden recibir orientación sobre alimentación complementaria y control sobre el crecimiento del bebé.
- Nivel de conocimiento de los cuidadores sobre prácticas de alimentación complementaria: este conocimiento varía y está influenciado por creencias de la familia o la región, creencias populares, disponibilidad de alimentos. Esto puede llevar a introducir alimentos antes o después de lo recomendado por la OMS (Unicef, 2021)

## **7.12 Higiene y seguridad**

El sistema inmunológico del bebé no está completamente desarrollado, es más susceptible de contraer enfermedades transmitidas por los alimentos que un adulto, por lo que los alimentos deben ser tratados con cuidado e higiene para evitar la contaminación de los mismos.

Es importante la higiene de la madre o cuidador al momento de preparar los alimentos y darles de comer, lavarse las manos antes y después de preparar algún alimento, después de ir al baño o de cambiarle el pañal al bebé, cuidar la higiene de las manos de los bebés al momento de comer, del lugar donde se preparan los alimentos y del lugar donde el bebé coma; se debe lavar y realizar el correcto

saneamiento de los alimentos, para evitar la contaminación y las posibles enfermedades infecciosas que pueden transmitirse a través de alimentos (Ministerio de la Salud de la Nación.) Los alimentos ya preparados se deben guardar refrigerados, bien tapados o congelados.

## 8 DISEÑO METODOLÓGICO

### 8.1 Tipo de investigación y diseño

El tipo de estudio tiene un enfoque mixto, ya que combina datos cuantitativos y cualitativos, se recogen datos cuantitativos que permiten medir la frecuencia y cantidad de alimentos que consumen los niños y también datos cualitativos como qué alimentos se introducen, con qué método de AC y con qué forma de cocción, y preguntas que exploran las experiencias de las madres respecto a la AC de sus hijos. Se trata de un estudio descriptivo, ya que tiene como objetivo caracterizar las prácticas de alimentación complementaria. Este tipo de estudio intenta determinar “cómo es” la situación de las variables que se estudian en la población y sobre la frecuencia en que sucede un fenómeno en quienes, dónde y cuándo; busca establecer una descripción lo más completa posible de un fenómeno, situación o elemento concreto.

De acuerdo a la temporalidad es un estudio transversal, ya que la recolección de datos se realiza solo en un momento dado, haciendo un corte en el tiempo, sin seguimiento a largo plazo.

### 8.2 Referente empírico

El trabajo de campo se realizó en Salto Grande, es una localidad de la provincia de Santa Fe, fundada el 7 de julio de 1.891. Se encuentra a la vera de la Ruta Nacional 34, a 55 km de Rosario.

Es un pueblo que cuenta con 3.181 habitantes según el último censo.

En Salto Grande se encuentra el consultorio “Centro Integral Salud” de Andreussi Lorna y Magnano Favio. Es un centro de salud en donde se encuentran diversas especialidades médicas (clínico, pediatría, ginecología, kinesiología, psicología, nutricionistas, dentistas) en el cual Lorna Andreussi, especialista en pediatría y directora del hospital Maternidad Martin en Rosario, se desempeña como pediatra junto con la pediatra María Clara Travaglino. Muchos bebés de la localidad y de localidades cercanas concurren al pueblo para atenderse con ella.

### **8.3 Población**

Está conformada por 70 madres de niños de 6 a 24 meses de edad, de Salto Grande, que asisten al Centro Integral Salud.

### **8.4 Muestra**

Se seleccionó de forma aleatoria una muestra de 20 madres de niños de 6 a 24 meses de edad de Salto Grande, que asisten al Centro Integral Salud, y aceptaron participar voluntariamente de la investigación.

### **8.5 Criterios de inclusión**

- Madres de niños o niñas de 6 a 24 meses de edad, que asisten al consultorio “Centro Integral Salud.”
- Madres con hijos nacidos a término y sin afecciones congénitas.
- Consentimiento para participar del estudio.

### **8.6 Criterios de exclusión**

- Madres con hijos nacidos prematuros.
- Madres de niños con afecciones congénitas.
- Madres de niños que no asisten al consultorio “Centro Integral Salud.”
- Madres que asisten al consultorio “Centro Integral Salud” y no quisieron participar del estudio.

### **8.7 Variables de estudio**

Variables dependientes:

- Método de AC que aplican las madres: representa como se introducen los alimentos en la alimentación de sus hijos.

Categorías:

- a) Papilla.

- b) BLW.
- c) BLISS.
- Grupos de alimentos que consumen y frecuencia: representa qué tipos de alimentos se le dan a los niños y cada cuánto y cómo se introducen.

Categorías:

- a) Frutas y verduras.
- b) Carnes.
- c) Huevos.
- d) Lácteos.
- e) Legumbres.
- f) Pastas.
- g) Golosinas y dulces.
- Cantidad de comidas que realiza al día: representa el número de comidas que lleva a cabo en el día.

Categorías:

- Una.
- Dos.
- Tres.
- Cuatro.
- Más de cuatro.
- Tipos de cocción: representa la forma en que se cocinan los alimentos que se ofrecen al bebé.

Categorías:

- a) Hervido.
- b) Al vapor.
- c) A la plancha.
- d) Al horno.
- e) Frito.

f) Otro.

- Consumo de azúcar y sal: representa si se agrega sal y azúcar en los alimentos ofrecidos al bebé.

Categorías:

- Sí.
  - A veces.
  - Nunca.
- 
- Dificultades para llevar a cabo el método de AC que utilizan: representa los problemas que pueden presentarse al momento de llevar a cabo el método de AC que deciden realizar.

Categorías:

- a) No tengo dificultades.
  - b) Falta de tiempo.
  - c) Rechazo del bebé.
  - d) Falta de información.
  - e) Opiniones de familiares.
  - f) Otro.
- 
- Consumo familiar de frutas y verduras y de dulces y golosinas: representa el consumo de frutas y verduras y de dulces que tienen los demás integrantes del grupo familiar.

Categorías:

- Siempre.
- A veces.
- Nunca.

Variables independientes:

- Edad de los bebés.
- Edad de los padres.
- Nivel educativo.
- Horarios de trabajo.
- Como se informaron sobre la forma de alimentación complementaria y creencias sobre la misma.

Categorías:

- Pediatra o profesionales de la salud.
- Familiares o amigos.
- Redes sociales.
- Libros o artículos.
- Otros.

## 9 RECOLECCIÓN DE DATOS

### 9.1 Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta anónima a madres de la localidad de Salto Grande que asisten al Centro Integral Salud. El objetivo fue obtener información sobre el método de alimentación complementaria que llevan a cabo las madres de niños de 6 a 24 meses de edad de Salto Grande que asisten al Centro Integral Salud. La encuesta fue diseñada para explorar los grupos de alimentos introducidos, los métodos de cocción y preparación utilizados, la información recibida por las madres, las dificultades percibidas para seguir recomendaciones de salud, y los factores sociales, culturales y familiares que influyen en las prácticas de alimentación complementaria.

La encuesta fue por muestreo, donde se escoge una parte significativa de la población a estudiar. Tiene preguntas mayormente cerradas con opciones múltiples y algunas abiertas para obtener información cualitativa.

La encuesta se divide en las siguientes secciones:

- Datos sociodemográficos: incluye preguntas sobre edad, nivel educativo y ocupación de los padres.
- Prácticas de alimentación complementaria: explora los alimentos introducidos, frecuencia de alimentos, métodos de cocción y preparación y métodos de administración de los alimentos.
- Fuentes de información: indaga sobre el acceso a información relacionada con la alimentación complementaria, incluyendo profesionales de salud, familiares, internet y redes sociales.
- Dificultades y barreras: identifica los principales obstáculos que enfrentan las madres para seguir las recomendaciones de alimentación complementaria.

