

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE NUTRICIÓN

Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición

COMPARACIÓN DE LOS PATRONES DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA TRADICIONAL RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA GUIADA POR EL BEBÉ, QUE REALIZAN LAS MADRES EN NIÑOS (AS) MENORES DE UN AÑO, QUE ACUDEN A UNA FUNDACIÓN DE GRUPO DE APOYO A LAS MADRES, 2017

Sustentante:

Karla María Rodríguez Vásquez

Tutora

Licda. Ingrid Cerna Solís. Nutricionista

Abril, 2017

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
CAPÍTULO I 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1.1 Antecedentes del problema	2
1.1.1.2 Indicadores básicos de lactancia materna y alimentación complementaria	4
1.1.2 Descripción del problema	6
1.1.3 Delimitación del problema.....	9
1.1.4 Justificación de la investigación	10
1.3. OBJETIVO GENERAL	13
1.3.1. Objetivos específicos	13
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	14
1.4.1. Alcances	14
1.4.2 Limitaciones	14
CAPÍTULO II 2. EL MARCO TEÓRICO	15
2.1. CONTEXTO HISTÓRICO	16
2.1.1 Contexto histórico mundial.....	16
2.1.2 Contexto histórico nacional.....	22
2.2. CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	33
2.2.1 Desarrollo físico de los niños menores de un año	33
2.2.2 Valoración del crecimiento	34
2.2.3 Lactancia materna	35
2.2.4 Alimentación Complementaria	44
3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	97
3.2 UNIDADES DE ANÁLISIS	98
3.2.1 Población	98
3.2.2 Muestra.....	98
3.2.3 Criterios para la selección de la muestra	102

3.2.3.1 Criterios de inclusión.....	102
3.2.3.2 Criterios de exclusión.....	103
3.3 LAS VARIABLES	103
3.3.1 Operacionalización de Variables	104
Tabla N ° 10. Cuadro de operacionalización de variables.....	105
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	109
3.4.1 Técnicas	109
3.4.2 Instrumentos	109
3.5 PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN.....	110
3.5.1 Etapa preliminar.....	110
3.5.2 Etapa de campo.....	111
3.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	112
3.6.1 Análisis univariado	112
3.6.2 Análisis bivariado	113
3.7 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	113
CAPÍTULO IV, 4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	114
4.1 Características sociodemográficas	115
4.3 Prácticas de alimentación complementaria realizadas por las madres con sus hijos (as)	130
4.3 Apertura de las madres a utilizar el método de alimentación guiado por el bebé.....	144
4.5 Análisis Bivariado.....	147
CAPÍTULO V, 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	170
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	171
5.1 Conclusiones	171
5.2 Recomendaciones	171
5.2.1 Recomendaciones para las madres.....	171
5.2.2 Recomendaciones para el personal de salud	173
BIBLIOGRAFÍA	174
ANEXOS	188
Anexo 1	189
Cuestionario sobre el proceso de alimentación complementaria.	189
Anexo 2	195

Consentimiento informado	195
Anexo 3	199
Declaración Jurada	199
Anexo 4	201
Carta del Tutor	201

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Factores que regulan el crecimiento	33
Tabla N°2. Capacidad Gástrica en Relación con la Edad	48
Tabla N°3. Funciones neuromusculares y cognitivas de los niños menores de un año, según la edad en meses	51
Tabla N°4. Edad de erupción de los dientes primarios	53
Tabla N°5. Requerimientos de energía (kcal/kg/día) de los niños alimentados con leche materna, con leche infantil y con lactancia mixta	54
Tabla N° 6. Recomendaciones de ingesta proteica del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos para los lactantes y niños de corta edad	56
Tabla N°7. Recomendaciones de ingesta de grasa, expresada como porcentaje de la energía total, para lactantes y niños de corta edad	57
Tabla N°8. Requerimientos de sodio de lactantes y niños menores de tres años	60
Tabla N°9 Cálculo del tamaño de muestra	101
Tabla N°10 Cuadro de operacionalización de variable	105

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1 Distribución etaria de las madres entrevistadas, Liga de la Leche, enero-marzo 2017	115
Figura N°2: Distribución de la muestra por ocupación, Liga de la Leche, enero-marzo 2017	116
Figura N°3: Distribución de la muestra por grado académico, Liga de la Leche, enero-marzo 2017	117
Figura N°4: Distribución de la muestra por estado civil, Liga de la Leche, enero-marzo 2017	118
Figura N°5: Mes de inicio de la alimentación complementaria a criterio de las madres, Liga de la Leche, enero-marzo 2017	119
Figura N°6: Mes de integración del niño(a) a la dieta familiar, a criterio de la madre, Liga de la Leche, enero-marzo 2017	121
Figura N°7: Cantidad y textura de alimento que se le debe dar al niño (a) al inicio de la alimentación complementaria a criterio de las madres, Liga de la Leche, enero-marzo 2017	122
Figura N°8: Alimentos que las madres consideran muy alimenticios para sus hijos (as) menores de un año, Liga de la Leche, enero-marzo 2017	125

Figura N°9: Beneficios de alimentar a los niños (as) menores de un año con alimentos sólidos en trozos (sin hacerlos puré o majarlos) a criterio de las madres, Liga de la Leche, enero-marzo 2017	128
Figura N°10: Duración de la lactancia materna durante el primer año de edad, Liga de la Leche, enero-marzo 2017	130
Figura N°11: Edad de inicio del proceso de alimentación complementaria. Liga de la Leche, enero-marzo 2017	133
Figura N°12: Momento en el que la madre ofrece alimento a su bebé relacionado con la lactancia materna. Liga de la Leche, enero-marzo 2017	136
Figura N°13: Rango de días en que la madre le da a probar al niño (a) un nuevo alimento al incorporarlo. Liga de la Leche, enero-marzo 2017	137
Figura N°14: Razones por las cuales las madres decidieron iniciar la alimentación complementaria. Liga de la Leche, enero-marzo 2017	139
Figura N°15: Fuentes de información de quienes recibieron asesoría las madres para brindarle alimentos al niño (a), Liga de la Leche, enero-abril, 2017	142
Figura N°16: Razones por las cuales las madres que utilizaron el método de alimentación complementaria tradicional no estarían dispuestas a utilizar el método de “Alimentación guiada por el bebé” Liga de la Leche, enero-abril, 2017	144
Figura N°17: Comparación del criterio de las madres acerca del mes adecuado en que se debe iniciar la alimentación complementaria, dividido por método de alimentación (Tradicional vs BLW), Liga de la Leche, enero-marzo 2017	147

Figura N°18: Comparación del criterio de las madres acerca del mes de integración completa de los niños (as) a la dieta familiar, dividido por método de alimentación (Tradicional vs. BLW), Liga de la Leche, enero-marzo 2017	150
Figura N°19: Comparación del criterio de las madres acerca de la cantidad de alimento y la textura que se le debe brindar al niño por tiempo de comida al inicio de la alimentación complementaria, dividido por método de alimentación (Tradicional vs BLW) Liga de la Leche, enero-marzo 2017	152
Figura N° 20: Comparación del criterio de las madres acerca de los alimentos que consideran muy alimenticios para sus hijos (as) menores de un año, dividido por método de alimentación (Tradicional vs BLW). Liga de la Leche, enero-marzo 2017	155
Figura N°21: Comparación del criterio de las madres acerca de si consideran que alimentar al bebé con alimentos sólidos en trozos (sin hacerlos purés o majarlos) tiene beneficios para un bebé menor de un año, dividido por método de alimentación (Tradicional vs BLW). Liga de la Leche, enero-marzo 2017	157
Figura N°22: Comparación de la edad en la que el niño (a) dejó de recibir lactancia materna, dividida por método de alimentación (Tradicional vs BLW) Liga de la Leche, enero-marzo 2017	162
Figura N°23: Comparación del rango de días que la madre le da de probar al niño (a) un nuevo alimento al incorporarlo a su dieta, dividida por método de alimentación (Tradicional vs BLW) Liga de la Leche, enero-marzo 2017	165

Figura N°24: Comparación de las razones por las cuales las madres decidieron iniciar la alimentación complementaria, dividido por método de alimentación (Tradicional vs BLW) Liga de la Leche, enero-marzo 2017

167

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis a Dios, quien me dio la fortaleza, la motivación, la sabiduría, la salud y todo lo que necesité para poder culminar con éxito este sueño.

A mi familia porque son lo más importante en mi vida, y todo se logra más fácilmente cuando se tiene el apoyo y el amor de ellos.

Que este sea solo el inicio de un proyecto de vida exitoso, que sea de bendición para todas aquellas personas a quienes les pueda servir como profesional en Nutrición, quienes son al final mi principal inspiración para dar lo mejor de mí.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco primeramente a Dios por haberme permitido tener la dicha de estudiar la carrera que me apasiona y le doy gracias a Él por haberme guiado en este proyecto de graduación.

Dios sabe todas las pruebas que tuve que pasar junto al desarrollo de este trabajo y solo gracias a su misericordia mi proyecto de graduación no salió afectado, sino por el contrario, culminó con éxito y forma parte de mis metas cumplidas.

Le agradezco también a Dios nuevamente por poner ángeles terrenales en mi camino, quienes fueron pilares para el desarrollo de este proyecto. Mi primer ángel, mi mamá, quien siempre ha estado conmigo y se alegra de cada uno de mis triunfos. Mi otro ángel, mi papá, quien en un principio me tendió la mano para continuar estudiando mi carrera, y mi tercer ángel, mi amiga Nathalie Muñoz, quien siempre se preocupó, me animó e impulso a seguir adelante hasta el final.

Le doy gracias también a todas las personas que colaboraron en este proyecto sin ningún interés más que el de ayudar, entre ellas, las líderes de “La Liga de la Leche Costa Rica”, quienes me abrieron las puertas a su fundación siempre con una sonrisa y apertura a colaborar en esta investigación; y a las madres que me contactaron voluntariamente con deseos de compartir sus experiencias vividas con sus hijos.

Le agradezco además a los profesionales que me acompañaron guiándome en el desarrollo del trabajo, entre ellas la Dra. Ingrid Cerna Solís, la Dra. Kailan Cubero González y el MSc. Edgar Rojas González. El proyecto refleja la entrega y dedicación por parte de ellos también.

Y finalmente a todas aquellas personas que intervinieron en estos años de estudios y contribuyeron en mi formación académica.

Karla Rodríguez Vásquez

CAPÍTULO I. 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este capítulo se presentan varios apartados los cuales indican la problemática de la malnutrición infantil y deficiencias de la alimentación complementaria, así como la descripción, la delimitación y formulación del problema; la justificación de la investigación; los objetivos generales y específicos; además, de los alcances y limitaciones de la investigación.

1.1.1 Antecedentes del problema

A nivel mundial y nacional se han hecho esfuerzos por combatir la desnutrición y malnutrición en los niños, una de las medidas que se han tomado es promover la lactancia materna, entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Salud, la Universidad de Costa Rica específicamente el área de investigación, la CCSS y fundaciones sin fines de lucro como La Liga de la Leche han hecho esfuerzos para promover que los niños sean alimentados desde su primer día de nacidos hasta al menos los dos años de edad con leche materna(CCSS, 2007),(INISA, 2017), (UNICEF, 2016)

Estimaciones recientes indican que casi un tercio de las muertes infantiles podrían evitarse mediante una combinación de la lactancia materna exclusiva por 6 meses y prácticas óptimas de alimentación complementaria. (UNICEF, 2010)

En la pasada década en los Estados Unidos múltiples organizaciones promovieron la lactancia como un punto importante en los documentos “Healthy People 2000” (“Gente saludable 2000) y “HealthyPeople 2010” (“Gente saludable 2010”), cuyos objetivos con relación a este aspecto fueron: aumentar el número de madres que dan leche y el tiempo que duran amamantando. En 1992 la Organización Mundial de la

Salud (OMS) y la UNICEF pusieron en marcha la práctica de 10 pasos para la lactancia materna exitosa en el marco de la iniciativa de hospitales del niño. (OPS, UNICEF, 2010)

Según reportes de la OMS, (2016) las muertes neonatales representaron un 45% del total de muertes, lo que indica un aumento proporcional desde el año 2000, esto quiere decir que alrededor de un millón de niños en el 2015, su primer día fue también su último día. Más de la mitad de estas muertes neonatales se deben a enfermedades que se podrían haber tratado si hubiera acceso a intervenciones simples y asequibles.

Por otro lado, 5.9 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años de edad, de esa cifra, esto fue debido a enfermedades infecciosas y a afecciones como la diarrea, el paludismo, neumonía, meningitis, tétanos, sarampión, sepsis y sida. La neumonía y la diarrea son las causas de muerte principales en las tres regiones con índices de mortalidad más altos: África meridional, Asia meridional y África occidental y central. La malnutrición es una causa subyacente que contribuye aproximadamente a 45% del total de las muertes, debido a que hace que los niños sean más vulnerables a las enfermedades graves. (OMS, 2016)

Los esfuerzos de los países se enfocan en promover la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses y en conjunto con la alimentación complementaria hasta los dos años de edad, sin embargo, estos esfuerzos no se acompañan de educación nutricional en cuanto a la calidad de los alimentos brindados durante la alimentación complementaria, tampoco cantidad y períodos de tiempo en que se pueden introducir los alimentos a los niños. (OPS, 2007)

1.1.1.2 Indicadores básicos de lactancia materna y alimentación

complementaria

En Costa Rica para el año 2012 la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna muestran el estado de la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño”, esta encuesta realizada por Costa Rica tiene un puntaje de 105 calculado sobre 150 puntos, esta es una herramienta para evaluar las prácticas, políticas y programas nacionales de la OMS.

Este estado está diseñado para ayudar a los países a evaluar las fortalezas y debilidades de sus políticas y programas, con el fin de proteger, promover y apoyar las prácticas óptimas de alimentación de lactantes y niños (as) pequeños (as).

Los indicadores básicos se resumen en seguida (WBT, 2012):

Indicador 1: Iniciación Temprana de la Lactancia Materna: El porcentaje de bebés amamantados (as) dentro de la hora posterior a su nacimiento es de un 95 %.

Indicador 2: Lactancia Materna Exclusiva Durante los Primeros Seis Meses: El porcentaje de bebés de menos de seis meses de edad exclusivamente amamantados (as) en las últimas 24 horas es de un 53.1%.

Indicador 3: Duración Mediana de la Lactancia Materna: Los bebés son amamantados (as) por una duración mediana de 14.7.

Indicador 4: Alimentación con Biberón: El porcentaje de bebés amamantados (as) menores de 6 meses que reciben otros alimentos o bebidas en biberón es de 47.9%.

Alimentación complementaria: El porcentaje de bebés amamantados (as) que reciben alimentos complementarios a los 6-9 meses de edad es de un 91.6%

Apoyo informativo: ¿Se están implementando estrategias de Información, Educación y Comunicación para mejorar la alimentación de los lactantes y niños (as) pequeños (as) (lactancia materna y alimentación complementaria)? Puntaje: 6. Este puntaje significa que en este aspecto el país se encuentra deficiente.