## **9.2 Modo de aplicación:**

Se aplicó en dos formatos: digital a través de un link que se envió por whatsapp o gmail y en papel para las madres que prefirieron esta modalidad. El tiempo de respuesta fue de 30 minutos aproximadamente.

## 10 Resultados alcanzados

Aquí se presentan los resultados obtenidos a partir de las encuestas que se realizaron a las 20 madres de niños/as de entre 6 a 24 meses de edad que asisten al “Centro Integral Salud” de Salto Grande. En las variables en que la edad del niño sea relevante (Alimentos que consume actualmente, cantidad de comidas que realiza por día, etc...) se agrupa en tres rangos etarios: 6 a 8 meses, 9 a 12 y 12 a 24. En las demás variables, los datos se presentan de forma global.

La agrupación de las edades en esos rangos responde a etapas diferenciadas en la AC según las recomendaciones de la OMS. Cada etapa representa un momento específico en la incorporación de alimentos, el desarrollo de habilidades de alimentación y el vínculo con la alimentación familiar.

6 a 8 meses: es el inicio de la AC. Es una etapa de exploración y adaptación

9 a 11 meses: se amplía la variedad y cantidad de alimentos. Comienza a participar más activamente en el acto de comer.

12 a 24 meses: se espera que el niño ya consuma una dieta variada, se integre a la mesa familiar y se reduzca progresivamente la lactancia.

**Gráfico I**

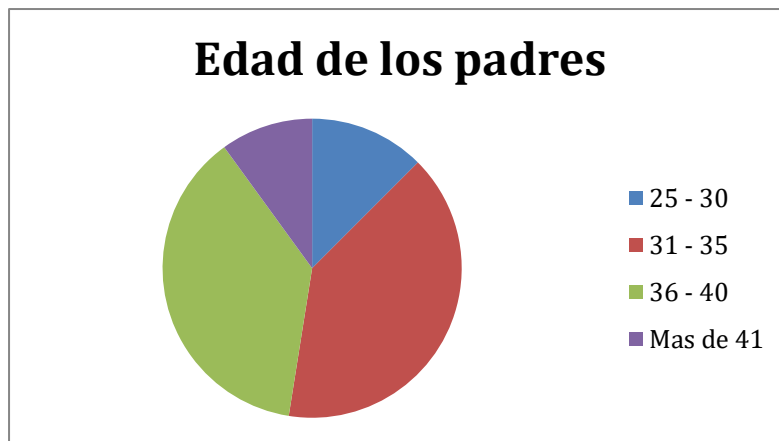


La muestra incluyó 20 niños de los cuales se agruparon según sus edades:

- 6 a 8 meses: ocho niños/as (40%)
- 9 a 11 meses: tres niños (15%)
- 12 a 24 meses: nueve niños (45%)

Se recopiló información sobre las características sociodemográficas de los padres de los niños participantes del estudio.

**Gráfico II**

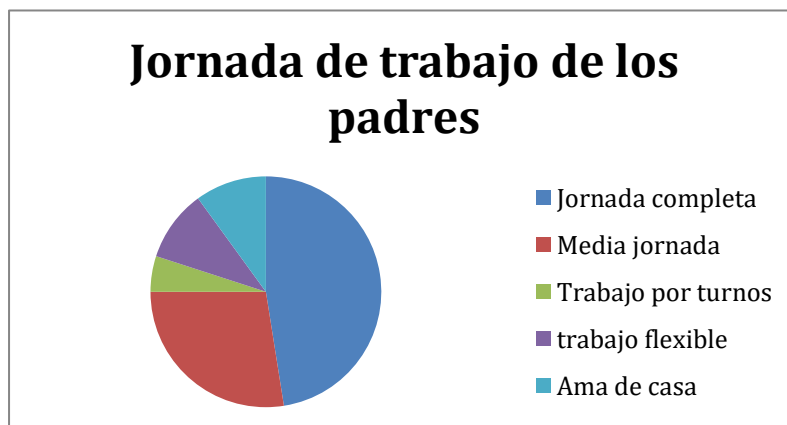


Del total de los padres (40), 5 padres tienen entre 25 – 30 años; 16 padres tienen entre 31 – 35 años; 15 padres tienen entre 36 – 40 años y 4 padres tienen más de 41 años.

**Gráfico III**



**Gráfico IV**



A todos los participantes se les consultó si realizaban AC con sus hijos y el 100% respondió afirmativamente. Por lo tanto se procedió a analizar las características específicas de dicha práctica.

**Gráfico V**



Al consultar sobre el método de AC que llevan a cabo, la mayoría de los padres contestaron que llevan a cabo el método papilla (n=8; 40%) o el método BLW (n=8; 40%) y los restantes llevan a cabo el método BLISS (n=4; 20%)

Al consultar sobre el motivo de la elección del método de AC se observaron diferencias en las razones expresadas según el método utilizado.

Quienes optaron por el método tradicional con papilla mencionaron como las principales razones el miedo al atragantamiento, la presencia de frenillo corto en el niño/a, la mayor familiaridad con este método y la recomendación del pediatra.

Quienes optaron por el método BLW señalaron como motivo el haber leído e investigado sobre el tema, la influencia de la experiencia y recomendación de otras familias y el hecho de que el bebé prefiera tomar los alimentos con sus manos.

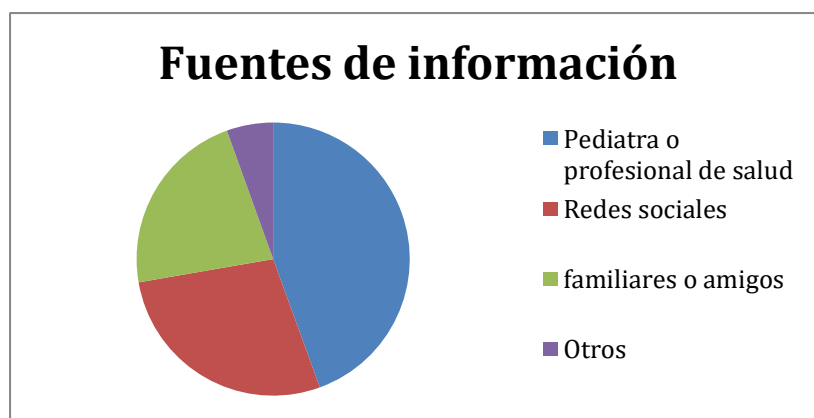
En cuanto al método BLISS, se mencionó que le brindaba mayor autonomía al bebé, que fue el mejor aceptado por el niño y, en algunos casos, por recomendación.

Un participante contestó que aplicaba una combinación entre papilla y BLW por inseguridad respecto a ciertos alimentos.

Al consultar si conocían otros métodos, seis madres respondieron directamente que no, y tres no respondieron a la pregunta. Entre quienes contestaron conocer

otros métodos el más nombrado fue el método tradicional o de papilla, describiéndolo como la manera de ofrecer alimentos en forma de puré. Un participante señaló que este método era para él “el más elegido”, posiblemente por desconocimiento de otras alternativas. El método BLW también fue mencionado caracterizado como una forma de ofrecer alimentos sólidos pero blandos, que el bebé puede tomar con sus manos. No se mencionaron otros métodos como el BLISS, salvo por aquellos que lo llevaban a cabo.

#### Gráfico VI



En la encuesta se incluyó una pregunta de respuesta múltiple respecto a las fuentes de información utilizadas para elegir el método de AC. Se obtuvieron un total de 38 respuestas de 20 encuestados. La opción pediatra o profesional de salud, fue la opción más elegida (n=16; 44%), seguido por las redes sociales (n=10; 28%), y la opción de familiares o amigos, fue la tercera en frecuencia (n=8; 22%), también se incluyó la opción “otros” donde dos encuestados nombraron cursos, uno grupo de apoyo a la lactancia y otro formación universitaria.

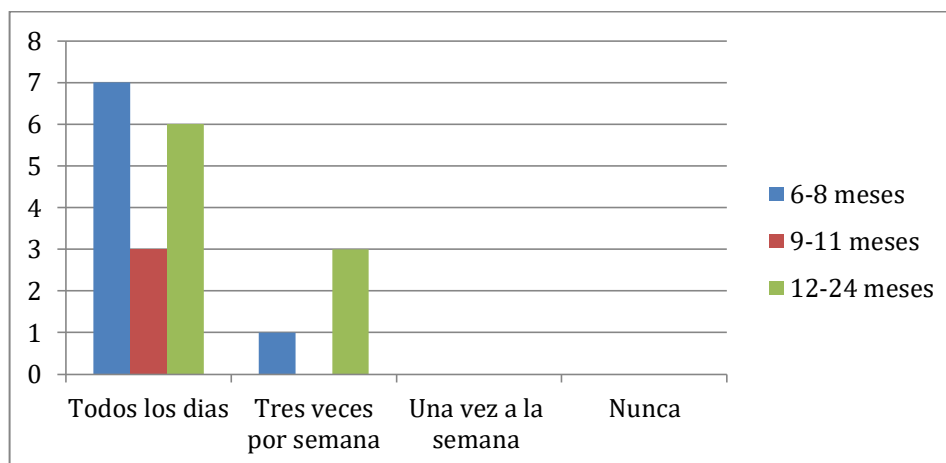
Es importante destacar que la mayoría de los encuestados eligieron más de una fuente de información.

En cuanto a los primeros alimentos ofrecidos (los primeros seis) los grupos más frecuentes fueron verduras, en segundo lugar fruta, y en mucha menor frecuencia lácteos, luego carnes y huevos y el menos nombrado fue pastas. Esta agrupación se realizó sumando la frecuencia total de cada alimento mencionado, sin importar su orden. La verdura que más se incorporó en primer lugar fue la calabaza y de las frutas la banana.

Para las preguntas de frecuencia de consumo de grupos de alimentos, se utilizó la agrupación por edades de la primera pregunta.

### Gráfico VII

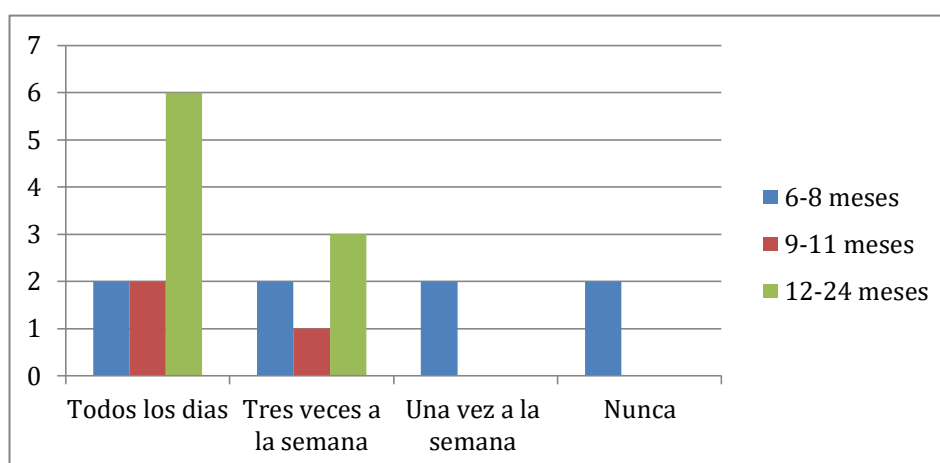
#### *Consumo de frutas y verduras*



Del grupo de niños de 6 – 8 meses de edad, siete consumen frutas y verduras todos los días y uno tres veces por semana. Del grupo de 9 – 11 meses de edad el total (3) consumen frutas y verduras todos los días. El grupo de 12 – 24 meses de edad, se dividió seis todos los días y tres niños tres veces por semana.

### Gráfico VIII

#### *Consumo de carne*

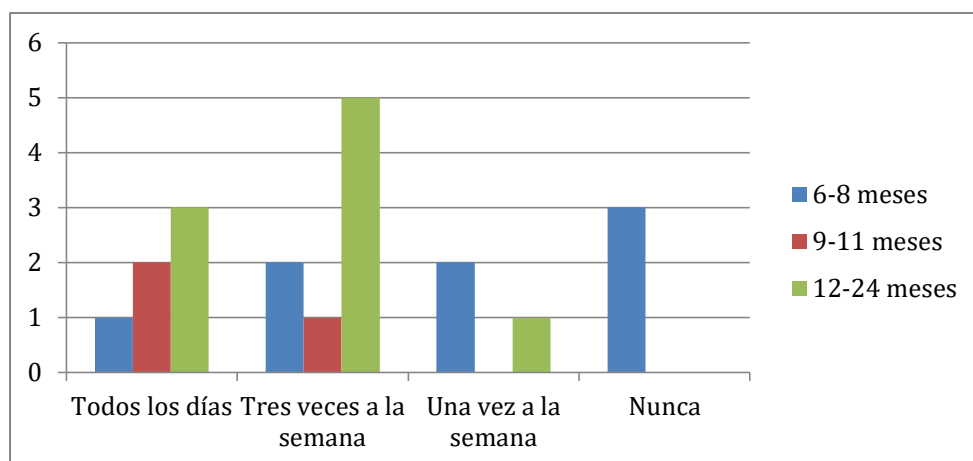


Del grupo de niños de 6 – 8 meses de edad, consumen carnes todos los días, dos niños; tres veces por semana, dos niños, una vez a la semana, dos niños y nunca consumen carne, dos niños. El grupo de 9 – 11 meses, dos consumen carnes

todos los días y uno tres veces a la semana. Del grupo de 12 – 24 meses, seis niños consumen carnes todos los días y tres niños, tres veces a la semana.