A nivel nacional y estatal funcionarios (as) de los servicios de gineco-obstetricia brindan una capacitación gratuita y oportuna para la preparación del parto, donde es posible que se brinde información acerca de la alimentación complementaria, sin embargo, no hay temas estandarizados para los cursos, ya que depende del recurso con que cuenten las Áreas de Salud u hospitales, de manera que no se garantiza que en estas capacitaciones se incluya el tema de alimentación complementaria. En este contexto diferentes profesionales son los responsables de ofrecer la educación prenatal, aunque la mayoría son enfermeras (os). La información que se brinda a la madre, padre o cuidador se basa en el contenido del Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña. (CCSS, 2016)

Por otra parte, la formación que reciben los profesionales en medicina y enfermería quienes son el personal de salud más cercano a las madres y niños menores de un año, no incluye temas relacionados a la alimentación en el primer año de vida, y a nivel público estos profesionales son los encargados de asesorar a las madres. (Calvillo, A, Cabado, X & García, K., 2013)

Además de la falta de capacitación y educación nutricional a esta población, hay que sumar que las compañías dedicadas a la producción de alimentos infantiles utilizan los medios de comunicación masiva para promocionar sus productos con el fin de que lleguen a la madre y al personal de salud, sin tomar en cuenta el impacto que este tiene sobre la incidencia y prevalencia de la alimentación complementaria, así como los efectos negativos o adversos en la salud de la población infantil. (Calvillo, A, Cabado, X & García, K., 2013)

En muchas ocasiones contratan a personal de salud para promover sus productos y de esta forma lograr que la población confíe en ellos al sentir que están respaldados por profesionales en salud. (Calvillo, A, Cabado, X & García, K., 2013)

1.1.2 Descripción del problema

El bienestar nutricional de un país y una región depende en gran parte de los hábitos de alimentación que tenga su población. La madre, generalmente, es la responsable de la alimentación de sus hijos y familia. Es importante que cuente con conocimientos adecuados sobre la alimentación de los niños y niñas y la familia en general, para asegurar un buen estado nutricional de la misma y consecuentemente, de la población. (AEP, 2016)

El cuidado que la madre brinde al niño actualmente, depende de muchos factores, tales como el nivel educativo, socio-económico, y algunas condiciones culturales y laborales. (AEP, 2016)

El aumento que ha venido dándose en la participación de la mujer a la fuerza laboral, ha influido en la disminución de la edad del destete y la alimentación de sus hijos e hijas, ya que la mujer al trabajar fuera del hogar no siempre tiene un horario flexible y

otras facilidades para amamantar, y no disponen de mucho tiempo para poder preparar los alimentos de su familia, optando por opciones comerciales y rápidas que no siempre son las mejores. (UNICEF, 2016)

Culturalmente, las mujeres han recibido mayor apertura laboral y de inclusión a la sociedad en labores, que anteriormente eran destinadas solamente para el hombre, sin embargo, a pesar que la mujer ha sido ampliamente incluida en la sociedad, las labores domésticas siguen siendo en mayor proporción destinadas para las mujeres, de manera que el trabajo es doble para ellas, ya que ahora trabajan tanto fuera del hogar como dentro de él. (Aguilar M, 2005)

Todo este contexto social influye en la adquisición de los buenos hábitos de alimentación en el hogar.

Es importante, reconocer que la alimentación entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” que influyen en el crecimiento, desarrollo físico e intelectual de los niños, así como en la formación de los hábitos alimentarios. (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

Las instituciones públicas de salud en el país han promocionado la lactancia materna con el fin de evitar problemas de salud pública, y lograr una óptima nutrición en los niños, previniendo problemas de desnutrición y mal nutrición, sin embargo, no se han enfocado en proporcionar y educar a las madres en el siguiente paso, que es la introducción de otros alimentos a sus hijos distintos a la leche materna. (CCSS et al., 2012)

De manera que es necesario enfocarse en las debilidades por parte de la población en este tema y así poder educar a la población en cuanto a las prácticas correctas de

alimentación complementaria y así contribuir con el desarrollo de la sociedad ya que la alimentación brindada en este período de tiempo juega un papel importante para garantizar el óptimo crecimiento, desarrollo y salud durante la infancia. (Brown, 2010)

Se ha comprobado que esta es la edad crítica en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos nutrientes y enfermedades como la diarrea, y después de que el niño alcanza los dos años de edad, es muy complicado revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente. (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

Si el país presenta un desconocimiento en todo lo que implica una adecuada alimentación complementaria, corre el riesgo de que estos niños incorrectamente alimentados, sufran en su vida adulta alergias y patologías asociadas como obesidad, por el contrario, la calidad de los primeros alimentos introducidos, el momento correcto y la diversidad de la dieta complementaria predicen un mejor estado nutricional y una vida más sana. (Brown, 2010)

1.1.3 Delimitación del problema

La investigación se lleva a cabo con una muestra de 100 madres costarricenses de cualquier edad, escolaridad y nivel socio-económico, con hijos o hijas mayores a 1 año de edad y menores o iguales a 2 años de edad, que hayan tenido la oportunidad de brindar alimentación complementaria a sus hijos. La investigación se realiza con madres seguidoras de la página de Facebook de la fundación apoyo a la lactancia materna “Liga de la Leche”.

El estudio abarca el primer cuatrimestre del año 2017. Las madres quienes participan en el estudio de forma voluntaria, se convocan a partir de una postulación realizada en la página de Facebook de la “Liga de la Leche Costa Rica”.

La Liga de la Leche a nivel mundial se fundó en 1956, en la actualidad, atiende cada mes a más de 300.000 madres en 63 países. La Liga de La Leche es miembro de del Consejo de Organizaciones No-Gubernamentales de UNICEF y mantiene relaciones de trabajo con la Organización Mundial de la Salud. Es además, miembro fundador de Alianza Mundial a favor de la Lactancia Materna.

La Liga de la Leche en Costa Rica es una organización internacional, no lucrativa, dedicada a proveer educación, información, apoyo y estímulo a madres que quieren amamantar y al personal de salud para una práctica adecuada de la lactancia materna. (La Liga de la Leche, 2016)

Se coordina una cita con las madres interesadas en participar en el estudio para el llenado de la encuesta, luego de verificar que las participantes reúnen los criterios de inclusión. En general, el punto de reunión con cada una de ellas es su casa de habitación o lugar de trabajo.

Las madres participantes son madres que ellas mismas se ofrecen a participar en el estudio después de ver la convocatoria, de manera que hace más enriquecedora la investigación, al tener una población interesada en compartir su experiencia con futuras profesiones de salud y otras madres.

1.1.4 Justificación de la investigación

La razón por la cual se desea hacer esta investigación es para tener una mayor visión sobre el conocimiento y prácticas que tienen las madres costarricenses en relación con la alimentación complementaria, también se pretende comparar los conocimientos y prácticas que tienen las madres que implementaron la alimentación complementaria tradicional en relación con las que se guiaron por el método de alimentación complementaria guiada por el bebé. Alimentación guiada por el bebé es un método traducido al español, su nombre original en inglés es Baby-led-Weaning, el cual como indica Rapley, G; Murkett, T (2010) se basa en que sea el propio lactante quien se alimenta llevándose la comida a la boca, supervisado por un adulto, favoreciendo patrones de alimentación.

También es significativa la investigación con el fin de mejorar los conocimientos de las madres en el tema y así asegurar una correcta introducción de alimentos durante el primer año de vida del niño (a) y a su vez enseñar patrones saludables desde las primeras etapas de vida en estos (as), ya que como indica Maldonado (2015) esta alimentación representa un conjunto de oportunidades para construir las bases de lo que más adelante serán los hábitos alimentarios del individuo, influye además en el crecimiento, desarrollo físico e intelectual de los niños.

En esta etapa de la vida se pueden determinar enfermedades crónicas que se expresan durante la edad adulta, debido a factores, como desnutrición, ya que la mayoría de los niños desnutridos no alcanzan todo su potencial de desarrollo; obesidad, la cual es preocupante en la actualidad y su origen puede venir desde edades tempranas; y malnutrición por exceso o déficit de nutrientes Lakshman, R., Landsbaugh, J. R., Schiff, A., Cohn, S., Griffin, S., & Ong, K. K. (2012)

Además de la implicación que la alimentación complementaria tiene en la salud física del bebé durante la niñez y adultez, es importante considerar la importancia que tiene también en la salud mental, y en aspectos importantes de los funcionamientos emocional y conductual del individuo, si bien es importante el qué de la alimentación (ofrecer dieta adecuada), es igualmente importante el cómo se le ofrece. (OMS, OPS, 2010)

Por estos motivos, es importante investigar las prácticas y creencias de las madres sobre alimentación complementaria, con el fin de identificar algunos de los factores que pueden contribuir positiva o negativamente en la alimentación del infante a lo largo de su vida, para generar información que contribuya como base de lineamientos de programas educativos de manera que se vayan corrigiendo aquellas prácticas inadecuadas e incentiven las adecuadas que desarrollen al niño en todo su potencial física e intelectual.

Se pretende ser de provecho para los estudiantes y profesionales de nutrición, pediatras, y personal de salud, en especial para quienes laboran en la promoción y prevención de la salud y las madres en general.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Hay grandes vacíos en el conocimiento de la introducción de la alimentación complementaria y la nutrición adecuada en los niños, lo cual no deja de llamar la atención si se considera que en su gran mayoría los niños asisten regularmente a controles de crecimiento y desarrollo. Es muy frecuente la introducción de alimentos como el huevo, las leguminosas y las carnes a edades muy tempranas.

La etapa de alimentación complementaria es una travesía para las madres que se encuentran rodeadas de falta de conocimiento acerca del modo de realizar este procedimiento, esta etapa suele generar confusiones en las madres, desconfianza, y prácticas inadecuadas debido a la falta de información oportuna. (Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2016)

De manera que es necesario profundizar en este tema con el fin de intervenir los factores que están incidiendo negativamente estos aspectos.

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas de alimentación complementaria de las madres que utilizan el método de alimentación complementaria tradicional versus los conocimientos y las prácticas de las madres que utilizan el método de alimentación guiada por el bebé?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Comparar los conocimientos y prácticas de madres sobre alimentación complementaria tradicional, con respecto a la alimentación guiada por el bebé en niños (as) menores de un año en el 2017 para la promoción de formas de alimentación complementaria las cuales promueven un adecuado desarrollo físico e intelectual.

1.3.1. Objetivos específicos

- Determinar las principales características socio-demográficas de las madres en estudio.
- Identificar los conocimientos que tienen las madres acerca de lo que para ellas representa una adecuada alimentación complementaria.
- Conocer las prácticas de alimentación complementaria que llevan a cabo las madres con sus hijos (as).
- Conocer la apertura que tienen las madres que utilizan el método de alimentación complementaria tradicional utilizar el método de alimentación guiada por el bebé.
- Contrastar los conocimientos y prácticas de alimentación complementaria que tienen las mujeres con sus hijos (as), con las bases teóricas nutricionales de alimentación complementaria.
- Comparar los conocimientos y prácticas de alimentación complementaria tradicionales con las del método “Alimentación guiada por el bebé” que tienen las mujeres con sus hijos (as).

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1. Alcances

Al realizar esta investigación se obtiene información oportuna acerca del conocimiento y prácticas que tienen las madres sobre alimentación complementaria desde distintas perspectivas, lo que permite tener información actualizada sobre la técnica de alimentación tradicional y la técnica de alimentación guiada por el bebé.

1.4.2 Limitaciones

La primordial limitación, en el momento de compilar la información, fue la indudable escasez de datos y estudios científicos en Costa Rica sobre alimentación complementaria. Esta escasa información científica actual nacional, no permite tener un panorama más amplio acerca de la problemática del tema a nivel nacional.

En Costa Rica no existen estadísticas que refieran la aparición de enfermedades alérgicas, respiratorias o digestivas en niños (as) a una práctica inadecuada de alimentación en el primer año de vida.

Por otra parte, otra limitación es la escasez de estudios científicos sobre el tema de alimentación complementaria guiada por el bebé, de manera que no permite respaldar la problemática debido a la escasez de material científico fiable.

CAPÍTULO II. 2. EL MARCO TEÓRICO

2.1. CONTEXTO HISTÓRICO

El contexto histórico muestra la situación de la alimentación complementaria en niños y niñas en su primera etapa de la vida a nivel mundial y nacional, debido a que es importante conocer el impacto que tiene la alimentación de los niños (as) en los dos primeros años y sus repercusiones sociales.

2.1.1 Contexto histórico mundial

El objetivo mundial sobre la alimentación complementaria es fomentar una alimentación complementaria oportuna, adecuada, inocua y apropiada sin interrupción de la lactancia materna. La alimentación complementaria adecuada depende de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y el sistema de atención sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2003)

A nivel mundial, se ha estimado que solamente el 34.8% de los lactantes reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Los alimentos complementarios son introducidos muy pronto o demasiado tarde, y muchas veces nutricionalmente, inadecuados e inseguros. (OMS y OPS, 2010)

En la encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses por servicios públicos y mutuales de Montevideo y el interior del país realizado en Uruguay por el Fondo de las Naciones Unidas en el 2007, la tasa de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses alcanzó un valor de 57.1%, respecto al primer líquido que el niño tomó diferente de la leche

materna fue principalmente, el agua (37.2%), seguida de la fórmula láctea y leche de vaca (22.9 y 13.5% respectivamente). Le siguieron una variedad de aguas de distintos agregados como azúcar y limón, y té predominantemente, manzanilla y anís. (UNICEF, 2007)

Respecto a la práctica de lactancia materna el 87.8% de los niños eran amamantados a libre demanda. La tasa de alimentación complementaria oportuna un 47.3% de los niños entre los 6 y 9 meses recibió lactancia materna y alimentos complementarios, un 22% nunca había probado un alimento diferente a la leche materna, entre los que lo habían probado lo hicieron en promedio a los cinco meses. La primer comida que se le dio a probar al niño fue mayoritariamente, puré de verduras (55.7%), seguidamente del puré de frutas (35.5%), donde predominó la manzana. La lista se completó con una amplia gama de alimentos que no superó cada uno al 2% de los niños. (UNICEF, 2007)

La consistencia habitual de las preparaciones ofrecidas al niño era entre los 3 y 8 meses líquidos o licuados, puré predominantemente hasta los 11 meses, y ocupó un lugar importante en el segundo año de vida. La integración total del niño a la mesa familiar se dio recién a los 21 meses. (UNICEF, 2007)

En la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud en Argentina (2009), se muestra que el inicio de la alimentación complementaria es temprano, un 25% incorporó alimentos antes del cuarto mes, 43% entre el cuarto y sexto mes y sólo el 32% de los niños al sexto mes o después.

Heather B, Clayton H, Ruowei L, Cria G, and Kelley S, (2012) en un estudio realizado acerca de la prevalencia y razones para la introducción de alimentos sólidos a infantes indican que en general, el 40,4% de las madres introdujeron alimentos sólidos antes de los 4 meses. Las razones más comúnmente citadas para la introducción temprana de alimentos sólidos eran: "Mi bebé era bastante viejo," "Mi bebé parecía hambriento "," Quería alimentar a mi bebé algo además del pecho, leche o fórmula "," Mi bebé quería la comida que comía "," Un médico u otro profesional de la salud dijo que mi bebé debe comenzar a comer alimentos sólidos ", Y "Ayudaría a mi bebé a dormir más por la noche". El 55% de las madres que introdujo alimentos sólidos antes de los 4 años meses citó que un médico u otro profesional de la salud les había dicho que así lo hicieran.

Según Cardona K, Castaño J, Hurtado C, Moreno M, Restrepo A, Villegas O (2013) en una población de Colombia el 30,9% de las madres practicaron lactancia materna exclusiva, destete precoz en el 64,7% de los casos, el 99,8% de las madres iniciaron lactancia materna con un promedio de duración de 3,81 meses; el inicio de la alimentación complementaria se dio en promedio a los 3,72 meses, el 99,6% de las gestantes recibieron educación en lactancia materna, con promedio de controles de crecimiento y desarrollo durante los 6 primeros meses de 1,86.

En otro estudio realizado en Colombia, por González G, Reyes L, Borré Y, Oviedo H, Barrios L, Carbonó L, Martínez G (2015) sobre los factores que inciden en el destete temprano en un grupo de madres, el 94,22 % suministró lactancia materna exclusiva a sus hijos; mientras que el 5,77 % no lo hizo. Los factores que influyeron en la suspensión de la lactancia materna fueron: falta de tiempo (36,54 %),

producción insuficiente de leche (23,06 %), rechazo del bebé a la lactancia (17,51 %), decisión propia de la madre (15,38 %) e influencia familiar (7,69 %).

Este estudio corrobora que el destete temprano o precoz se produce por dos aspectos: por factores del niño y por factores maternos. Sin embargo, es más frecuente la presencia de factores maternos que del niño. En los niños, el factor más común es el rechazo a la lactancia materna. Por otra parte, los altos porcentajes en cuanto a la alimentación complementaria a edades tempranas observados en este estudio ponen de manifiesto el riesgo de enfermedad que podría sufrir esta población infantil en próximos años, tal como se ha demostrado en estudios previos. No obstante, cabe resaltar que la ingesta de alimentación complementaria no es que sea inadecuada, pero debe darse en el tiempo estipulado y de acuerdo con la madurez del sistema biológico del recién nacido.

A través de los años, en las regiones de la costa caribe colombiana se ha arraigado la creencia que apoya la inserción de alimentos a temprana edad. Tal creencia se ha transmitido de generación en generación y los familiares la han aceptado como buenas prácticas. Dichas prácticas se fundamentan en mitos relacionados con el crecimiento y desarrollo del niño. Es decir, a mayor cantidad de alimentos suministrados al niño, mayores posibilidades de tener hijos que crezcan sanos y fuertes. Dicha situación resalta no sólo el poder de las creencias, hábitos y factores culturales sobre los resultados nutricionales de la población, sino que también evidencia las necesidades educacionales que requiere la población para el mejoramiento de los estilos y hábitos de vida.

En Perú se realizó un estudio sobre las estrategias de las madres durante el proceso de alimentación en niños de 6 a 24 meses, se encontró que las madres multíparas actúan de una forma activa y responsiva, utilizan palabras afectivas durante la comida de los niños, utilizan estrategias para dar de comer como por ejemplo, la animación al niño para terminar la comida mediante juegos y cantos mientras que las madres primíparas actúan de una forma autoritaria cuando el menor se ensucia, juega o rechaza los alimentos. (Maldonado G, Delgado D, Creed K, 2015)

- En otro estudio realizado en Colombia, sobre las prácticas de alimentación en lactantes menores de dos años se concluye que a pesar que estos niños menores de dos años en el 66,7% recibía leche materna, su práctica de alimentación es inapropiada, puesto que >54.2% recibe alimentos con riesgo de alergenicidad, el 75% prepara alimentos inadecuadamente y el 58.1% tiene una alimentación complementaria precoz, situaciones que repercuten en su estado nutricional. (Beltrán C, Natas D, Velasco C, 2012)

Respecto al método de alimentación complementaria guiada por el bebé también se han realizado estudios, uno de ellos realizado en Inglaterra acerca de las experiencias de las madres que seguían el método de alimentación complementaria guiada por el bebé, las madres informaron las experiencias positivas incluyendo: más conveniente (a la hora de las comidas y cuando fuera y sobre), costo reducido, no tenían que preocuparse de seguir un plan, pensaban que el bebé desarrollaría patrones de alimentación más saludables, opinaban que el bebé lo disfrutaba más y los bebés participaron en comidas familiares y generalmente comieron lo que la

familia-comió.

Algunos desafíos incluyendo el desorden, el desperdicio de alimentos, y la ansiedad sobre potencial asfixia en las primeras semanas. (BLW. Brown y Lee, 2011)

En otro estudio acerca de las diferencias de las madres que seguían uno u otro método se encontró que las madres que siguieron BLW informaron menores niveles de restricción, presión para comer, vigilancia y preocupación por el peso del niño en comparación con las madres que seguían el método tradicional, y a pesar de esto no hubo asociación entre el método de alimentación y el peso del bebé. (Brown y Lee, 2011)

En otro estudio realizado en Reino Unido acerca del perfil de las madres que usaban BLW, se identificó que las madres tenían educación superior, más probabilidades de amamantar y tenían menos probabilidades de regresar al trabajo antes de los 12 meses-posparto.

Los bebés que seguían BLW tenían más probabilidades de comer en familia y de comer la misma comida que la familia. (BLW. Brown y Lee, 2011)

Según Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, et al. (2016), en un estudio acerca de qué tan diferente es el método de alimentación complementaria dirigido por el bebé y el método tradicional, los bebés del método BLW fueron más propensos que los lactantes del método tradicional a comerse todo o la mayor parte de su comida iniciando la alimentación complementaria (67% vs 8%, $p < 0,001$).

Ambos grupos estaban consumiendo alimentos que tienen riesgo de asfixia, este estudio excluye la posibilidad que los bebés que siguen el método BLW consuman

más alimentos con riesgo de asfixia que los del método tradicional. (Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, et al., (2016)

2.1.2 Contexto histórico nacional

2.1.2.1 Contexto histórico nacional de atención al desarrollo de la niñez

En 1952 se inicia en el Ministerio de Salud la consulta del niño sano, con el fin de controlar su estado nutricional, incluyendo peso, talla, vacunaciones, dar educación de higiene y alimentación a los padres y madres. (CCSS, MINSA, MEP, UCR, UNA, 2012)

Se concreta el Programa de Centros de Educación y Nutrición y Centros de Atención Integral Desarrollo Infantil (CEN-CINAI) con el fin de apoyar por parte del estado a las familias en la crianza de los niños a la batuta del Ministerio de Salud. En 1950 se firma un convenio entre el Ministerio de Salud y el Fondo de Naciones Unidas de Ayuda a la Familia (UNICEF) y se crea el Programa Costarricense de Alimentación Complementaria (ayuda para niñas y niños de 0 a 7 años, madres embarazadas y lactantes en situación de vulnerabilidad social.

Este programa incentivó la creación del Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud el 8 de mayo de 1951. En 1953 se crean los primeros 7 Centros de Nutrición en los que se brindan servicios de alimentación a los niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad social y de salud. (CCSS et al., 2012)

En 1998, se promulga la ley de Desconcentración de los Hospitales y de las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, siendo uno de los servicios la atención al

desarrollo de niños y niñas. Esta atención otorgada a niños y niñas a partir de este momento incluye: (CCSS et al., 2012)

- Control prenatal (al menos 5 encuentros de la madre con los profesionales en salud durante el embarazo) y curso de preparación para el parto

- Atención intrahospitalaria durante el parto, durante esta atención se promueve la lactancia materna, se entrega el carné y la educación a la madre en pasos para la lactancia exitosa y los cuidados del recién nacido.

- Consulta de crecimiento y desarrollo a niños de 0 a 7 años. Durante esta consulta se realiza una anamnesis pediátrica, un examen físico pediátrico según la edad, examen neurológico, exámenes de laboratorio, llenado del carné del niño, aplicación del esquema de vacunación, valoración ocular y auditiva, valoración del desarrollo, profilaxis y tratamiento de anemia y parasitosis.

Para 1979, el Dr. Carlos Sáenz, médico del Hospital de Niños publica un documento llamado “Promoción y apoyo de una alimentación complementaria apropiada en el período del destete y uso de recursos locales para este fin” recomienda introducir la alimentación complementaria en los niños y niñas a partir del cuarto al sexto mes de vida, ya que indica que a esta edad el niño puede tolerar diferentes clases de alimentos.

Años después, la Comisión Nacional de Lactancia Materna en Costa Rica con el fin de unificar criterios en el personal de Salud, mejorar las prácticas de alimentación infantil e incrementar la duración de la lactancia materna estableció que “La introducción de alimentos diferentes a la leche materna debe iniciarse a partir de los

seis meses de edad. O sea, que el lactante debe ser amamantado en forma exclusiva, hasta este momento, sin recibir agua, tés, fórmulas lácteas, ningún alimento que no sea leche de su madre”. (Ministerio de Salud, s f.)

Este pronunciamiento se hizo con el propósito también de disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas, desnutrición y alergias entre los niños (as) lactantes de Costa Rica, así como fortalecer los vínculos de afecto entre el bebé y la madre (Ministerio de Salud, s f.)

En el año 2009, junto con el Equipo Nacional de Desarrollo se valida el Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña. (CCSS et al., 2012). Este es un folleto que se entrega a la madre del niño (a) al momento de nacer, en los hospitales y maternidades estatales de manera gratuita. Fue elaborado y financiado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), con el apoyo de funcionarios del Ministerio de Salud (MS), Ministerio de Educación Pública (MEP), Ministerio de Justicia y Gracia y Universidad de Costa Rica. (CCSS, 2016)

El objetivo principal es mostrar de forma sencilla los principales aspectos del crecimiento y desarrollo del niño (a), desde el nacimiento hasta los 12 años, para facilitar la comunicación de la madre o encargado (a) con la enfermera (o), médico, maestra (o) y otros profesionales relacionados, de manera que puedan ayudarle y facilitar la atención del niño (a), cuando es atendido en los servicios de salud o en el centro educativo. (CCSS, 2016)

Este material incluye datos sobre la identificación del menor, antropometría, tamizaje, salud buco-dental, control de desarrollo, control de habilidades de desarrollo, cuidados del recién nacido, cuidados generales y alimentación. (CCSS, 2016)

Respecto a la alimentación incluye el tiempo de introducción de los alimentos, recomendaciones generales antes de los seis meses, después de los seis meses y después de los doce meses. (CCSS, 2016)

A nivel estatal funcionarios de los servicios de gineco-obstetricia brindan una capacitación gratuita y oportuna para la preparación al parto, donde es posible que brinden información acerca de alimentación complementaria, sin embargo, no hay temas estandarizados para estos cursos, ya que depende del recurso con que cuenten las áreas de salud u hospitales, de forma que no se garantiza que en estas capacitaciones se incluya el tema de alimentación complementaria. En este contexto, distintos profesionales son los responsables de ofrecer la educación prenatal, aunque la mayoría son enfermeros (as). Esta educación no está generalizada, debido a que en algunos centros solamente se ofrece la consulta de crecimiento y desarrollo. La información que se brinda a la madre, padre o cuidador se basa en el contenido del Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña. (CSSS et al., 2012)

Por otra parte, EL CEN-CINAI en su matriz de responsabilidades de las instituciones del Sector de Salud y el Sector de Educación que brindan atención directa al Desarrollo de Niñas y Niños menores de 7 años en la primera fase de salud, brinda sesiones educativas sobre alimentación en el primer año de vida, lactancia materna y promoción del desarrollo infantil y revisan el contenido del carné de Desarrollo

Integral, la CCSS a través del médico y personal de enfermería del EBAIS, después de los seis meses en adelante brinda información a la madres sobre el crecimiento y alimentación de los niños. (CSSS et al., 2012)

A pesar de los avances aún hay obstáculos que vencer, de diferente índole social tales como mitos y creencias familiares, ideologías comunales, comercio intensivo de fórmulas infantiles y alimentos complementarios e Institucionales como el incumplimiento de normativa, insuficiencia de recursos para monitoreo y evaluación. (OPS, UNICEF, 2010)

2.1.2.2 Contexto histórico sobre alimentación complementaria

Durante los años de 1977 a 1979 se realizó un estudio a madres del área rural costarricense sobre las creencias y prácticas de nutrición; según Murillo y Brenes (1979), se logró determinar, entre otras cosas, que las madres conocían relativamente, el modo correcto de realizar el proceso de alimentación complementaria, pero se encontraron contradicciones entre lo que la madre sabe y lo que practica.

En 1986 se realizó un estudio por Ulate, E; Murillo, S; Mata, L; y Sánchez, F con el objetivo de conocer las características de la alimentación y el proceso de alimentación complementaria de los niños menores de seis meses de edad en una región rural.

En esta investigación solamente el 13% de los niños de 6 meses de edad recibían lactancia materna exclusiva, los niños recibieron alimentos desde los 3 meses (frutas, verduras, raíces y cereales) y a los 6 meses los niños recibieron todos los

alimentos consumidos por la familia, con excepción de los frijoles que no fueron consumidos del todo por ningún niño. Los niños ablactados consumieron mayores cantidades de alimentos sólidos que los demás niños. En el 39% de los niños, el período de adaptación se inicia desde el primer mes con leche de vaca, y en el 38% a los tres meses con alimentos sólidos. (Ulate, E; Murillo, S; Mata, L; y Sánchez, F, 1986)

Este estudio indica que las características de la alimentación reflejan no sólo la calidad de esta sino también los conocimientos y la aptitud de las madres para alimentarlos de forma adecuada. (Ulate, E; Murillo, S; Mata, L; y Sánchez, F, 1986)

Según Marchena, Y; Sedó P (2001), en una investigación acerca de las porciones de alimentos de niños de 0 a 18 meses de familias de bajos ingresos del área urbana de San José de 1989 a 1992, indican que uno de los aspectos más importantes de la dieta es la cantidad servida de alimento, esta cantidad está definida principalmente, por los patrones culturales y la percepción del individuo acerca de la cantidad considerada como adecuada y óptima para satisfacer las necesidades nutricionales y de apetito.

Son múltiples los factores determinantes de la calidad de la dieta, entre los que se destacan la cultura, el contexto social, la condición económica, la disponibilidad de alimentos y los hábitos alimentarios. La selección y preparación de los alimentos que consumen los niños, depende íntimamente de las decisiones de los padres y cuidadores, lo cual a su vez responde a un patrón cultural de alimentación que se trasmite de generación en generación. (Marchena, Y; Sedó P, 2001)

Marchena, Y & Sedó P (2001) destacan que el papel que cumplen los alimentos en esta etapa no son sólo fuente de nutrientes, sino también estimuladores de aprendizaje acerca de los distintos sabores, texturas, formas, olores, que proporcionan los alimentos. Estas sensaciones se experimentan de forma gradual y cuyo proceso concluye con la incorporación definitiva del niño a la mesa familiar, le permiten moldear su propio estilo de alimentación. También que la cantidad de alimento servida por la madre depende en gran medida de los patrones familiares o recomendaciones del personal de salud, los cuales se basan, en gran medida, en la percepción e interpretación que el adulto hace del grado de aceptación o rechazo del alimento por parte del niño.

El colado industrial forma parte del patrón alimentario en el segundo, tercer y cuarto mes en porciones relativamente grandes, tomando en consideración que a esta edad los niños deberían consumir solamente leche materna e iniciar el proceso de alimentación complementaria después de los 6 meses. (Marchena, Y; Sedó P, 2001)

Después de los 6 meses de edad se presenta una mayor variedad de alimentos, con menor presencia de alimentos líquidos y la introducción de alimentos nuevos. Las cantidades reportadas para los diferentes grupos de edad indican que en este período de vida, la leche, es el alimento de mayor consumo. Es importante resaltar que el caldo de frijol es el producto más consumido con un nulo consumo de frijoles, a los dieciocho meses de edad, los grupos de alimentos muestran una variedad limitada de alimentos, lo cual posiblemente influirá en la determinación del patrón infantil después de los dos años de edad. (Marchena, Y; Sedó P, 2001)

La presencia de té de hierbas y agua de cereales, como el agua de arroz, en los primeros meses de vida se ofrecen al niño menores de cuatro meses con cantidades cercanas a los 100ml, lo cual corresponde a una cantidad alta, tomando en cuenta que la capacidad gástrica es pequeña y se requiere consumir alimentos con alta densidad nutricional, en este caso la leche materna. Posiblemente, estos tés compiten con la leche materna, desestimulando el proceso de lactancia y favoreciendo un destete temprano. (Marchena, Y; Sedó P, 2001)

En el país se ha logrado disminuir el porcentaje de niños y niñas que inician su alimentación complementaria antes de los seis meses según las recomendaciones internacionales; sin embargo, se destaca que hay un número de niños y niñas que inician la alimentación complementaria después de los siete meses. Esto implica la necesidad de reforzar la educación al personal de salud y a la familia en las diferentes instancias, además la necesidad de reforzar las condiciones necesarias para que la alimentación complementaria se dé en forma oportuna y con éxito. (Chaves S, et al., 2007)

En la Universidad de Costa Rica la Dra. Lilliam Marín Arias realizó un estudio comparativo sobre las prácticas de alimentación complementaria en los niños y niñas menores de 5 años de edad que residen en las comunidades de San Antonio de Nicoya y Damas de Desamparados en el I semestre del 2010; los resultados muestran que no se están cumpliendo las recomendaciones de introducción de alimento por edad, dadas por la Caja Costarricense de Seguro Social y cuya información se encuentra disponible en el carne de desarrollo integral de los niños y

las niñas; así como tampoco se cumplen las indicaciones de la leche materna exclusiva hasta los seis meses de edad, porque la mayoría de las madres les ofrecen otros líquidos, como agua, agua de arroz, jugos de frutas, caldo de frijol y otros, desde los tres meses de vida, e inclusive, hay casos extremos en que se los dan desde antes de cumplir el mes. (Marín L, 2010)

En el 2002 un 48.5% de las familias comenzaron la alimentación complementaria de sus hijos antes de los cinco meses y para el 2006 el porcentaje fue de 30.6%, aunque se observa una mejoría a nivel del país, todavía hay que hacer un esfuerzo en educación al personal de salud y a las familias y en reforzamiento de las condiciones necesarias para que la alimentación complementaria se dé en forma oportuna y con éxito. (CCSS, 2007)

La Encuesta Nacional de Hogares y Propósitos Múltiples del 2006 (2007) en Costa Rica, muestra que se ha logrado disminuir el porcentaje de niños y niñas que comienzan la alimentación complementaria antes de los seis meses de edad, para el 2002, las familias iniciaban la alimentación complementaria de sus hijos en un 38.6% y ya para el 2006 el porcentaje de familias que iniciaban la alimentación complementaria de sus hijos antes de los seis meses es un 16.7%.