### Gráfico IX

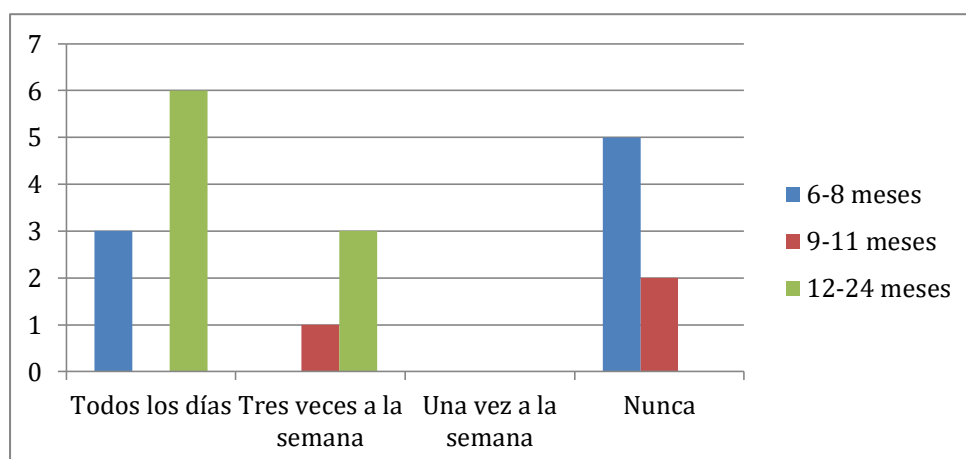
#### Consumo de huevos



Sobre el consumo de huevos, el grupo de niños de 6 – 8 meses de edad, se dividió en un niño que consume huevos todos los días, dos consumen tres veces a la semana, dos una vez a la semana y tres no comieron huevo nunca. Del grupo de 9 – 11 meses, dos consumen huevos todos los días y uno tres veces a la semana. Del grupo de 12 – 24 meses de edad, tres niños consumen todos los días, cinco tres veces a la semana y uno, una vez a la semana.

### Gráfico X

#### Consumo de lácteos

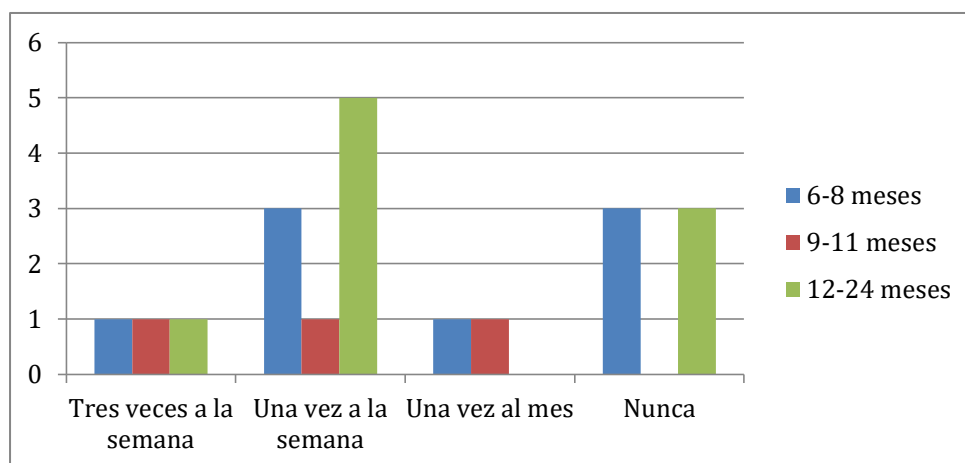


Sobre el consumo de lácteos, el grupo de 6 – 8 meses, tres bebés consumen todos los días y cinco nunca. Del grupo de 9 – 11 meses, uno consume lácteos tres

veces por semana y dos nunca. Del grupo de 12 – 24 meses, seis consumen lácteos todos los días y tres, tres veces a la semana.

### Gráfico XI

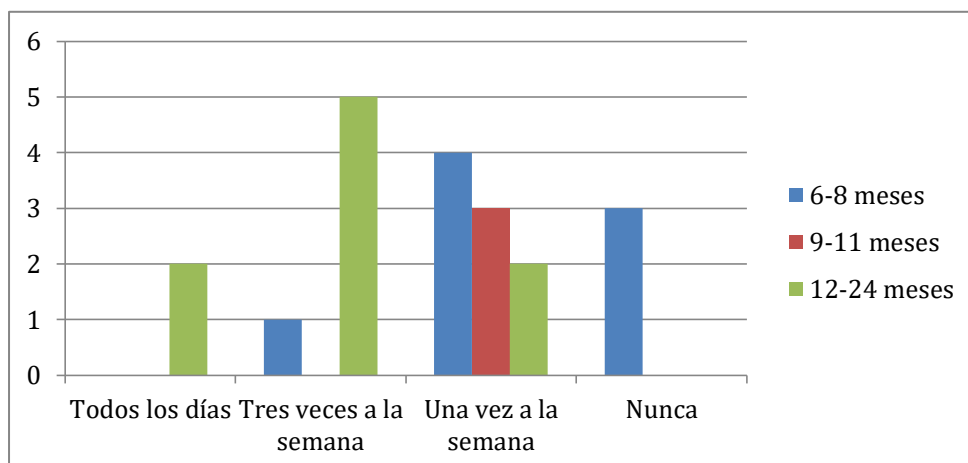
#### Consumo de legumbres



Del grupo de 6 – 8 meses, un niño consume legumbres, tres veces a la semana, tres niños, consumen legumbres una vez a la semana, uno consume legumbres una vez al mes y tres no consumen nunca. Del grupo de 9 – 11 meses, un niño consume legumbres tres veces a la semana, uno, una vez a la semana y uno, una vez al mes. Del grupo de 12 – 24 meses un niño consume legumbres tres veces a la semana, cinco niños consumen legumbres una vez a la semana y tres niños nunca.

### Gráfico XII

#### Consumo de pastas

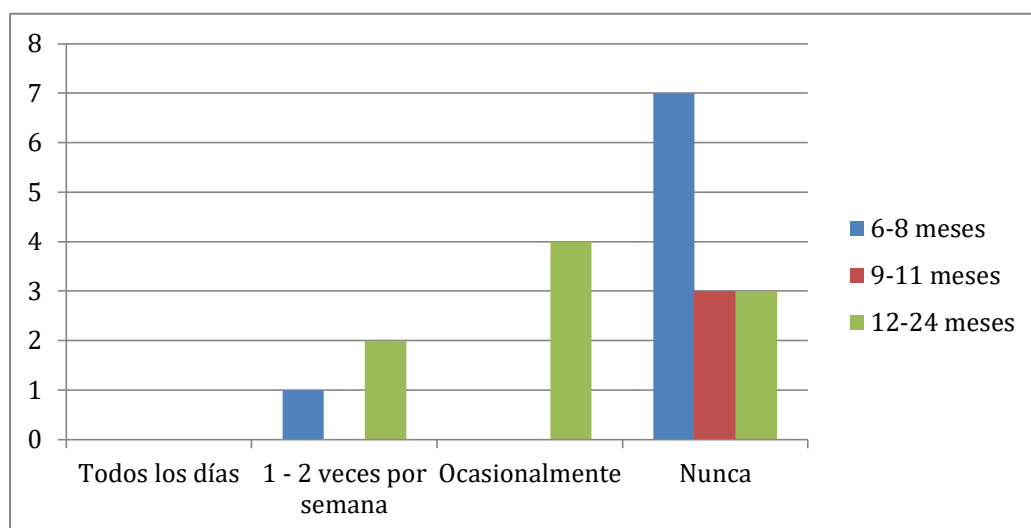


Sobre el consumo de pastas, del grupo de niños de 6 – 8 meses, uno consume tres veces a la semana, cuatro niños una vez a la semana y tres niños no consumen

nunca. Del grupo de 9 – 11 meses, los tres consumen pastas una vez a la semana. Del grupo de 12 – 24 meses, dos consumen pastas todos los días, cinco niños, tres veces a la semana y dos niños, una vez a la semana.