La encuesta Nacional de Hogares de Costa Rica del 2010 (INEC, 2013) dio los siguientes datos sobre alimentación de los niños en el primer año de edad:

- El 21.8% de los niños y niñas recibieron lactancia materna exclusiva al menos los primeros 6 meses de edad.

- El promedio de edad de ablactación es de 8,70 meses (DE: 7,08) para todos aquellos que reportaron haber dejado de amamantar (n= 79 523); sin embargo, para aquellos niños o niñas que aún continúan con lactancia materna en el momento de la encuesta (n=90 659), el tiempo promedio de lactancia hasta el momento de la encuesta fue de 10,95 meses (DE: 8,37).
- La edad promedio en que se introdujo otra leche fue de 5,3 meses (DE: 5,6)).
- El agua fue introducida como complemento alimenticio, en promedio, a los 4,13 meses (DE: 2,73)
- Otro tipo de alimentos líquidos, sólidos o suaves fueron incluidos en la dieta del niño o la niña al promediar los 5,5 meses (DE: 2,3).

El porcentaje de niños y niñas recién nacidos que son amamantados se ha mantenido superior al 95% en la última década. Factores que pueden estar influyendo son las políticas institucionales, la iniciativa Hospitales Amigos del Niño, la Niña y la Madre consolidada en 9 hospitales y en proceso de desarrollo en el resto de las maternidades nacionales y la legislación relacionada con la lactancia materna. (CCSS, 2007)

2.1.2.1. Campañas de alimentación complementaria en el país

A nivel nacional no se documentan campañas de apoyo y educación a la alimentación complementaria, sin embargo, hay entidades como el Instituto de Investigaciones de Salud (INISA) que en su labor de extensión social brindan cursos

de apoyo a la lactancia materna en donde incluyen temas sobre alimentación complementaria. (INISA, 2017)

El Instituto de Investigaciones en Salud brinda un curso sobre lactancia materna y alimentación del bebé durante el primer año de vida, impartido por la doctora Lilian Marín Arias y la Lic. Karina Ugalde González. (INISA, 2017)

En el curso, menciona la Dra. Marín, “las madres y familias encuentran un lugar donde, además de aprender sobre el tema de alimentación del niño durante el primer año de vida, se les escucha y se les da respuestas a sus dudas e inquietudes sobre la alimentación de sus niños y niñas.” (INISA, 2017)

El curso se imparte cada tres meses, durante seis días, una vez por semana, durante tres horas la sesión. El curso pretende fortalecer la capacidad de las madres y las familias sobre lactancia materna y alimentación en el primer año de edad. (INISA, 2017)

El curso sobre lactancia se imparte en el campus universitario Rodrigo Facio y asisten madres interesadas en aprender sobre lactancia, así como profesionales que tienen a su cargo tareas en nutrición y salud. (INISA, 2017)

2.2. CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.2.1 Desarrollo físico de los niños menores de un año

El desarrollo de los niños es un proceso complejo que está influenciado por una serie de elementos genéticos y ambientales. (Brown, 2010)

En la tabla N°1 se muestran los factores que regulan el crecimiento.

Tabla N°1. Factores que regulan el crecimiento

Factores genéticos	
Factores hormonales y de crecimiento	Hormona de crecimiento
	Factores de crecimiento insulin-like
	Hormonas tiroideas
	Insulina
	Hormonas sexuales
	Factores peptídicos de crecimiento
Factores ambientales	Nutrición
	Enfermedades crónicas
	Dietas inadecuadas
	Factores socio-económicos
	Deprivación emocional

Fuente: Brown, 2010

La hormona de crecimiento (GH) es indispensable para el crecimiento a partir de los 6 meses. Esta hormona interviene en forma conjunta con otros componentes de crecimiento, actúa en la fabricación de proteínas y grasas reservadas al desarrollo de los músculos, los huesos y los órganos e interviene sobre el cartílago de crecimiento siendo la responsable del crecimiento del niño (a) en altura. (AEP, 2013)

La nutrición es la primera circunstancia que influye en el crecimiento, otros factores importantes son la situación socio-económica y el nivel educativo de la familia, especialmente, el materno. Es precisa una nutrición adecuada para que los factores hormonales y de crecimiento operen con normalidad. (AEP, 2013)

2.2.2 Valoración del crecimiento

Para valorar si el niño (a) está siendo adecuadamente alimentado y se encuentra saludable se utiliza las curvas de crecimiento Peso/Talla, Peso/Edad, Talla/Edad, las cuales califican si el niño tiene un correcto estado nutricional. Aparte de estas curvas las madres deben apreciar si el niño se desarrolla todos los días o meses, gana peso, orina, defeca sin problemas, come bien, no está enfermo (tos, mocos, fiebre, erupciones cutáneas, etc.). (OMS & OPS, 2010)

✓ Peso para la edad

Esto muestra el peso corporal en proporción a la edad del niño durante un día determinado. Hace informe al estado nutricional actual y el pasado del niño. Esto se utiliza para indicar y evaluar si el niño tiene bajo peso o muy bajo. No se puede distinguir entre desnutrición aguda y crónica, y entre baja ingesta de energía o de nutrientes. Tampoco se utiliza para catalogar al niño con sobrepeso u obesidad. Es una buena guía durante el primer año de vida, a pesar que no permite diferenciar a niños constitucionalmente pequeños. (OMS & OPS, 2010)

✓ Peso para la talla

Es el peso corporal en proporción con el desarrollo sujeto en longitud o talla. Es referente al estado nutricional actual. (OMS & OPS, 2010)

✓ **Longitud/ talla para la edad**

Muestra el crecimiento alcanzado por el niño, en longitud o talla a una edad determinada. Esta guía ayuda a identificar niños con talla baja (bajos para la edad) debido a una extendida desnutrición o a frecuentadas enfermedades. Manifiesta la historia nutricional del individuo. Es importante tener en cuenta que puede estar influenciado por la genética. (OMS & OPS, 2010)

Es significativo utilizar las curvas de crecimiento de acuerdo a la población en estudio, para que las medidas sean adecuadas al niño que se están midiendo. (AEP, 2013)

2.2.3 Lactancia materna

La lactancia materna es el acto natural de alimentación del bebé al pecho de su madre. Al mismo tiempo, es una conducta determinada por la cultura, el cual se aprende.

“La OMS invita a todas las madres la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, con el objetivo de darle a sus hijos un crecimiento, desarrollo y salud recomendables. Después, hasta los 2 años o más, los lactantes deben seguir con la lactancia materna, integrada con otros alimentos nutritivos.” Esta misma recomendación la hace el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Academia Americana de Pediatría y la Asociación Española de Pediatría.

A partir de los 6 meses de edad se recomienda de 280-500ml de leche. (Agencia de Salud Pública de Cataluña.2016)

2.2.3.1 Leche humana

Es un líquido vivo (fluido corporal) de gran complejidad biológica, por lo que contiene, todos los nutrientes que un lactante necesita, así como componentes bio-activos que fortifican el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra la infección. La leche humana aparte de ser alimento nutricional es un alimento emocional que ayuda al desarrollo del bebé. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2008)

La leche materna es una mezcla homogénea que se constituye en tres fases: (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2008)

Fracción solución: Corresponde a los constituyentes hidrosolubles: Agua, anticuerpos, enzimas, factores de crecimiento y componentes anti-inflamatorios, glucosa, lactosa, minerales.

Fracción suspensión: Corresponde a las proteínas (caseína), calcio y fósforo

Fracción emulsión: Corresponde a la grasa, en esta fracción se concentran los aceites, grasa, ácidos grasos libres, vitaminas hidrosolubles, colesterol.

La leche humana no es un compuesto uniforme, sino una secreción de composición variable:

- Cambia de composición según la edad.
- No es la misma al inicio y al final de la toma.
- Es única para cada hijo.
- Manifiesta las bases de la personalidad.

- Es un alimento único
- Contiene los nutrientes necesarios
- Se digiere fácilmente y se utiliza eficientemente, favorece la digestión y absorción de los nutrientes.
- Protege contra la infección. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2008)

Los componentes de la leche materna son:

✓ Agua

Es el componente más cuantioso de la leche humana (87%), esto permite que las necesidades de agua del bebé se cubran aún en climas calurosos. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2008)

✓ Hidratos de carbono

Los hidratos de carbono o carbohidratos (azúcares) son fuente de energía. El carbohidrato encontrado en la leche materna es la lactosa (glucosa y galactosa). Se encuentra en una cantidad de 7 gramos por cada 100 mililitros de leche materna. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2008)

Los carbohidratos de la leche materna benefician el desarrollo de flora intestinal del niño a base de bifidobacterias. La flora fermentativa produce PH ácido intestinal, el cual inhibe el crecimiento de patógenos. Además, permite una mejor absorción del calcio, hierro, manganeso y magnesio.

(Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2008)

✓ Grasas

Las grasas son de suma importancia en el neuro-desarrollo y son fuente importante de energía.

La concentración en la leche materna es de 2g por cada 100 mililitros en el calostro, y de 4-4.5 g por cada 100 ml en la leche madura. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2008)

La leche materna tiene ácidos grasos esenciales, entre ellos el ácido linolénico (ω -3) el cual es componente de la retina y participa en el desarrollo y maduración del sistema nervioso central y el ácido linoleico (ω – 6) el cual es imprescindible para el adecuado desarrollo neurológico del niño. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2008)

✓ Proteína

La proteína que tiene la leche materna brinda un aporte óptimo en cantidad y calidad y un equilibrio de aminoácidos al lactante.

Las proteínas del suero, tienen actividad biológica, la α -lacto albúmina (cofactor síntesis lactasa), la lactoferrina (capta hierro intestinal) y IgA. La otra proteína de la leche es la caseína, la cual es de fácil digestión y de tamaño pequeño.

Los compuestos nitrogenados de la LM tienen funciones bio-activas:

- Factor de crecimiento epidérmico: Desarrollo y función de la mucosa intestinal
- Taurina: Es un aminoácido libre a la conjugación biliar y neuro-transmisor.
- Carnitina: Necesaria para la lipólisis de ácidos grasos libres. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2008)

✓ Factores anti-inflamatorios

Los principales agentes anti-inflamatorios que se han identificado en la leche humana incluyen:

- Enzimas que degradan mediadores de la inflamación.
- Anti proteasas
- Lisozima
- Lactoferrina
- IgA Secretora
- Diferentes antioxidantes incluyendo cisteína, ascorbato, α - tocoferol, y β -caroteno.

Estos agentes pueden actuar individualmente o en conjunto controlando la respuesta anti-inflamatoria inmadura neonatal. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2008)

✓ Factores anti-infecciosos

- Inmunoglobulinas: Principalmente la inmunoglobulina A secretora (IgAs), la cual recubre la mucosa intestinal y evita que las bacterias penetren a las células.
- Glóbulos blancos: Destruyen los micro-organismos
- Proteínas del suero: (Lisozima y lactoferrina) que destruyen bacterias, virus y hongos.
- Oligosacáridos: Evitan que las bacterias se adhieran a la superficie de las mucosas. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2008)

2.2.3.2 Lactancia materna exclusiva

Lo recomendado por los doctores es que se dé lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, lo que significa dar leche durante las 24 horas del día, todas las veces quiera y el tiempo que desee el bebé. No se recomienda dar ningún otro tipo de líquido o alimento hasta que cumpla los seis meses de edad. (Carlos Gonzales, 2006)

2.2.3.3 Beneficios de la lactancia materna

Beneficios de la lactancia materna para el bebé. (Carlos Gonzales, 2006)

- Contiene anticuerpos para muchas infecciones comunes
- Está disponible en todo momento
- Contiene lactoferrina, la cual se une al hierro, evitando que crezcan bacterias dañinas.
- Brinda y nos da agua y nutrientes.
- Enriquece el vínculo afectivo, mayor seguridad emocional.
- Participa en la prevención de diabetes mellitus tipo 2, leucemia, colesterol, en la adultez.
- Contiene los aminoácidos necesarios para el adecuado desarrollo del cerebro.
- Sustancia factor bífido, que ayuda a la bacteria Lactobacilo bífido crecer en el intestino.

Beneficios de la lactancia materna para la madre. (La Liga de la Leche Internacional (2016))

A corto plazo:

- Disminución del sangrado postparto
- Recuperación del tamaño uterino
- Mejora el estado de hierro materno (evita anemia)

A mediano plazo:

- Recuperación del peso ganado antes del parto
- Amenorrea prolongada, lo cual ayuda al ahorro del hierro
- Espaciamiento de embarazos.

A largo plazo:

- Disminución del riesgo de cáncer de mama pre-menopáusico y de cáncer de ovario
- Disminución de riesgo de fracturas espinales y de cadera pos-menopáusico.

A nivel emocional:

- Representa una vivencia única y especial
- Refuerza la relación apego madre-bebé, mejor comunicación con el hijo.
- Menos depresión pos-tparto.

Beneficios para la sociedad.

- Beneficia la economía familiar
- Favorece a que el país obtenga niños más sanos, inteligentes y más seguros de sí mismo.
- Disminución del gasto en tratamiento de enfermedades y hospitalizaciones en niños pequeños y a una mejora en la promoción de la Salud.

- Favorece la protección al medio.
- Control natural de la demografía de la sociedad.
- Reduce la demanda de energía.
- Las madres trabajadoras y lactantes con salario remunerado tienen menor ausentismo lo que aumenta la productividad de las trabajadoras.

Beneficios para la familia. (La Liga de la Leche Internacional (2016))

- Tranquilidad y felicidad familiar porque el bebé no se enferma.
- Participa en la parte económica familiar, ya que al no enfermarse no hay gasto en consultas médicas, medicamentos y hospitalización del bebé. Dinero se utiliza para otras necesidades familiares.
- La familia en general aprende la importancia de brindar lactancia materna a un bebé.

2.2.3.4 Pasos hacia una lactancia materna exitosa. (OMS, 1998)

1. Hacer una política por escrito referente a la lactancia natural que constantemente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Educar a todo el personal de salud de forma que esté en situaciones de poner en práctica esa política.
3. Comunicar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Capacitar a las madres a empezar la lactancia después de la media hora siguiente al parto.

5. Enseñar a las madres la forma correcta para dar de mamar al bebé y cómo mantener la lactancia incluso si las han separado de sus hijos.

6. Evitar que los recién nacidos consuman cualquier tipo de alimento ajeno a la leche materna a menos que esté médicamente indicado.