### Gráfico XIII

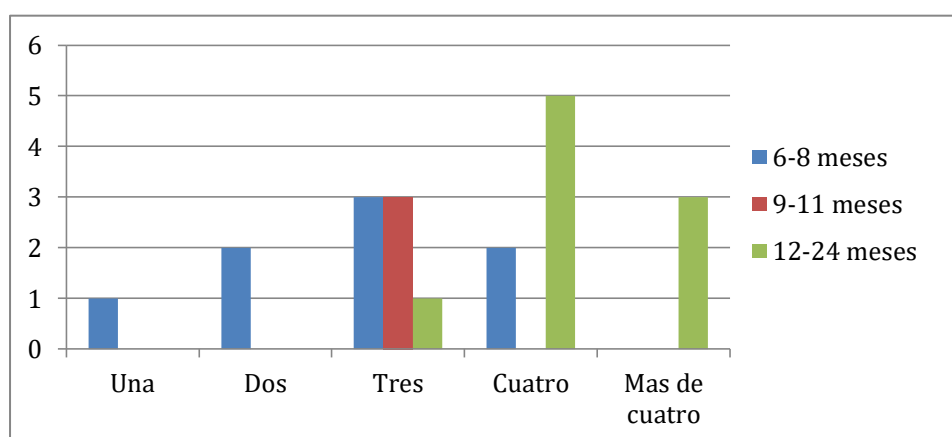
*Consumo de golosinas y dulces*



Sobre el consumo de golosinas y dulces, el grupo de 6 – 8 meses de edad se dividió en un niño una o dos veces por semana y siete nunca. Del grupo de 9 – 11 meses, el total de niños, no consumen golosinas nunca. Del grupo de 12 – 24 meses, dos consumen una o dos veces por semana golosinas y dulces, cuatro consumen ocasionalmente y tres nunca.

### Gráfico XIV

*Número de comidas*



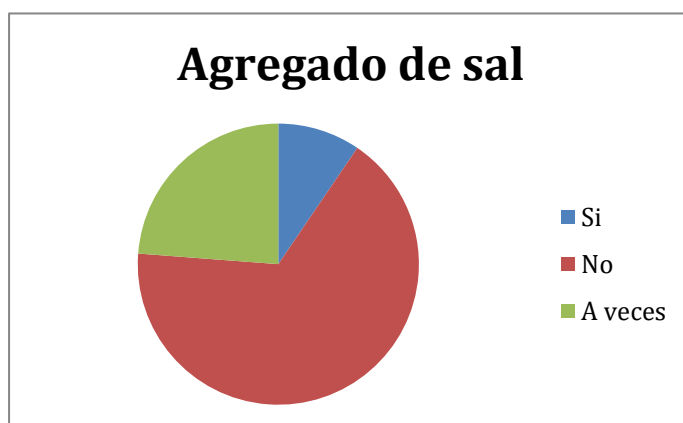
Se preguntó sobre la cantidad de comidas que realizaban en el día. Del grupo de niños de 6 – 8 meses de edad, uno realiza una comida, dos realizan dos comidas, tres realizan tres comidas y dos realizan cuatro comidas al día. Del grupo de 9 – 11 meses el total de niños realiza tres comidas al día. Del grupo de 12 – 24 meses de edad un niño realiza tres comidas al día, cinco niños realizan cuatro comidas y tres realizan más de cuatro comidas al día.

**Gráfico XV**

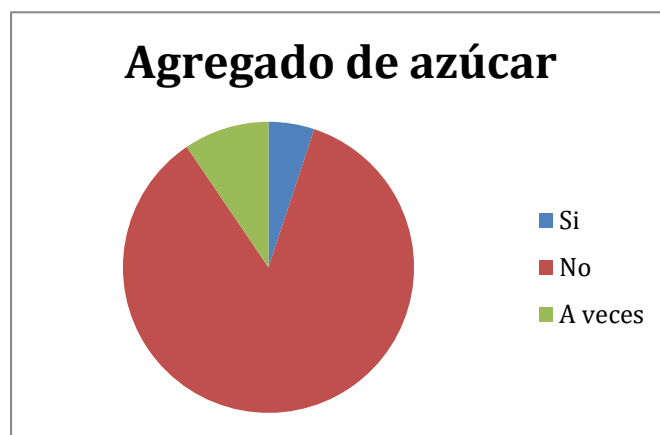


También se preguntó por los tipos de cocción que se utilizan con mayor frecuencia. Es una pregunta de respuesta múltiple. La más elegida es al horno (32%), le siguen hervido (26%) y a la plancha (24%), luego al vapor (14%) y por último frito (2%), en la opción otro, agregaron cacerola (2%)

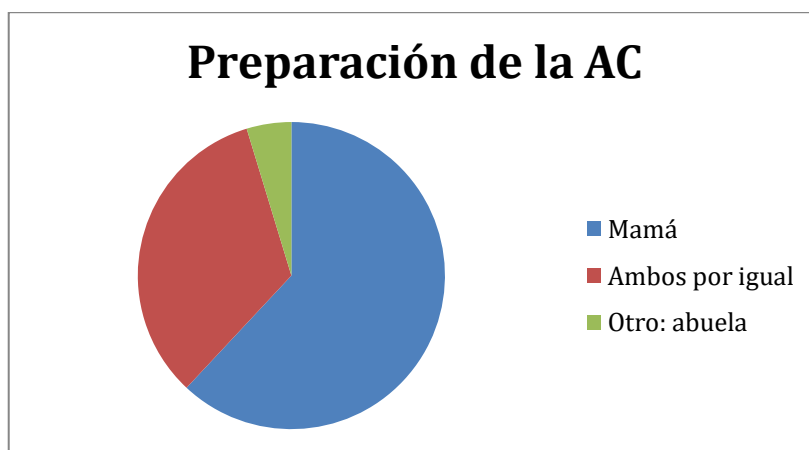
**Gráfico XVI**



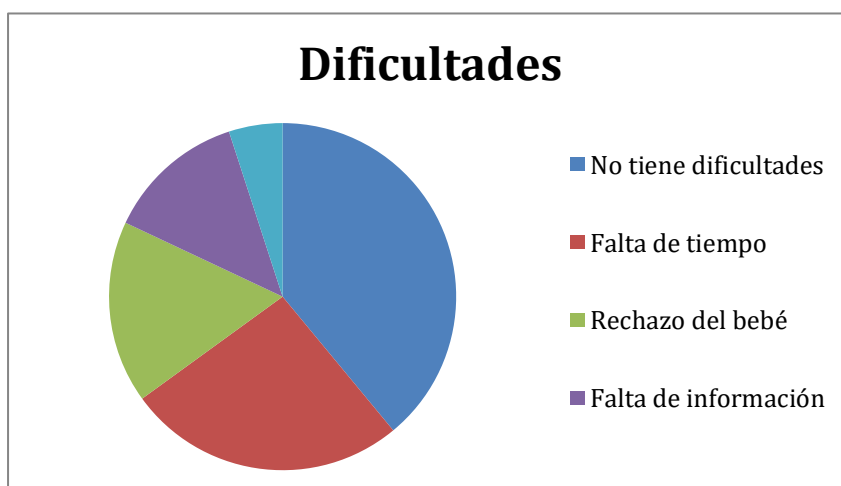
Se consultó por el agregado de sal y azúcar a los alimentos del bebé. Con respecto al agregado de sal, el 66.7% contestó que no le agrega sal a las preparaciones, el 23.8% a veces y el 9.5% si le agrega sal a los alimentos del bebé.

**Gráfico XVII**

Con respecto al agregado de azúcar el 85.7% no le agregan azúcar a las preparaciones, el 9.5% a veces y solo el 4.8% si le agrega azúcar.