7. Adecuar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.

8. Incentivar la lactancia materna a demanda.

9. No dar a los niños alimentados que son amantados chupetes artificiales.

10. Impulsar la creación de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica. (OMS y OPS, 2010)

2.2.3.5 Razones médicas aceptables para suplementación con sucedáneos de leche materna

Las razones médicas por las cuales se acepta brindar alimentación con sucedáneos de leche materna a los niños y niñas se detallan a continuación:

- ✓ Errores innatos del metabolismo (galactosemia, fenilcetonuria, enfermedad de orina en jarabe de arce)
- ✓ Muy bajo peso al nacer (< 1500g) y recién nacidos antes de las 32 semanas de gestación.
- ✓ Bebés con riesgo de hipoglicemia potencialmente severa (pequeños para la edad gestacional, pre-términos, distocia del parto, madres diabéticas) y glicemia que no responde a la lactancia o a la alimentación con leche humana.
- ✓ Madres infectadas con el VIH

- ✓ Madres muy enfermas en el postparto para atender a su bebé (coma o shock)
 - ✓ Madres con medicación contraindicada en la lactancia (depresión postparto).
- (OMS, 2009)

2.2.4 Alimentación Complementaria

2.2.4.1 Alimentación del bebé durante el primer año de vida

Durante los primeros años de la vida es primordial una adecuada alimentación y nutrición para el desarrollo apropiado del ser humano completo de cada niño. En el primer año de vida existe un rápido crecimiento y desarrollo, por lo que la alimentación debe ser apta, apropiada y tiene que compensar las necesidades de energía y nutrientes. (Aguilar, C, 2005)

La evolución de un lactante depende en gran parte de su alimentación. Es primordial que el aporte de alimentos tenga un buen estado nutricional y reservas necesarias para combatir procesos de enfermedad o circunstancias de emergencia. (Aguilar, C, 2005)

Es importante incentivar la lactancia materna durante los primeros dos años de vida, aparte de los múltiples beneficios que el lactante experimenta, se crea un patrón natural del crecimiento fisiológico. (INHA, 2012)

Desde hace veinte años, se han hecho estudios en los que se ha descubierto que los niños que amamantaron con leche materna se desarrollaron de forma diferente en el primer año de vida a diferencia de como lo hacen los niños amamantados con sucedáneos de la leche materna. (Aguilar, C, 2005)

Los niños con lactancia materna crecen iguales o más rápidos que los niños alimentados con sucedáneos durante los primeros 2-3 meses. Después de esta edad, los primeros crecen más despacio que los segundos. (INHA, 2012)

2.2.4.2 Concepto de alimentación complementaria

La Organización Mundial de la Salud (2015) define la alimentación complementaria como “La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.”

La leche que consume el lactante ya sea materna o fórmula infantil debe de ser la principal fuente nutritiva durante el primer año de vida, después de los seis meses de edad se incluye y complementa la alimentación con otros alimentos saludables para garantizar un desarrollo y crecimiento óptimo del niño o niña. Nutricionalmente, la leche materna se hace insuficiente para después de los 6 meses de edad razón por la cual se incorporan nuevos alimentos que complementen a la leche materna. (Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2016)

Es importante recordar que la lactancia materna debe continuar junto con la inclusión de alimentos, y se debe mantener hasta los dos o más años de edad.

Los estudios realizados indican que el crecimiento infantil no mejora con la alimentación complementaria antes de los seis meses, aún en condiciones óptimas (es decir, con alimentos inocuos y nutritivos), y los alimentos complementarios introducidos antes de los 6 meses tienden a desplazar la leche materna. (PAHO & OMS, 2001)

Por lo que se recomienda una alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad y no antes de los 4 meses, debido a que la madurez neurológica, gastrointestinal y renal se alcanza hasta este período, permitiendo al bebé recibir alimentos distintos a la leche materna.

La edad de inicio de la alimentación complementaria es una etapa de mucho cuidado en el desarrollo de los niños, ya que los primeros dos años de vida son precisos para un desarrollo físico e intelectual normales, y las dificultades que se presenten en esta etapa afectan el desarrollo físico, inmune, intelectual y emocional. (WHO, 2013)

Esperar hasta los seis meses para comenzar a introducir otros alimentos, los beneficios potenciales para la salud superan a los riesgos potenciales. (OPS & UNICEF, 2010)

Esta es la etapa en donde las personas empiezan a formar los hábitos de alimentación, por lo que es de gran valor que la alimentación complementaria sea adecuada. (WHO, 2013)

2.2.4.3 Objetivos de la alimentación complementaria (PRECOP, 2009)

- Ayudar con el desarrollo del aparato digestivo.
- Suplementar nutrientes insuficientes.
- Enseñar a diferenciar sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes.
- Colaborar en la formación de hábitos de alimentación saludable.
- Estimular el desarrollo psicosocial.

2.2.4.4 Inicios de la alimentación complementaria

La alimentación complementaria es después del sexto o séptimo mes de edad, se correlaciona con un impacto negativo a diferentes niveles: (PRECOP, 2009)

- ✓ Deficiencias nutricionales específicas (relacionadas con nutrientes tales como hierro, vitamina A, entre otros)
- ✓ Crecimiento lento, especialmente, con alteración de la talla.
- ✓ Desnutrición
- ✓ Trastornos alimentarios: vómitos, rechazo a los sólidos, alteraciones en la deglución, atoramiento por sólidos.
- ✓ Trastornos del lenguaje.

El inicio de la alimentación complementaria es un proceso complejo y gradual, necesita un tiempo determinado para que los sistemas neuromuscular, renal, digestivo e inmunológico del niño obtengan la madurez necesaria. Para esto se deben evaluar aspectos y prestar atención en la aparición de señales. (PRECOP, 2009)

2.2.4.5 Señales de madurez

- Función digestiva

La digestión empieza en la boca donde el alimento se mezcla con la saliva. La saliva tiene un aumento importante a los 6 meses y su pH es de 6.4 -7.6. A nivel esofágico en los recién nacidos la presión del esfínter esofágico inferior es menor que los adultos en las primeras seis semanas de edad. (INHA, 2012)

A nivel de estómago la capacidad gástrica va aumentando progresivamente. En la tabla N°2 se muestra la capacidad gástrica en relación con la edad.

Tabla N°2. Capacidad gástrica en relación con la edad

Edad	Capacidad de cavidad gástrica (mL)
Recién nacido a término normal	20-40
3 meses de edad	60-120
6 meses de edad	130-210
12 meses de edad	200-300
24 meses de edad	>300

Fuente: Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos (INHA), 2012

En esta edad ya han desaparecido los reflejos primarios de búsqueda y extrusión y aparece la deglución voluntaria, además el tono del esfínter esofágico inferior ha mejorado, presentando un mínimo de reflujo gastroesofágico y una buena contractibilidad antro-duodenal mejorando el vaciamiento gástrico. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2007)

En los recién nacidos la acidez gástrica aumenta durante las primeras 24h de la vida, sin embargo, no es hasta los 4 meses que la producción de ácido es similar a la del adulto. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2007)

La mucosa intestinal madura lentamente, en los primeros meses de vida, las macromoléculas de alimentos pueden atravesarla convirtiéndose en antígenos que pueden generar sensibilidad en el niño (a), en especial cuando existen antecedentes familiares de problemas alérgicos. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2007)

Las enzimas digestivas juegan un papel primordial en la digestión y no todas están lo suficientemente secretadas en los recién nacidos. El páncreas no secreta o secreta niveles bajos de ciertas enzimas necesarias para culminar el proceso digestivo y el hígado está finalizando la maduración de muchas funciones, como la capacidad de formar glucosa y de sintetizar ácidos biliares. (INHA, 2012)

La amilasa pancreática madura entre los 4 y 6 meses de edad, si el niño (a) consume altas cantidades de carbohidratos complejos antes de esa edad corre el riesgo de presentar diarrea por mala absorción. (INHA, 2012)

La lipasa pancreática es escasa al nacer. Su nivel se duplica al mes, pero permanece bajo durante el primer año de vida. Además, las concentraciones intraluminales de ácidos biliares en los recién nacidos son insuficientes para emulsificar los productos del lipólisis, lo que condiciona algún grado de malabsorción grasa. A partir de los 6 meses de edad, la absorción intestinal de grasa es adecuada (90-95%) dado que la lipasa pancreática y lipasas alternativas han alcanzado niveles adecuados y la secreción de sales biliares está completamente desarrollada. (INHA, 2012)

- Función renal

Aproximadamente, a los seis meses de edad, el riñón del lactante adquiere mayor idoneidad funcional, en términos de filtración y madurez, lo necesario para usar una carga de solutos elevada, alcanzando cerca del 75-80% de la función del adulto hacia los 12 meses. (PRECOP, 2009)

La filtración glomerular del recién nacido es un 25% del valor del adulto, aumentando exponencialmente, durante los primeros 18 meses de vida. A los tres meses, la

filtración glomerular ha alcanzado dos tercios de su maduración completa. A los 6 meses es de 60-80% y a los 12 meses hasta un 90%. (INHA, 2012)

La forma en la que se debe evitar la absorción de proteínas de alto peso molecular, lo que para el adulto tiene un peso molecular pequeño para el recién nacido es grande, de forma que durante las primeras semanas de vida las proteínas se absorben intactas, pudiendo actuar como antígenos y llevar a reacciones alérgicas. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2007)

- Sistema Neuromuscular

Los bebés nacen con mecanismos de regulación de la ingesta de alimentos que se ajustan con el tiempo de acuerdo con el desarrollo. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2007)

Existen patrones que ayudan a valorar la preparación de un niño o niña que se alimenta de leche materna para empezar a comer con cuchara. Estos patrones se basan en la búsqueda de signos de preparación, como la capacidad para mover la lengua de un lado al otro sin mover la cabeza. El niño o niña debe ser capaz de mantener la cabeza erguida y sentarse con poco apoyo antes de comenzar a alimentarse con cuchara. (Brown, 2010)

Tabla N°3. Funciones neuromusculares y cognitivas de los niños menores de un año, según la edad en meses

Edad cronológica	Características del desarrollo	Habilidades para alimentarse
Del nacimiento al primer mes	La visión es borrosa, escucha con claridad. La cabeza tiene mayor proporción con respecto a la fuerza muscular del cuello y la parte superior del cuerpo.	Reflejos de amamantamiento y succión. Alimentaciones frecuentes (8 a 12) cada 24 h. Sólo tolera líquidos ligeros.
1-3 meses	No es posible separar el movimiento de la lengua de los movimientos de la cabeza. Surge el control de la cabeza. Sonríe y se ríe. Junta las manos.	El volumen aumenta a más de 180 a 240 ml por alimentación, de modo que la cantidad de tomas por disminuye entre 4 a 8 cada 24h. El patrón de succión permite la fácil deglución de líquidos ligeros. Aprende a reconocer el biberón (si se le alimenta con él)
4-6 meses	Es capaz de mover la lengua de un lado a otro. Trabaja con el equilibrio cuando se sienta con estabilidad. Babeo incontrolado. La desaparición de los reflejos del recién nacido permite movimientos más voluntarios. Dentición y erupción de incisivos centrales superiores e inferiores.	Se interesa en masticar, morder y conocer nuevos sabores. No deglute con facilidad alimentos grumosos, pero sí en forma de papilla. 180 s 240 ml por alimentación y 4 a 5 tomas por día (puede variar si se le amamanta) Sostiene el biberón (si se le alimenta con él)

Edad cronológica	Características del desarrollo	Habilidades para alimentarse
7-9 meses	<p>Empieza a usar las manos, con movimiento de tenaza y capacidad para soltar.</p> <p>Se sienta de manera estable e independiente.</p> <p>Gatea con manos y rodillas.</p> <p>Comienza a usar sonidos , como “mamá” y “papá”</p>	<p>Capaz de comer por si solo con las manos.</p> <p>Surge la aptitud para masticar y morder.</p> <p>Expresa hambre y saciedad con claridad.</p> <p>Prefiere el biberón, pero muestra poca pérdida para sostener una taza abierta.</p>
10-12 meses	<p>Se agarra de objetos para sostenerse de pie, surge la aptitud para sostenerse por sí mismo.</p> <p>Disfruta cuando hace sonidos como si fueran palabras.</p> <p>Capaz de recoger pequeños objetos, por ejemplo, pasas.</p> <p>Capaz de golpear juguetes con las dos manos.</p> <p>Establece rutinas consistentes respecto a la hora de dormir, el cambio de pañales.</p> <p>Ya no suele babear.</p>	<p>Le gusta comer por sí solo con las manos.</p> <p>Surge la aptitud para comer por sí mismo con cuchara.</p> <p>Bebe de una taza abierta, lo mismo que de un biberón.</p> <p>Utiliza las partes superior e inferior de los labios para limpiar la comida de la cuchara.</p> <p>Disfruta los alimentos picados, los que se mastican con facilidad o los que están en trozos.</p> <p>Se sienta para comer.</p> <p>Disfruta los alimentos en la mesa incluso si aún ingiere algunos alimentos para bebé.</p>

Fuente: Brown, 2010

- Dentición

La edad de la erupción de los dientes primarios tiene una importancia relevante en la alimentación del niño o niña, la edad promedio de erupción se aprecia en la tabla N°4.

Tabla N°4. Edad de erupción de los dientes primarios

Tipo de dientes primario	Edad de erupción (meses)
Incisivos medios inferiores	6-8
Incisivos medios superiores	7-9
Incisivos laterales superiores	8-10
Incisivos laterales inferiores	10-12
Primeros molares	12-15
Caninos	18
Segundos premolares	24-30

Fuente: (INHA, 2012)

2.2.4.6 Energía

La tabla N°5 resume las necesidades energéticas para los lactantes y niños de corta edad, publicadas por la OMS y OPS (2010). Los datos están basados en los cálculos a partir de los análisis de regresión lineal del gasto energético total por peso corporal, más los requerimientos necesarios derivados de la acumulación energética en los tejidos durante el crecimiento, utilizando la siguiente ecuación:

$$\text{Energía (Mj /d)} = -0,416 + 0.371 * \text{Peso corporal}$$

Tabla N°5. Requerimientos de energía (kcal/kg/día) de los niños alimentados con leche materna, con leche infantil y con lactancia mixta

Edad (meses)	Alimentados al pecho			Alimentados con fórmula			Alimentación mixta		
1	106	99	102	122	117	120	113	107	110
2	98	95	97	110	108	109	104	101	102
3	91	90	90	100	101	100	95	94	95
4	79	80	79	86	89	87	82	84	83
5	79	79	79	85	87	86	81	82	82
6	78	79	78	83	85	84	81	81	81
7	76	76	76	81	81	81	79	78	79
8	77	76	76	81	81	81	79	78	79
9	77	76	77	81	81	81	79	78	79
10	79	77	78	82	81	81	80	79	80
11	79	77	78	82	81	81	80	79	80
12	79	77	78	82	81	81	81	79	80

Fuente: OMS & OPS, 2010

Los elementos que influyen a las necesidades energéticas de los niños son: (Brown, 2010)

- ✓ Peso
- ✓ Tasa de crecimiento
- ✓ Ciclo de sueño
- ✓ Temperatura y clima
- ✓ Actividad física
- ✓ Respuesta metabólica a la comida
- ✓ Estado de salud y recuperación de enfermedades.

En la práctica las personas que cuidan a los niños no miden el contenido energético de las comidas, de manera que la cantidad ofrecida debe estar basada en los principios de la alimentación perceptiva, mientras que a su vez se debe asegurar que la densidad energética y la frecuencia de las comidas sea la adecuada para satisfacer las necesidades del niño (a). (OPS, 2007)

2.2.4.7 Macronutrientes

✓ Carbohidratos

La lactosa es el carbohidrato consumido en la mayor parte en los primeros seis meses de edad. A partir de los 6 meses con la alimentación complementaria se empiezan a agregar otros carbohidratos. No hay prohibiciones ni limitaciones metabólicas en la digestión y el metabolismo de los carbohidratos de los niños sanos. (AEP, 2016)

Deben cubrir el 40% de la energía diaria, lo cual incluye los carbohidratos provenientes de la leche materna o fórmula y los alimentos ricos en energía dados con la alimentación complementaria. (OPS, 2007)

✓ Proteínas

La rapidez del crecimiento en los niños menores de un año es mayor que la de los adultos, de manera que cuanto mayor sea la velocidad de crecimiento de la masa magra en relación con el peso corporal más rápido es el recambio de las proteínas y mayor es la necesidad relativa de aminoácidos esenciales. Sin embargo, el exceso de la ingesta de proteína no sólo no condiciona un crecimiento mayor, sino que crea un esfuerzo innecesario a determinados órganos clave como el hígado y el riñón. El

exceso de ingesta proteica en las primeras etapas de la vida podría inducir obesidad en etapas posteriores de la vida. Bandara, T, (2015)

La tabla N°6 describe las recomendaciones de ingesta proteica para niños menores de 36 meses, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos (2015)

Tabla N° 6. Recomendaciones de ingesta proteica del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos para los lactantes y niños de corta edad

Edad (meses)	Varones (g / día)	Mujeres (g / día)
0-6	9.1 (1.52 g/kg/día)	9.1 (1.52 g/kg/día)
7-12	13.5 (1.5 g/kg/día)	13.5 (1.5 g/kg/día)
12-36	13.0 (1.1 g/kg/día)	13.0 (1.1 g/kg/día)

Fuente: Bandara, T, (2015)

Por lo general los recién nacidos exceden sus necesidades de proteína cuando se les da más fórmula de la recomendada para la edad, y cuando se agregan fuentes de proteína, como el cereal infantil, a la fórmula. (Brown, 2010)

✓ Grasas

La tabla N°7 muestra las recomendaciones de ingesta de grasa para los lactantes y niños de menos de 36 meses de varias organizaciones internacionales.