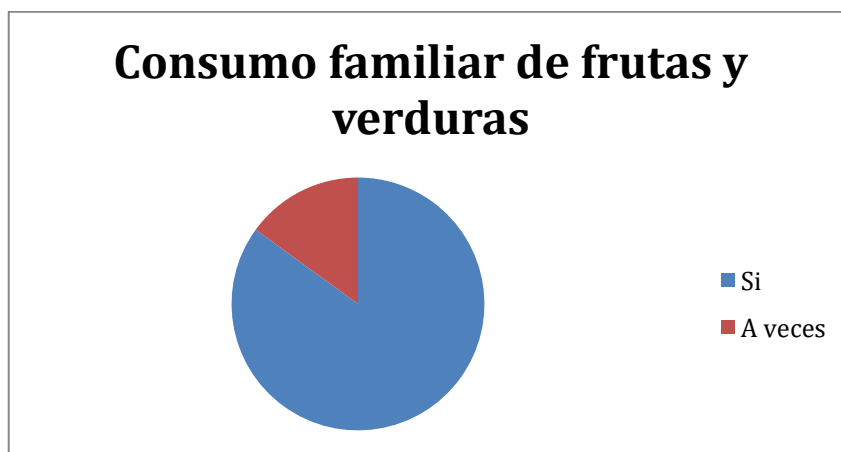
**Gráfico XVIII**

Con mayor frecuencia se encargan las madres de la alimentación del bebé (61.9%), ambos por igual (33.3%), y en la opción otro, abuela (4.7%)

**Gráfico XIX**

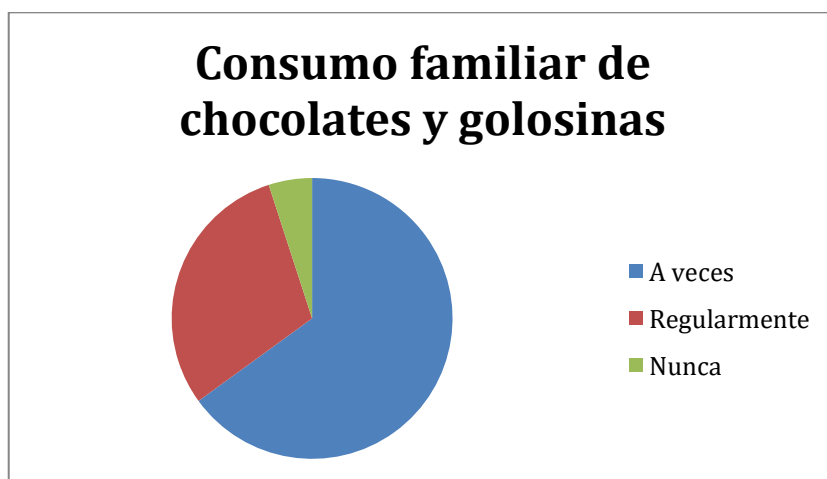
En la encuesta se consultó por las dificultades para llevar a cabo el método de AC elegido. El 39% no tiene dificultades, el 26% eligió la opción falta de tiempo, el 17% rechazo del bebé, el 13% falta de información y el 5% opinión de los familiares.

**Gráfico XX**



Se preguntó por el consumo de frutas y verduras en la familia, y el 85% contestó que si consume y el 15% que consume a veces.

**Gráfico XXI**



Sobre el consumo de chocolates y golosinas el 65% a veces, el 30% regularmente y solo el 5% contestó que no consume.

Comentarios que realizaron sobre su experiencia con la AC:

“En nuestro caso el bebé no quiere comer frutas por la textura, salvo cítricos y palta, en cambio verduras come en almuerzo y cena para ayudar a su tendencia al estreñimiento, le cuesta mucho tomar agua y eso nos estaría demandando mucha

atención por eso consume muchas verduras y legumbres, lo estamos viendo con su gastroenterólogo, no consume leche materna por frenillo corto”

“Frustrante. Madre primeriza. Me ponía muy mal cuando pasaba parte del día cocinando para que no comiera nada. Después entendí que no hay que obligarlos, que comen cuando ellos quieran, lo que quieran y como lo quieran”

“Por momentos difícil, no consume frutas y le tengo que camuflar las verduras”

“Es adaptable por sus variedades”

## 11 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio permiten observar una diversidad en las prácticas de AC entre los participantes encuestados. Si bien se trata de una muestra pequeña ( $n=20$ ), se identifican tendencias interesantes.

En cuanto a los métodos de AC, se observa una distribución equitativa entre quienes utilizan el método tradicional con papillas y quienes optan por el BLW, con ocho casos cada uno, mientras que cuatro madres emplean el método BLISS. La elección del método parece estar fuertemente influida por factores personales y contextuales.

En el caso del método tradicional, predomina el miedo al atragantamiento, la familiaridad con este enfoque y la recomendación del pediatra.

Por otro lado, las madres que optaron por el método BLW reportaron motivaciones relacionadas con la información obtenida de otras familias o mediante lecturas e investigaciones propias y cursos, destacando el rol del entorno social y el acceso a recursos informativos.

El método BLISS, aunque menos conocido, fue valorado positivamente por quienes lo utilizaron, que destacaron beneficios como la mayor autonomía del bebé y la buena aceptación de los alimentos. Sin embargo, se notó falta de conocimiento general sobre este método, ya que ninguno de los encuestados que no lo practicaba lo mencionó, lo que pone de manifiesto una necesidad de mayor difusión por parte de los profesionales de salud.

En relación con las fuentes de información, la mayoría de las madres declaró haber consultado a profesionales de la salud, aunque también recurrieron a otras fuentes como redes sociales, experiencias familiares y grupos de crianza. Aunque la diversidad de fuentes es buena, para conocer más métodos, experiencias, opiniones y saberes, es importante verificar esa información porque no todas las fuentes garantizan información basada en evidencia científica.

Finalmente, los primeros alimentos ofrecidos fueron predominantemente verduras y frutas, lo cual es coherente con las recomendaciones actuales de salud pública. El

hecho de que otros grupos de alimentos como, legumbres, carnes y huevos aparezcan en etapas posteriores puede estar influido por dudas o falta de claridad sobre el momento adecuado para su introducción, lo cual resalta la importancia de una orientación profesional clara y actualizada.

Con respecto al consumo de frutas y verduras diario, en todos los grupos es elevado, en los niños de 9-11 meses es pequeño pero la muestra es pequeña y en realidad representa el 100% por lo tanto es un resultado muy positivo. No se registran niños que nunca consuman frutas en ningún rango etario lo cual indica una buena adherencia general a las recomendaciones nutricionales. El consumo de carnes tiene mayor frecuencia en niños de 12-24 meses, puede estar asociado a una mayor capacidad masticatoria, o confianza de los cuidadores al introducir estos alimentos. Este resultado demuestra la importancia de brindar información sobre la importancia de introducir alimentos ricos en hierro como la carne en las primeras etapas para la prevención de anemia. La frecuencia del consumo de huevos es baja en la primera etapa (6-8 meses) y aumenta con la edad. Este dato también demuestra la necesidad de mayor acompañamiento a las familias, ya que es un alimento de alto valor biológico y se recomienda introducirlo desde el comienzo de la AC. En cuanto al consumo de lácteos se ve una mayor frecuencia en la última etapa lo cual es esperable porque en la primera etapa su principal alimento sigue siendo la leche materna o fórmulas infantiles, y otros lácteos como yogur o queso se recomienda introducirlos de forma gradual. En el grupo de 9-11 meses probablemente sea la etapa de transición porque se ve un aumento del consumo pero en la etapa de 12-24 meses es cuando empieza a ser más diario. El consumo de legumbres suele ser bajo en los tres grupos etarios, en el grupo de 12-24 meses aumenta levemente por lo que demuestra que es un grupo de alimentos que se incorpora tardíamente, probablemente debido a su textura o por la creencia de que es un alimento pesado para bebés. Refuerza la necesidad de informar sobre el valor nutricional de este alimento y promover su incorporación y brindar estrategias para su correcta preparación incluso en etapas tempranas. La frecuencia del consumo de pastas aumenta en progresión con el grupo etario esto se puede deber a que en un principio las familias prioricen el consumo de otros alimentos y en la última etapa al consumir más cantidad de alimentos se pueda optar por mayor variedad. El consumo de golosinas y dulces en la etapa de 6-8 meses es muy baja, lo cual es

positivo y se adapta a las recomendaciones de evitar el azúcar en el primer año de vida, en el grupo de 9-11 meses se mantiene el bajo consumo, en el grupo de 12-24 meses hay un incremento del consumo que puede deberse a celebraciones o costumbres familiares.