Tabla N°7. Recomendaciones de ingesta de grasa, expresada como porcentaje de la energía total, para lactantes y niños de corta edad

	Rango de Edad			
	0-6 meses	6-12 meses	12-24 meses	24-36 meses
Academia Americana de Pediatría. Comité de Nutrición. 1986				30-40
Academia Americana de Pediatría, 1992				30
Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) 1991, 1994, 2005)	≥40-54	≥32-58.5	Sin restricción	30-35
FAO / OMS 1994	50-60 %		30-40	30-40
Unión Europea 1996	≥40-58.5	≥32-58.5		
Instituto de Medicina, Academia de Ciencias de Estados Unidos, 2002.	60 (31g/día)	55 (30 g/día)		
PRECOP (2009)				

El Comité de Nutrición de la Academia Española de Pediatría recomienda (AEP, 2016):

- En los primeros cuatro a seis meses de vida el aporte de grasa total a la dieta debe ser del 40-60 % de energía indispensable para el crecimiento y reservas

de energía. De los seis meses a los tres años la ingesta debe reducirse gradualmente, hasta el 35 % de energía a los 2-3 años.

- Limitar la ingesta de grasas saturadas para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes e enfermedades cardiovasculares.
- La grasa total de la dieta debería proporcionar a los niños (as) 3-4.5% de la energía como ácido linoleico y 0.5% como ácido α -linolénico para satisfacer los requerimientos de ácidos grasos esenciales.
- Después de los dos años la composición de la grasa de la dieta debe parecerse a la dieta de un adulto, para así evitar el riesgo de enfermedades crónicas.
- Se deben evitar los ácidos grasos trans.

La leche materna proporciona 55% de sus calorías provenientes de la grasa, porcentaje que refleja el consumo adecuado de grasa para los recién nacidos. (Brown, 2010)

También hay que asegurar el aporte de los ácidos grasos esenciales: linoleico y α – linolénico, y un buen equilibrio entre los ácidos grasos ω -3 y ω -6. (Brown, 2010)

✓ Agua

El agua no debe reemplazar la leche materna, por lo general la leche materna o fórmula proporcional la cantidad adecuada de agua para el lactante. (Brown, 2010)

Cuando el bebé toma lactancia exclusiva o fórmula a demanda no es necesario que tome agua. Posteriormente, del sexto mes sí se recomienda dar agua al bebé según su sensación de sed. (Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2016)

El Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de Estados Unidos ha indicado que la ingesta de agua debe ser de 0.61 para los lactantes entre 0 y 6 meses de 0.81 para los lactantes 6 a 12 meses, y de 1.31 para los niños entre los 1 y 3 años.

Lo recomendable es que después de la leche materna, el líquido principal sea el agua, y no otras bebidas como jugos. La AAP recomienda que los lactantes y niños (as) hasta los seis años de edad consuman como máximo seis onzas de jugo al día. Esto debido a hallazgos que certifican que beber cantidades superiores se asocia con un aumento en la ingesta energética.

✓ Sodio

El sodio es un nutriente indispensable que participa en varias funciones fisiológicas, pero para poder cubrir las funciones en las que actúa es preciso, solamente una pequeña cantidad proveniente de la dieta. (AEP, 2016)

El último informe del Comité Científico Consultivo sobre Nutrición de Gran Bretaña indica que hay una asociación fuerte entre el aporte temprano de sodio y la presión arterial en el adulto. Varios estudios demuestran que en los lactantes el sabor a salado es apreciado como neutro y que este gusto por lo salado no aparece hasta los dos años de edad, sin embargo, si se les estimula con la sal desde que son lactantes pequeños esto lleva a la aceptación, habituación y preferencia por este nivel de sal. Estas preferencias por los sabores salados en el primer año de vida pueden tener consecuencias a largo plazo. (AEP, 2016)

Por lo tanto, es importante que los alimentos brindados en la alimentación complementaria tengan un nivel bajo de sodio, aunque al adulto le parezca que le hace falta sal. (AEP, 2016)

Las recomendaciones de la necesidad de sodio del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Estados Unidos aparecen en la tabla N°8. Estas recomendaciones están basadas en la ingesta media de leche materna en lactantes de 0 a 6 meses, y a partir de una combinación de leche materna y alimentos complementarios para lactantes en el segundo semestre de vida.

Tabla N°8. Requerimientos de sodio de lactantes y niños menores de tres años

Edad (meses)	Varones (mg / día)	Mujeres (mg / día)
0-6	120	120
7-12	370	370
12-36	1000	1000

Fuente: (AEP, 2016)

✓ Hierro

El riesgo de padecer deficiencia de hierro durante los dos primeros años de vida aumenta, ya que es una etapa de rápido crecimiento y desarrollo. A los 4 meses de edad los requerimientos de hierro aumentan a 0.7mg /día, y a los 6 meses la reserva de neonatal de hierro se agota. Las indicaciones actuales de ingesta de hierro en los niños de 6 a 12 meses ascienden a 11 mg /día, y en los niños de 1 a 3 años son de 7 mg /día, indica la Asociación Española de Pediatría (2016).

La sugerencia se alcanza sencillamente, con una alimentación variada que tenga hígado, carne, pescado, temprano (a partir de los 7 meses) y en conjunto con la leche materna o fórmulas infantiles. Las fórmulas aportan alrededor de 1 a 2 mg de hierro por 100 Kcal. Sin embargo, a los 6 meses es importante implementar cereales

fortificados para equilibrar la inclusión de hierro este tiempo mientras se le suministra la carne. (AEP, 2016)

✓ Fibra alimentaria

En el primer año de vida hay escasos estudios sobre las necesidades de fibra para el niño o niña. La fibra tiene varios efectos beneficiosos tales como el efecto del vaciado gástrico, la saciedad, y los efectos positivos sobre los niveles de glucosa y colesterol en sangre, sin embargo, hay que tomar en cuenta como las fibras insolubles de los cereales integrales las cuales son resistentes a la fermentación colónica y pueden ser irritantes para el intestino del lactante, o la presencia de oxalatos que en conjunto con las fibras interfieren en la absorción de elementos minerales tales como el calcio, hierro, magnesio, cinc , entre otros. (AEP, 2016)

Por esta razón la Academia Americana de Pediatría (2009) indica que no hay necesidad de añadir fibra en los primeros doce meses de vida.

La forma adecuada para introducir la fibra consiste en introducir de forma progresiva frutas, verduras, y cereales fáciles de digerir. Se recomienda que la cantidad de fibra no sobrepase 5g / día hasta el año de vida, limitar la celulosa y hemicelulosa que se encuentran en las capas externas de los cereales o en la cáscara de las frutas y verduras, con el fin de controlar los niveles de oxalatos y fitatos. (AEP, 2016)

2.2.4.8 Cantidad de los alimentos

Se aconseja iniciar con cantidades pequeñas de alimentos e ir aumentando la cantidad conforme el bebé va aumentando su gusto por los mismos. Los alimentos

deben tener una densidad calórica adecuada, una kilocaloría por gramo para suplir los requerimientos energéticos en esta etapa. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2007)

Estas indicaciones buscan cubrir las necesidades de energía del niño. La disposición de aumentar la frecuencia de consumo durante el día depende, en buena medida, de la densidad energética (DE) de la dieta y de las cantidades consumidas durante cada comida. Se admite que a mayor densidad menor frecuencia de consumo y viceversa. (Stephenson DM, Gardner JM, Walker SP, Ashworth A, 1994) (Gardner JM, Walker SP, Gavin KA, Ashworth A, 2002)

Tener en equilibrio la frecuencia de consumo y la densidad energética de los alimentos es una tarea complicada ya que estas dos variables, a su vez, están influidas por el patrón de consumo de la leche materna: alto, moderado, bajo. El buen manejo de esta compleja relación se debe reflejar en un crecimiento lineal adecuado del niño. (Bennett VA, Morales E, González J, Pearson JM, López de Romana G, BrownKH.1999)

2.2.4.9 La consistencia de los alimentos

Los lactantes pueden comer purés, papillas y alimentos semisólidos a partir de los seis meses de edad. A los ocho meses la mayoría de lactantes pueden también consumir alimentos que se comen con los dedos y a los 12 meses la mayoría de los niños pueden comer los mismos tipos de alimentos que el resto de la familia consume. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2007)

Los alimentos que se deben evitar son: nueces, uvas, zanahorias crudas enteras o en trozos, debido a que su consistencia implica el riesgo de bloquear la tráquea. (OPS, 2007)

Se han realizado estudios en los que indican que existe una ventana crítica para la introducción de alimentos sólidos “grumosos”. Si estos no son introducidos antes de los diez meses de edad, es posible que aumente el riesgo de dificultades para la alimentación en el futuro. (OPS, 2007) (Northstone K, 2001)

Por lo que, aunque la alimentación con alimentos semisólidos ahorre tiempo, para el desarrollo adecuado del niño se recomienda aumentar la consistencia de los alimentos gradualmente de acuerdo a la edad del niño. (OPS, 2007)

Lo importante de esta recomendación es que incita la habilidad de masticar. Varios estudios han reconocido que el momento óptimo para estimular la masticación es entre los seis y nueve meses de vida. (Northstone K, 2001)

Si él bebe no desea masticar durante este período, es posible que se limite esta la construcción de ciertos hábitos relacionados con la masticación como obtener el gusto por los sabores, olores y texturas varias. (Coulthard H, 2009)

En un estudio realizado por Listery Illingworth (1994) se he observado que una masticación tardía se relaciona con dificultades de conducta durante la época escolar. Los bebés están listos para aceptar alimentos grumosos entre el sexto y sétimo meses de vida, los que se enfrentan a la masticación antes de los diez meses de edad, son capaces de consumir una dieta diversa en frutas y verduras durante la etapa escolar.

2.2.4.10 Frecuencia de la alimentación complementaria

Según la OPS, (2007), acorde con su edad los niños deberían comer:

6 a 8 meses: 2-3 veces al día.

9 a 24 meses: 3-4 veces al día + 1 o 2 refrigerios

2.2.4.10 Secuencia de lactancia materna y alimentos complementarios

Es importante el orden en que se brindan los alimentos, ya que si el niño tiene mucha hambre no va a querer probar con los alimentos en ese momento. Lo recomendable es amamantar al niño antes de alimentarlo con los nuevos alimentos sólidos. A pesar de esto no hay que dejarlo completamente saciado porque de lo contrario no va a querer comer alimentos sólidos. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2007)

2.2.4.11 Elección de los alimentos para la alimentación complementaria

La selección de los alimentos se elige dependiendo de los factores geográficos, hábitos culturales, disponibilidad, costumbres familiares y nivel socioeconómico de la familia, entre otros. (PRECOP, 2009)

Los alimentos elegidos deben ser libres de sustancias tóxicas, aflatoxinas, hormonas y residuos de pesticidas. (PRECOP, 2009)

2.2.4.12 Posición del bebé para alimentarlo

La posición incorrecta de alimentar al bebe, se relaciona con atragantamiento, malestar al comer o infecciones de oído. (PRECOP, 2009)

El lactante domina mejor su boca y cabeza en posición sedente con buen apoyo en la espalda y los pies. La persona que alimenta debe sentarse en frente a niño (a) y hacer contacto visual sin que este necesite mover su cabeza. (PRECOP, 2009)

Una silla alta es apropiada para la alimentación cuando el lactante ya se sienta sin ayuda. Se le mantiene en posición sedente con un cinturón, de manera que la cadera y las piernas queden a 90 grados. Esta posición ayuda al equilibrio y digestión del niño. (PRECOP, 2009)

2.2.4.13 Principios básicos para la alimentación complementaria

La FAO/ OMS sugiere una orden de principios básicos como guía para la alimentación complementaria, los cuales se describen a continuación: (AEP, 2016)

- ✓ Permanencia de la lactancia materna exclusiva y edad de introducción de alimentos complementarios: El principio de la alimentación complementaria debe iniciarse a los 6 meses de edad, y continuar con la lactancia materna a demanda, hasta al menos los 2 años de edad.
- ✓ Mantenimiento de la lactancia materna: Extender la lactancia materna habitual y a demanda hasta los 2 años de edad o más.
- ✓ Alimentación perceptiva: Empleando los principios de cuidado psico-social: a) La alimentación debe ser responsable, los niños deben ser alimentados directamente por los cuidadores, y cuando empiezan a comer solos deben ser vigilados por los cuidadores, quienes deben cuidar las señales de hambre y saciedad del bebé. b) Alimentarlos paulatinamente y pacientemente, y estimularlos a que coman, pero sin forzarlos. c) Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diferentes combinaciones, sabores, texturas y métodos para que coman. d) Evitar las distracciones durante el tiempo de comida. f) Tener en cuenta que los lapsos de alimentación son períodos de

enseñanza y amor que se crea mediante el contacto visual y estimulando al niño mientras se alimenta.

- ✓ Elaboración y almacenamiento seguros de los alimentos complementarios: Tomar medidas higiénicas como lavarles las manos a los niños antes de preparar los alimentos, tener un almacenamiento adecuado de los alimentos, servirlos inmediatamente, luego de servirlos. Manipular utensilios limpios para preparar y servir los alimentos.
- ✓ Cantidad necesaria de alimentos complementarios: Empezar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos, y aumentar la cantidad conforme el niño crece, mientras se continúa con la lactancia materna.
- ✓ Consistencia de los alimentos: Acrecentar la consistencia de los alimentos conforme el niño va creciendo, adaptándose a sus requerimientos y habilidades. Los niños pueden comer alimentos en forma de puré o papilla a partir de los 6 meses, normalmente a partir de los 8 meses puede tomar alimentos sólidos con sus propias manos y a partir de los 12 meses los niños pueden comer los mismos alimentos que el resto de la familia. Evitar alimentos que puedan dañar al niño como alimentos que puedan causar obstrucción de tráquea.
- ✓ Continuidad de consumo y densidad energética: Se debe aumentar la cantidad de veces que el niño es alimentado con alimentos complementarios a medida que va aumentando la edad. La cantidad de veces depende de la densidad energética y de las cantidades habituales consumidas en cada comida. Generalmente se da entre los 6-8 meses de edad de 2 a 3 comidas,

de 3 a 4 comidas entre los 9 y 11 meses de edad. Si la densidad energética es baja, o el niño no es alimentado al pecho puede necesitar comidas más repetidamente.

- ✓ Contenido nutricional de alimentos complementarios: Seleccionar variedad de alimentos para satisfacer los requerimientos nutricionales.
- ✓ Uso de suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados para niños y madres: Evaluar por un profesional en pediatría, el uso de alimentos fortificados cuando exista riesgo de ingesta inadecuada de vitaminas o minerales.
- ✓ Alimentación durante y después de la enfermedad: Durante la enfermedad se debe aumentar la ingesta de líquidos, incluyendo la lactancia materna con más frecuencia y estimular al niño para que coma.

2.2.4.14 Indicadores básicos utilizados para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño

La Organización Mundial de la Salud, utiliza para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño indicadores estadísticos, los cuales se muestran a continuación (WHO, 2010):

1. Inicio temprano de la lactancia materna: Es la proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento

2. Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses: Proporción de lactantes de 0 a 5.9 meses de edades alimentadas solamente, con la leche materna (puede ser en taza, etc.). (En el año 1991 era a los cuatro meses)
3. Lactancia materna extendida después del año de vida: Proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que son amamantados.
4. Comienzo de la alimentación complementaria: Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves: Proporción de lactantes de 6-8 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves.
5. Variedad de alimentos mínima (no ideal o perfecta): Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos de 4 o más grupos alimentarios.
6. Frecuencia de comidas: Proporción de niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves. (Pero también incluyen leche para niños no amamantados) el número mínimo de veces o más.
7. Indicador compuesto sumario de alimentación o Dieta mínima aceptable (no ideal): Proporción de niños de 6-23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna).
8. Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro: Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos ricos en hierro o alimentos especialmente diseñados para lactantes y niños pequeños, fortificados con hierro o que sean fortificados en el hogar. Todavía no es medible, eventualmente, debemos buscar la manera de medirlo.

2.2.4.15 Recomendaciones para la dieta

La Agencia de Salud Pública de Cataluña (2016), brinda las siguientes recomendaciones sobre alimentación complementaria durante el primer año de vida:

- ✓ Los alimentos ofrecidos, de preferencia deben prepararse en la casa, usando alimentos frescos, naturales, de fácil digestión e higiénicamente, elaborados.
- ✓ La OMS refuerza el concepto manejado por la AAP, de evitar la sal, azúcar ni condimentos en el primer año de vida.
- ✓ La leche materna es el soporte de la alimentación complementaria.
- ✓ Ofrecer los alimentos dos horas después de tomar la leche.
- ✓ Introducir un alimento durante 3 ó 4 días.
- ✓ Introducir alimentos solos y sin hacer mezclas, a menos que se haya probado cada alimento por separado.
- ✓ Ir aumentando la cantidad.
- ✓ En caso de rechazo de un alimento, después de varias exposiciones, se recomienda intentar nuevamente su introducción, una o dos semanas después.
- ✓ Respetar la saciedad.
- ✓ Generar un ambiente placentero, emocional: Es importante que no haya distracciones como la televisión, realizar las comidas en familia, y disponer de tiempo suficiente y sin interrupciones para garantizar que las comidas sean agradables y la ingesta adecuada.
- ✓ No distraer al bebé con juegos o convencerlo de comer con promesas, premios o castigos.

- ✓ Estimular al bebé a que use sus dedos, manos, utensilios hasta lograr su auto alimentación.
- ✓ Utensilios apropiados para la edad.
- ✓ Evitar la administración de bebidas con bajo valor nutritivo, como té, café y bebidas gaseosas. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador.2013)

2.2.4.16 Principios de Alimentación Perceptiva

La alimentación perceptiva indica que la alimentación no está relacionada sólo con el qué come, sino también con el cómo, cuándo, dónde y con quién come el niño (a), la alimentación debe ser brindada con afecto respetando la saciedad del bebé. Los siguientes son los principios de la alimentación perceptiva (OPS, 2007):

- ✓ Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.
- ✓ Alimentar paulatinamente y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos.
- ✓ Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, textura y métodos para animarlos a comer.
- ✓ Tratar de no tener distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente.
- ✓ Tener en cuenta que los períodos para comer son momentos de aprendizaje y amor, hablar con los niños y mantener el contacto visual.
- ✓ Mantener la higiene de las manos y utensilios.

2.2.4.17 Recomendaciones para formar hábitos de alimentación desde la infancia

Los hábitos de alimentación se forman desde que el niño (a) está en su primera etapa de vida, los siguientes son hábitos de alimentación que hay que promover con los niños y niñas en su primera etapa de vida (PRECOP, 2009):

- ✓ Cuando el niño comienza a recibir alimentos, necesita tiempo para acostumbrarse a los nuevos sabores y texturas de los mismos. Se debe permitir que el bebé experimente con los alimentos.
- ✓ El apetito de los niños es variable, existirán ocasiones en que los niños comen poca cantidad o no comen del todo. Es importante respetar las señales de no comer o de saciedad del niño.
- ✓ Favorecer que el niño se siente a la mesa con el resto de familia para comer.
- ✓ Tratar de darle una alimentación variada y atractiva, para que aprenda a comer de todos los alimentos en su debido momento.
- ✓ Permitir al niño o niña participar en la mesa familiar durante las diferentes comidas y disfrutar de este momento.
- ✓ Tener paciencia y buen humor a la hora de alimentar al niño, nunca forzarlo a comer.

2.2.4.18 Reglas para la preparación higiénica de los alimentos (PRECOP, 2009):

- ✓ Elegir los alimentos tratados con fines higiénicos.
- ✓ Cocinar bien los alimentos.
- ✓ Consumir inmediatamente, los alimentos cocinados.

- ✓ Guardar cuidadosamente, los alimentos cocinados.
- ✓ Recalentar bien los alimentos cocinados.
- ✓ Evitar el contacto entre los alimentos crudos y cocinados.
- ✓ Lavarse las manos a menudo.
- ✓ Mantener escrupulosamente, limpias todas las superficies de la cocina.
- ✓ Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y otros animales.
- ✓ Utilizar agua potable.

2.2.4.19 Esquema de alimentación para niños menores de 1 año

- ✓ Alimentos a introducir a los seis meses de edad

Los alimentos que se recomiendan introducir a los seis meses de edad del niño (a) son los siguientes:

-Cereales: Los primeros alimentos recomendados para el consumo de los bebés de cuatro a seis meses es el cereal infantil, en especial los que contienen hierro, mezclado con agua o leche materna. Es un alimento fácil de digerir e hipoalergénico. Además, se pueden elaborar purés de papa o plátano u otros tubérculos o raíces de producción local. Se aconseja el cereal de arroz enriquecido. (Brown, 2010)

-Verduras: Las verduras de hoja verde se deben evitar por su alto contenido de nitratos, tales como la remolacha, acelgas, espinacas. Estas se darán hasta después de los 12 meses. (OMS y OPS, 2010)

-Fruta: Las que tienen buena fuente de vitaminas son las frutas de color amarillo son una buena fuente de, entre ellas la C y A que protegen de las infecciones y ayudan a mantener una buena visión. Elija siempre las de cosecha y las que se producen en la región. (PRECOP, 2009)

Las frutas que no son ácidas como el banano, papaya, melón, manga, sandía, manzana, pera pueden empezar a consumir a los 6 meses de edad. Las frutas cítricas como la naranja y la fresa se deben suministrar después de los 12 meses de edad. (PRECOP, 2009)

Entre las recomendaciones que se deben seguir durante este mes son (Brown, 2010):

-Evitar cereales de trigo combinados (trigo, arroz, trigo, miel). (PRECOP, 2009)

-Iniciar con una cucharada de puré, y se aumenta la cantidad según la tolerancia y aceptación del niño. (Stephenson DM, Gardner JM, Walker SP, Ashworth A, 1994)
(Gardner JM, Walker SP, Gavin KA, Ashworth A, 2002)

-Suministrar el alimento durante 3 días seguidos antes de cambiar de fruta o verdura. Una vez que el niño ha probado las frutas o verduras por separado y no se ha observado ninguna reacción en el niño se pueden mezclar. (PRECOP, 2009)

-No incluir espinacas, vainicas, remolachas y tomate. (Agencia de Salud Pública de Cataluña.2016)

✓ Alimentos a introducir a los 7 meses de edad

Los alimentos que se recomiendan introducir a los siete meses de edad del niño (a) son los siguientes:

-Carnes: El pollo se les puede dar a los seis meses, a los siete la ternera, y a los 9 meses el cordero. Buena fuente de proteína son las carnes de res y pollo, hierro, cinc, ayudando al crecimiento, previenen la anemia y la desnutrición.

Las carnes se elaboran solas o en platillos combinados con arroz o verduras. Se debe brindar al niño el trozo de carne en lugar del caldo. (OMS y OPS, 2010)

-Alimentos con gluten: Pan suave, galletas, cereales infantiles de trigo.

-Leguminosas: Son buena fuente de proteínas y contienen algo de hierro. Se pueden combinar en el mismo plato con verduras. Leguminosas como: frijoles, garbanzos, lentejas, alverjas. El caldo de frijoles no aporta tantos nutrientes, lo mejor es dar al niño el frijol. (AEP, 2013)

✓ Alimentos a introducir a los 9 meses de edad

Los alimentos que se recomiendan introducir a los nueve meses de edad del niño (a) son los siguientes:

-Pescado: El pescado blanco puede introducirse a partir de los 9-10 meses, el azul a partir de los 15-18 meses. (OMS y OPS, 2010)

✓ Alimentos a introducir a los 10-11 meses de edad

Los alimentos que se recomiendan introducir a los diez meses de edad del niño (a) son los siguientes:

-Yogures y derivados lácteos: A partir de los 11 ó 12 meses de edad. (OMS y OPS, 2010)

-Huevo: Se puede brindar la yema desde los 10 meses, en cantidades progresivas, y la clara (huevo entero) a partir de los 12 meses. (OMS y OPS, 2010)

2.2.4.20 Esquema de alimentación para niños mayores de 1 año

Los alimentos que se recomiendan introducir a los diez meses de edad del niño (a) son los siguientes:

-Legumbres: A partir de los 12 ó 15 meses. (OMS y OPS, 2010)

-Leche de vaca: Nunca antes el año de vida, idealmente, a partir de los 18 meses. (OMS y OPS, 2010)

Después del año de edad el niño o niña puede comer lo mismo que el resto de la familia. Se puede aumentar la cantidad de alimentos en cada comida según la tolerancia del niño (a), y se recomienda continuar dando leche materna. (AEP, 2013)

2.2.4.20 Dietas vegetarianas

Se debe de tener cuidado cuando se plantea una dieta de este tipo y conocimiento debido a que si no se hace de esta forma puede darse un riesgo de deficiencias nutricionales y energéticas, especialmente, cuando las dietas son más restrictivas. (Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2016)

Los lactantes vegetarianos que se alimentan al seno materno deben recibir complementos que contengan vitamina D, vitamina B12, y tal vez hierro y cinc.

Si por convicción los padres someten a sus hijos a una dieta vegetariana debe ser al menos del tipo lactoovovegetariana e incluir mínimamente 500ml de leche materna o fórmula infantil. (Brown, 2010)

Otro factor relacionado es que este tipo de dieta aporta un alto contenido de fibra, que puede condicionar la disponibilidad de micronutrientes, así como de energía y

ácidos grasos esenciales, y consecuentemente afectar el crecimiento y desarrollo normal del niño. (PRECOP, 2009)

En este caso es importante que los padres o encargados consulten con un profesional experto en alimentación vegetariana.

2.2.4.21 Alimentos que no deben ser incluidos en la alimentación durante el primer año de edad

La alergia a los alimentos se ha descrito como una respuesta anormal del sistema inmune de la mucosa a los antígenos presentes en el tracto gastrointestinal. (Acosta y Guerrero, 2007)

La alergia puede ser causada por una proteína, almidón o contaminante que se encuentre en comida, tales como preservantes, químicos, pesticidas o insecticidas. (Sodhi, 2009) La barrera de la mucosa gastrointestinal es una estructura compleja en términos fisicoquímicos e inmunológicos (celulares), que evita la penetración de antígenos foráneos, la modificación de las condiciones de esta barrera puede promover la alergia a los alimentos. (Acosta y Guerrero, 2007)

Existen 7 alimentos que abarcan el 90% de todas las reacciones alérgicas: leche, huevo, semillas, pescado, mariscos, soya y trigo. Las reacciones alérgicas más comunes en los niños (as) son causadas por la leche, huevo, semillas y trigo. Debido a que el sistema digestivo no está lo suficientemente maduro y existe la posibilidad de desarrollar una alergia, se debe evitar dar alimentos antes del primer año de vida. (Sodhi, 2009)

✓ Alimentos alergénicos:

Entre los alimentos alergénicos se destacan los siguientes:

- ✓ Leche de vaca

La Academia Americana de Pediatras recomienda no utilizar leche de vaca durante la lactancia. La anemia por deficiencia de hierro se vincula con introducción temprana de leche entera de vaca. Es posible que la baja disponibilidad de hierro sea resultado de hemorragia gastrointestinal, absorción deficiente de otros minerales (calcio y fósforo) o falta de alimentos ricos en hierro en la dieta. (Brown, 2010)

- ✓ Clara de huevo

La ovoalbúmina y el ovomucoide de la clara son los principales alérgenos, siendo este último resistente a la cocción. Si el niño (a) tiene riesgo de padecer alergia a este alimento, no debe darse antes de los 18 meses. (Brown, 2010)

- ✓ Semillas

La alergia al maní tiene un amplio rango de manifestaciones clínicas. La recomendación es no introducir frutos secos hasta los 3 años de edad. (BascuñánK, & Araya M. (2014)

- ✓ Pescado y mariscos

La capacidad alergénica del pescado se debe a las parvo-albúminas, que representan aproximadamente, el 30% de las proteínas y son resistentes a la cocción. El pescado también puede crear otras reacciones adversas por su liberación de histamina. Los mariscos son ricos en histaminas, tienen un gran poder liberador, de manera que no siempre se sabe si producirá alergia o no, en este caso se recomienda incorporarlos a partir del año de edad. (Goicoechea, et al., 2009)

- ✓ Cítricos (naranja, piña, fresas, tomate)

La reacción alérgica se debe a su alto poder liberador de histamina. Se recomienda incluir estos alimentos hasta después del año de vida. (PRECOP, 2009)

✓ Miel de abeja

Riesgo de contaminación con esporas de *Cl. Botulinum*. Cuando un alimento está contaminado con la bacteria *Clostridium botulinum* y se mezcla con los jugos digestivos del niño (a) se crea un ambiente idóneo para el crecimiento de esporas que producen toxinas. Cuando coloniza, la toxina generada es incorporada a la circulación. Se recomienda no alimentar con miel de abeja a los niños menores de 18 meses, o inclusive algunos autores recomiendan evitarla hasta los 3 años de edad para mayor seguridad. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

✓ Embutidos

Los nitratos se utilizan en el curado de los productos cárnicos. Se añaden a los embutidos con el fin de inhibir el crecimiento de la bacteria *Clostridium botulinum*. Sin embargo, uno de sus sub productos, el nitrito, es tóxico. Cuando este compuesto se une a la hemoglobina de la sangre, se forma la metahemoglobina, la cual es incapaz de transportar oxígeno. Esto provoca dificultades para respirar y los más propensos a sufrir esta intoxicación son los niños menores de un año. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

✓ Espinacas, acelgas, remolacha

Se deben evitar antes de los 12 meses, si se utilizan que no sea más del 20% del contenido total, esto debido a su alto contenido de nitratos. Después del año de edad hasta los tres años, estas hortalizas no deben ser más de una porción al día. (Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2016)

✓ Alimentos que presentan riesgo de atragantamiento

Algunos alimentos que presentan riesgo de atragantamiento: Para los lactantes por sus reducidas habilidades de masticación. Los trozos de alimento mal masticado pueden obstruir la vía respiratoria del lactante porque las habilidades de tos voluntaria y aclarado de la garganta todavía no se aprenden. Además, el lactante aún no es capaz de despegar la comida del paladar. (Brown, 2010)

Algunos ejemplos de estos alimentos que son considerados peligrosos por la AAP son:

- Palomitas de maíz
- Maní
- Pasas y uvas completas
- Carne fibrosa entera
- Goma de mascar
- Dulces y gelatinas duros
- Pedazos de salchichas
- Frutas y verduras crudas y de consistencia dura

✓ Azúcar

El azúcar no es necesario para los bebés. El azúcar solamente aporta energía, pero no aporta vitaminas ni minerales. La energía y los nutrientes que el niño (a) necesita se obtiene de la leche materna y los alimentos complementarios saludables como verduras, frutas, vegetales y carne. (Brown, 2010)

El bebé desarrolla las papilas gustativas entre los 6 y 24 meses, de manera que no es necesario incorporarle azúcar cuando no la necesita, de esta forma se crean hábitos saludables desde un inicio. (Brown, 2010)

✓ Sodio

El niño que recibe lactancia materna tiene una dieta baja en sodio, debido a que la leche materna es baja en sodio (15 mg / 100 ml), al inicio de la alimentación complementaria el consumo de sodio puede aumentar considerablemente, dependiendo de la forma de preparar los alimentos por parte de los encargados del niño (a). El umbral de aceptación del sabor salado se mantiene en el curso del tiempo y si se acostumbra desde esta etapa al niño a lo largo de su vida sigue prefiriendo alimentos con el mismo grado de sodio. En una vida adulta esto puede ocasionar enfermedades cardiovasculares. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2007)

2.2.4.22 Consecuencias de la inapropiada introducción de alimentos

✓ Interferencia con la alimentación al pecho

El niño queda satisfecho con otros alimentos y no le interesa mamar del pecho materno, lo que puede inducir una disminución en la producción de la leche materna y como resultado limitar al niño de una correcta ingesta de nutrientes. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2007)

✓ Posibilidad de atragantamiento

En los primeros seis meses, el bebé no tiene completamente desarrollados los mecanismos neuromusculares de manera que se puede tornar peligroso que el niño

se atragante o ahogue con los alimentos. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2007)

✓ Mal-absorción

Se da debido a que en el primer semestre de vida la maduración funcional y enzimática del sistema digestivo no está completa. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2007)

✓ Aumento de enfermedades infecciosas

Se aumenta el riesgo por la mala manipulación de los alimentos. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2007)

Daño renal por sobrecarga de nutrientes, particularmente, proteínas y minerales que el niño debe eliminar por esa vía, con el subsiguiente peligro de deshidratación porque se necesita agua adicional para excretar las sustancias de desecho.