La mayoría de las familias no le agregan sal y azúcar a los alimentos que preparan para sus bebés, lo que es coherente con las recomendaciones actuales de AC saludable. Sin embargo se detectó una pequeña proporción que si lo hace, lo que destaca la importancia de seguir reforzando el rol educativo del equipo de salud en cuanto a la preparación de los alimentos durante los primeros años de vida.

Si bien un 39% de las madres refirió no presentar dificultades para llevar a cabo la AC, el 61% identificó alguna dificultad. La falta de tiempo (26%) fue la principal dificultad reportada, posiblemente asociado con responsabilidades laborales, domésticas o de cuidado y sugiere la importancia de promover estrategias prácticas y adaptables a la rutina familiar. Otro aspecto es el rechazo del bebé (17%) que plantea desafíos a la hora de incorporar nuevas texturas o alimentos, que puede generar inseguridades en los cuidadores si no tienen un acompañamiento adecuado. La falta de información (13%) refuerza la necesidad de intervenciones educativas claras y accesibles, sobre qué alimentos ofrecer, de qué manera prepararlos y cómo actuar ante diferentes situaciones comunes. Y un 5% mencionó la influencia de la opinión de los familiares, lo que pone en evidencia el peso de los factores socioculturales en la toma de decisiones alimentarias.

El consumo de frutas y verduras en las familias es elevado, ninguno contestó que no consume frutas y verduras, lo cual es positivo y se ve reflejado en la alimentación de los niños, ya que los adultos funcionan como un ejemplo para los niños. Sin embargo en cuanto al consumo de chocolates y golosinas el 65% consume a veces y un 30% ocasionalmente este dato sugiere una alta disponibilidad y normalización de alimentos ultra procesados en la casa, lo cual puede influir negativamente en los hábitos alimentarios desde etapas tempranas, por lo tanto se debe reforzar mensajes de salud que no se enfoquen solo en la alimentación del niño, sino también en la alimentación familiar en conjunto.

Con respecto al conocimiento que tenían las madres sobre AC el 45% dijo no conocer otros métodos, en el antecedente *“Conocimientos maternos sobre la*

*alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED Centro Salud Parcona*” se clasificó el nivel de conocimiento de las madres y se dividió un 46.7% nivel bajo de conocimiento, 40.2% nivel intermedio y 13.1% nivel alto de conocimiento. Aunque no hicimos una clasificación el no conocer otros métodos podría indicar que el nivel de conocimiento es bajo o intermedio.

En este estudio como en el antecedente *“Prácticas y creencias habituales en la preparación de la alimentación complementaria infantil en una muestra española: estudio transversal”* se destacan las verduras como grupo prioritario en la AC, se identificó entre los primeros alimentos ofrecidos la calabaza y la banana. Pero en este antecedente hay una mayor incorporación temprana de carnes. En este también se identificó al hervido como el método más utilizado para la preparación de alimentos (63%) En nuestra encuesta se mencionó primero al horno, en segundo lugar hervido, a la plancha y por ultimo al vapor.

En el antecedente *“Desigualdad en las prácticas de lactancia y alimentación complementaria en Argentina, según nivel de ingresos del hogar en 2018-2019”*, a partir de un recordatorio de 24 horas, se observó que el 23% de los niños no había consumido frutas ni verduras el día previo, mientras que un 60% había ingerido alimentos no saludables y un 50% bebidas azucaradas, lo que refleja una alimentación poco equilibrada. En nuestro estudio, mediante una encuesta de frecuencia, el 80% de los niños consumía frutas y verduras diariamente y el 20% al menos tres veces por semana; además, el 65% no consumía golosinas ni dulces y el 35% lo hacía solo de manera ocasional o una vez por semana. Aunque las metodologías difieren, los resultados sugieren que la población estudiada en este estudio presenta prácticas alimentarias más adecuadas en comparación con lo reportado en dicho antecedente.

El consumo de frutas y verduras en este estudio es elevado, no como en el antecedente *“Evaluación de las ingestas dietéticas y prácticas alimentarias en niños de 6 a 23 meses en una localidad del noroeste argentino”* donde se encontró una proporción considerable de niños que no alcanzó las recomendaciones de micronutrientes, lo que puede significar un bajo consumo de frutas y verduras.

## 12 CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio permiten identificar que, en general, las prácticas de AC implementadas por las familias encuestadas se encuentran en línea con las recomendaciones actuales, especialmente en cuanto a la elección de alimentos saludables como frutas y verduras, carnes y huevos y a la no incorporación de sal y azúcar añadida en la mayoría de los casos.

Se observó una diversidad en los métodos de AC utilizados, siendo los más utilizados la papilla y el BLW, lo que demuestra una apertura a nuevas prácticas alimentarias, aunque todavía existen temores y barreras, como el miedo al atragantamiento. La decisión se vio influenciada principalmente por recomendaciones profesionales como por experiencias personales y sociales.

Los alimentos fueron introducidos progresivamente con una adecuada presencia de frutas, verduras y carnes. Sin embargo se identificaron oportunidades de mejora en la incorporación de legumbres, un alimento altamente nutritivo, que no se encuentra muy utilizado en los primeros meses. Se evidenció un aumento en el consumo de productos dulces a medida que avanza la edad, lo cual pone de manifiesto la necesidad de seguir promoviendo prácticas de alimentación saludable más allá del primer año de vida.

Se destaca el rol fundamental del equipo de salud como fuente principal de información aunque también se observa la influencia de otras familias y de contenido disponible en internet. Esto refuerza la necesidad de continuar con estrategias de educación alimentaria, claras, accesibles como en redes o centros de salud para que llegue a más familias.

No se refirieron dificultades importantes para implementar la alimentación complementaria, sin embargo, factores como la falta de tiempo, el rechazo de bebé y la falta de información siguen siendo obstáculos relevantes.

Se identificó en el entorno familiar que se consume con frecuencia alto consumo de frutas y verduras, también se reporta un consumo regular de chocolates y golosinas, lo que podría influir en la alimentación del niño.

Los resultados permiten concluir que si bien existen prácticas adecuadas en la introducción de alimentos, aún persisten desafíos vinculados al contexto social y familiar, así como la necesidad de mayor acompañamiento profesional. Este estudio destaca la importancia de fortalecer las estrategias de educación alimentaria desde el primer nivel de atención en salud, involucrando a madres y a su entorno cercano.

Entre las limitaciones del estudio se destaca el tamaño reducido de la muestra, lo cual limita la generalización de los resultados.

## 13 BIBLIOGRAFÍA

Arias, A. (2019) *Tipos de cortes para un BLW seguro*. Practicando BLW nutrición infantil. Recuperado de <https://practicandoblw.com/blw-seguro-y-corte-de-alimentos/>

Borges, E. (2020) *Guía de cortes, BLW y primeras comidas*.

Fuentes, V.; Leonelli, G. (2022) *¿Qué se sabe actualmente sobre el método de alimentación guiado por el bebé – BLW?* Recuperado de <https://www.revistachilenadepediatria.cl/>

Fundación educacional. Educación alimentaria y nutricional. (s.f) *¿Por qué los primeros 1000 días de vida son tan importantes?* Recuperado de <https://educacional.org.ar/acciones-educativas/2020-11-2-por-qu-los-primeros-1000-das-de-vida-son-tan-importantes>

Gómez Fernández-Vegue, M. (2018) *Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre alimentación complementaria*. Recuperado de [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones\\_aep\\_sobre\\_alimentacio\\_n\\_complementaria\\_nov2018\\_v3\\_final.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf)

Jiménez Acosta, S. (s.f.) *La alimentación complementaria adecuada del bebé*.

Lamas, V. (s.f.) *¿Por qué no se recomienda leche de vaca antes del año?* Recuperado de <https://www.clubnutri.com.ar/0-12-meses/alimentacion>

López, L.; Suarez, M. (2005) *Fundamentos de Nutrición normal*. Editorial El Ateneo

Manzano, A. (2024) *Los nuevos métodos de alimentación complementaria: Baby Led Weaning y Baby Led Introduction to Solids*. Recuperado de <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/33116>

Ministerio de Salud de la Nación (s.f.) *Guías Alimentarias para la Población Infantil*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud>

Monteban, M.; Villagra, G.; Alderete, E. (2022) *Vegetales y frutas en la primera infancia: prácticas alimentarias maternas*. Recuperado de

<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/205256>

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Principios orientadores para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/746>

Romero Velarde, E.; Villapando Carrión, S. (2016) *Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos*. Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v73n5/1665-1146-bmim-73-05-00338.pdf>

Rovira, L. (2020) *Baby Led Weaning – Alimentación Complementaria del bebé*. Recuperado de <https://www.centrojuliafarre.es/blog/alimentacion-complementaria-blw>

Sabino, C. (1992) *El proceso de investigación*. Editorial Panapo

Sánchez González, M.; Gómez Piqueras, P. (2021) *Baby Led Weaning, ¿Seguro y eficaz? Una revisión narrativa. Pediatría atención primaria*. Recuperado de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322021000400019](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322021000400019)

Solano, P. (2023) *Métodos para el inicio de la Alimentación complementaria. ¿Cuál elegir?* Recuperado de <https://gestarconamor.com/0-1-año/alimentacion-couplementaria-que-metodo-elegir/>

Unicef (2021) *Tendencias y factores determinantes de la alimentación de los niños y niñas entre 6 y 24 meses en América Latina y el Caribe*.

## 14 ANEXO

### 14.1 ENCUESTA:

#### Datos generales:

1. Edad del bebé: \_\_\_\_\_
2. Edad de los padres:
  - Madre: \_\_\_\_\_
  - Padre: \_\_\_\_\_
3. Horario de trabajo de los padres:
  - Madre: \_\_\_\_\_
  - Padre: \_\_\_\_\_
4. Nivel educativo de los padres:
  - Madre: \_\_\_\_\_
  - Padre: \_\_\_\_\_

#### Prácticas de Alimentación Complementaria:

5. ¿Realiza alimentación complementaria con su bebé?  
( ) Si ( ) No
6. ¿Qué método de Alimentación Complementaria lleva a cabo con su hijo?  
(Seleccione uno)
  - ( ) Papillas o purés
  - ( ) Baby-Led Weaning (BLW)
  - ( ) BLISS
7. ¿Por qué eligió este método? \_\_\_\_\_
8. ¿Conoce otros métodos de alimentación complementaria?
  - ( ) Sí, conozco todos
  - ( ) Conozco algunos
  - ( ) No los conozco
9. Mencione brevemente qué sabe sobre estos métodos:
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_

#### Fuentes de información:

10. ¿De dónde recibió información sobre cómo implementar la AC y las diferentes formas de realizarla? (Puede seleccionar más de una)
  - ( ) Pediatra o profesional de salud
  - ( ) Familiares o amigos
  - ( ) Redes sociales
  - ( ) Libros o artículos
  - ( ) Otro: \_\_\_\_\_

### Introducción de alimentos:

11. ¿Cuáles fueron los primeros alimentos que introdujeron en la alimentación del bebé? (Ordene desde el primero hasta el último, los primeros 6 alimentos que introdujo)
12. El bebé ¿Con qué frecuencia consume...?
- Frutas y verduras: ( ) Todos los días ( ) 3 veces a la semana ( ) Una vez a la semana ( ) Nunca
  - Carne: ( ) Todos los días ( ) 3 veces a la semana ( ) Una vez a la semana ( ) Nunca
  - Huevos: ( ) Todos los días ( ) 3 veces a la semana ( ) Una vez a la semana ( ) Nunca
  - Lácteos: ( ) Todos los días ( ) 3 veces a la semana ( ) Una vez a la semana ( ) Nunca
  - Legumbres: ( ) 3 veces a la semana ( ) una vez a la semana ( ) una vez al mes ( ) Nunca
  - Pastas: ( ) Todos los días ( ) 3 veces a la semana ( ) una vez a la semana ( ) Nunca
  - Golosinas y dulces: ( ) Todos los días ( ) 1-2 veces por semana ( ) Ocasionalmente

### Hábitos de preparación y consumo:

13. ¿Cuántas comidas realiza en el día generalmente? (Sin contar la leche materna)
- ( ) Una
  - ( ) Dos
  - ( ) Tres
  - ( ) Cuatro
  - ( ) Más de cuatro
14. ¿Qué tipo de cocción utiliza con mayor frecuencia en la preparación de las comidas? (Puede seleccionar más de uno)
- ( ) Hervido
  - ( ) Al vapor
  - ( ) A la plancha
  - ( ) Al horno
  - ( ) Frito
  - ( ) Otro: \_\_\_\_\_
15. ¿Añade sal a los alimentos del bebé?
- ( ) Sí ( ) No ( ) A veces
16. ¿Añade azúcar a los alimentos del bebé?
- ( ) Sí ( ) No ( ) A veces

17. ¿Quién se encarga con mayor frecuencia de la alimentación del bebé?

- ( ) Madre - ( ) Padre - ( ) Ambos por igual - ( ) Otro: \_\_\_\_\_

**Factores y dificultades:**

18. ¿Tiene alguna dificultad para llevar a cabo el método de AC que utiliza?

- ( ) No tengo dificultades
- ( ) Falta de tiempo
- ( ) Rechazo del bebé
- ( ) Falta de información
- ( ) Opiniones de familiares
- ( ) Otro: \_\_\_\_\_

19. ¿La familia consume frutas y verduras diariamente?

( ) Siempre ( ) Nunca ( ) A veces

20. ¿La familia consume golosinas y dulces regularmente?

( ) Regularmente ( ) A veces ( ) Nunca

**Comentario adicional:**

21. Si desea, agregue algún comentario sobre su experiencia con la alimentación complementaria:

---

---

---