✓ Bajo peso o desnutrición

Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante estos dos años formativos incluyen una morbilidad significativa y un desarrollo mental y motor retrasado. (OPS, 2007)

A largo plazo, las deficiencias nutricionales tempranas están relacionadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud en general. (OPS, 2007)

Los resultados de las mujeres con estos problemas de desnutrición presentan una mayor posibilidad de dar a luz niños desnutridos y con bajo peso al nacer. (OPS, 2007)

✓ Diarrea

Este es un trastorno que puede deberse a intolerancia alimenticia o cambios en el consumo de líquidos. La leche materna no causa diarrea, durante un brote de diarrea, a menudo la ingesta adecuada continua de líquidos, como leche materna o fórmula, es suficiente para prevenir la deshidratación. (Brown, 2010)

✓ Estreñimiento

Las sugerencias para evitar el estreñimiento son asegurar que el niño alcance suficientes líquidos y evitar el uso de medicamentos a menos que estén prescritos. Algunos padres recurren a la ciruela pasa u otros jugos con efecto laxante en lactantes mayores, sin embargo, se puede dar la consecuencia de crear desequilibrio hídrico y, en consecuencia, diarrea. (Brown, 2010)

Para los lactantes con estreñimiento no se recomiendan alimentos con alto contenido de fibra dietética porque alimentos como las galletas de trigo entero o las manzanas con cascara, representan riesgo de atragantamiento. (Brown, 2010)

✓ Retraso en el crecimiento

Es un trastorno de aumento inadecuado de peso o talla que se cree que es resultado de déficit calórico, sin importar si la causa se identifica como un problema de salud o no. (WHO, 2013)

El retraso en el crecimiento puede ser orgánico, inorgánico o mixto. El retraso en el crecimiento orgánico se describe como un aumento inadecuado de peso o talla resultado de un problema de salud, como anemia por deficiencia de hierro o enfermedad cardíaca o genética. El no orgánico corresponde a un aumento inadecuado de peso o talla sin causa biológica identificable, por lo que se sospecha una causa ambiental, como, por ejemplo: depresión materna, enfermedad mental,

abuso de alcohol o drogas en casa, alimentación delegada a los hermanos u otras personas que no reaccionan a las señales del niño y dilución excesiva de la fórmula.

(Brown, 2010)

✓ Anemia

La anemia es un trastorno por deficiencia de hierro de largo plazo y grave, sugiere que la concentración inadecuada de hierro contribuye a retrasos en el aprendizaje a largo plazo por su función en el desarrollo del sistema nervioso central. El tratamiento de este tipo de anemia en la lactancia casi siempre consiste en prescripción de hierro elemental administrado por vía oral como líquido. Los niños en esta edad deben consumir carnes rojas, cereales o alimentos fortificados con hierro.

(Brown, 2010)

La recomendación diaria es de 6 mg de hierro para recién nacidos menores de seis meses de edad y 10 mg para los de seis a doce meses de edad.

✓ Sobrepeso

En el comienzo de la alimentación complementaria, está regulada en gran parte por la madre o cuidador. Esto puede asociarse a la generación de hábitos inadecuados de alimentación y al exceso de peso del niño. Sin embargo, la relación directa entre obesidad en edades posteriores y el sobrepeso en esta etapa de la vida es difícil de comprobar, sin embargo, los dos primeros años de vida son las bases para establecer patrones de alimentación saludables desde un inicio. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.2007)

✓ Alergias alimentarias

Antes de los 6 meses de edad el intestino es muy permeable a macromoléculas antígenas y los mecanismos inmunológicos no se han desarrollado por completo. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2007)

Si se observa de intolerancia a las proteínas tal vez se cambie a una fórmula especializada de proteína hidrolizada. Debido a que la proteína de una fórmula hidrolizada ya está degradada, no produce la misma respuesta que los fragmentos intactos. (Brown, 2010)

Las reacciones alérgicas más frecuentes son síntomas respiratorios y en la piel, como sibilancias y erupciones cutáneas. (Brown, 2010)

✓ Intolerancia al gluten

Si se incluye el gluten antes de los 7 meses de edad aumenta el riesgo de sufrir irritaciones en el intestino, síndrome de malabsorción y enfermedad celiaca, ya que el mecanismo de absorción de proteínas en el sistema digestivo no está totalmente desarrollado.

Se han realizado estudios en los que el consumo temprano de alimentos con gluten en niños menores de tres meses demostró que presentaron 5 veces más riesgo de enfermedad celiaca, comparando con los niños a los cuales se les dio alimentos con gluten después de los 4-6 meses, los niños a los cuales se les dio gluten después de los 7 meses tuvieron un riesgo casi nulo de padecer la enfermedad. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.2007)

✓ **Obesidad**

Al ingerir alimentos antes de los 6 meses alimentos ajenos a la leche materna se puede provocar la liberación de insulina, factores de crecimiento y estímulo de adiposidad en edades futuras. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2007)

✓ **Diabetes**

Las consecuencias de una ingesta alta de proteína, más de 4 gr de proteína por kilogramo de peso, son los efectos anabólicos en el organismo, aumenta la secreción sérica de insulina, la cual puede presentar resistencia periférica a la insulina y aumentar el riesgo a padecer Diabetes Mellitus tipo 2. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.2007)

✓ **Caries dental**

El exceso de azúcar, malos hábitos de higiene bucodental, malos hábitos como dar bebidas azucaradas al niño durante el sueño son causas que incrementan el riesgo de generar caries en los niños que reciben alimentación complementaria. (Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.2007)

2.2.4.23 Pautas para la alimentación con cuchara

Al alimentar a los niños (as) con alimentos tipo papilla donde es necesario utilizar la cuchara, se recomiendan seguir ciertas pautas, las cuales se detallan a continuación, (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013):

- ✓ Tomar en cuenta que la primera experiencia de alimentación con cuchara sea en un momento en que el bebé no esté cansado ni hambriento, sino activo y juguetón.
- ✓ Dar en una cuchara pequeña con una hendidura poco profunda. Que sea de un material que no se ponga ni fría, ni caliente con la temperatura de los alimentos.
- ✓ Proporcionarle al bebé el tiempo suficiente para que abra la boca y extienda la lengua hacia la comida. Si no puede extender la lengua más allá del labio inferior, no está listo para alimentarse con cuchara.
- ✓ Situar el hueco de la cuchara sobre la lengua con una ligera presión descendente hacia el frente de la boca. Si toca la parte posterior de la lengua, puede desencadenarse un reflejo nauseoso.
- ✓ Ubicar la cuchara casi al nivel de la boca. No es recomendable que el bebé manipule la comida de la cuchara con las encías cuando ésta se inclina demasiado hacia arriba. Es indispensable que el mentón del niño (a) se encuentre un poco abajo para proteger la vía respiratoria.
- ✓ La constancia de alimentación se basa en la observación de la deglución del recién nacido. La rapidez con la que se da el alimento aumenta el riesgo de que se atragante y que tenga una experiencia no placentera.
- ✓ La cantidad de los primeros alimentos es pequeña (sólo 5 ó 6 cucharadas para bebé) y la duración se aproxima a 10 min dependiendo del interés que el bebé muestre.

2.2.4.24 Método de Alimentación Guiada por el Bebé

La alimentación guiada por el bebé, es la traducción al español del término “BabyLedWeaning” (BLW), puede ser traducido también como “alimentación complementaria a demanda”.

La alimentación guiada por el bebé, es un modo de introducir comidas sólidas en la dieta del bebé, permitiendo que se alimente por sí mismo, sin usar cucharas y sin la necesidad de hacer la comida puré. Se dan los trozos de comida, para que el niño (a) los agarre con la mano y los pueda manejar por sí mismo. El bebé se sienta con el resto de la familia a la hora de la comida y se une a los demás cuando está listo, usando primero sus manos para comer y después los cubiertos. Este método respeta los gustos y preferencias del niño (a). (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

Este método de alimentación tiene requisitos indispensables a seguir, tales como la postura del bebé, la cocción de los alimentos, la preparación, presentación y los alimentos no recomendados antes del año.

Este término fue acuñado por Gill Rapley, matrona, nutricionista y directora adjunta de la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) de UNICEF en el Reino Unido. Pero el método en sí mismo es antiguo y muchas madres reconocen haberlo practicado sin necesidad de haberle puesto nombre.

2.2.4.26.1. Bases del método

El método de alimentación guiada por el bebé es un método basado en el desarrollo fisiológico de los niños (as) durante su primer año.

De manera que el método toma en cuenta que el sistema digestivo de los recién nacidos no está preparado para la comida hasta aproximadamente los seis meses de edad; durante el primer semestre de vida se les brinda a los niños (as) alimentación exclusiva o fórmula. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

A los seis meses, los bebés desarrollan sus capacidades para sentarse erguidos, tomar trozos de comida, llevárselos a la boca y masticarlos, de manera que cuando se cumplen estas condiciones fisiológicas el niño (a) está preparado para iniciar el proceso de alimentación complementaria sin necesidad de comer los alimentos en forma de puré. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

Las razones por las cuales desde hace más de un siglo los niños (as) comen los alimentos en forma de papilla, es porque a inicios del siglo pasado es cuando la industria empezó a hacer las leches de fórmula, éstas estaban hechas a base de leche hervida, agua y azúcar. Debido a esto, nació un problema de desnutrición infantil, de forma que la sociedad empezó la alimentación complementaria de forma anticipada, con el objetivo de amedrentar las insuficiencias nutricionales de las leches de fórmula.

Sin embargo, los niños (as) a la edad de 4 meses no han desarrollado sus destrezas motoras ni digestivas para alimentarse solos, de manera que surgió la idea de darles a los niños los alimentos en forma de puré. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

Con el tiempo, las papillas tomaron fuerza, como una forma de alimentación común y consolidada, por razones como (Rapley, G; Murkett, T, 2010):

- Es de fácil administración
- Son sanas porque están hechas a base de vegetales, verduras y/o carne.

-La madre es quien mide la cantidad de comida consumida por su hijo (a)

2.2.4.26.2. Edad para iniciar la alimentación complementaria

Según recomendaciones de la OMS y las Asociaciones de Pediatría la edad para iniciar la alimentación complementaria es alrededor de los 6 meses de edad.

Brindar alimentos antes de los 6 meses no ha reportado tener un beneficio adicional para el lactante, al contrario, puede ser contraproducente. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

A esta edad se intenta introducir la alimentación complementaria, sin embargo, no se les debe forzar a los niños a comer, sino hasta observar un desarrollo físico y cognitivo adecuado. Según la Asociación Española de Pediatría (AEPED) y la Academia Americana de Pediatría (2009) el bebé está preparado para comer sí;

- Se puede sentar erguido: Esto indica que a nivel muscular el sistema digestivo está listo.
- Desaparece del reflejo de extrusión
- Muestra interés por los alimentos
- Sabe mostrar hambre y saciedad

Las madres pueden confundir las señales fisiológicas, por otras señales falsas y creer que su hijo (a) está preparado para iniciar la alimentación complementaria.

Entre estas señales se destacan (Rapley, G; Murkett, T, 2010):

-Despertares nocturnos: Se introduce la alimentación antes de los 6 meses porque las madres piensan que los niños quedan con hambre y que ya es hora de iniciar la alimentación complementaria, sin embargo, los niños despiertan por varias razones, entre ellas tomar leche materna.

-Pérdida de peso del niño: Es común que a la edad de los 4 meses el aumento de peso no se gane con la frecuencia que se venía haciendo, esto es una situación normal, sin embargo, algunos padres y pediatras toman esta ralentización de ganancia de peso como una razón para iniciar la introducción de sólidos.

2.2.4.26.3. Recomendaciones para la alimentación complementaria guiada por el bebé

Según Rapley, G; Murkett, T (2010) la alimentación complementaria guiada por el bebé, tiene una serie de pautas que se recomienda seguir para que esta sea exitosa.

Estas recomendaciones son:

- ✓ Tener paciencia: Un niño (a) no aprende a comer de un día para el otro, de manera que en un inicio el niño (a) lo que hará es explorar la comida e intentar introducir el alimento a la boca.
- ✓ Evitar obsesionarse con las cantidades: Al inicio muchos bebés comen poco durante los primeros meses.
- ✓ No abrumarse con la suciedad: Este método, más a un inicio la comida acaba también en otros lugares como la mesa, el suelo y la ropa del bebé.
- ✓ No forzar al bebé a comer: No se debe introducir el alimento en su boca ni tratar de convencerlo para que coma.
- ✓ Sentar al bebé erguido: Hay que comprobar que la postura sea estable y que el niño o niña puede utilizar las manos y brazos libremente. De esta forma se facilita que la comida que no pueden tragar caiga afuera de su boca.
- ✓ Ofrecerle la comida en vez de dársela: Dejar que el bebé tome los alimentos con sus propias manos, no meterle la comida en la boca.

- ✓ Ofrecerle agua con los alimentos para que pueda beber si lo necesita.
- ✓ Adecuar el tamaño de la comida a sus habilidades: Al inicio se recomiendan trozos grandes que pueda agarrar con el puño (palitos o tiras). A medida que el bebé desarrolla su motora fina se le pueden ir ofreciendo trozos más pequeños.
- ✓ Introducir nuevas formas y texturas gradualmente: Con el fin de que el bebé descubra poco a poco cómo manejar las nuevas texturas.
- ✓ Incentivar al niño para que coma.
- ✓ Ofrecer la comida más adelante que ha rechazado.
- ✓ Incluir al bebé en las comidas familiares.
- ✓ Escoger los momentos donde el bebé no esté cansado o tenga hambre para que se pueda concentrar mejor.
- ✓ Continuar con la lactancia materna o con sucedáneos de la leche materna como siempre.
- ✓ Evitar distracciones para el bebé.
- ✓ Hacer lo posible de que todos los que intervengan en la alimentación del niño estén familiarizados con el método.
- ✓ Nunca dejar al bebé solo mientras come.
- ✓ Informarse, antes de iniciar el método, es importante que la madre se informe y se instruya antes, para así evitar conductas de riesgo y fracasos.

2.2.4.25 Posibilidad de atragantamiento

La probabilidad de atragantamiento es menor que con cualquier otro método de introducción de alimento sólido, para esto se deben mantener ciertas normas de seguridad. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

Los bebés no son capaces de mover intencionadamente la comida hacia la garganta hasta después de haber desarrollado la habilidad de masticar, y desarrollan la habilidad de masticar hasta después de haber aprendido la habilidad que les permite alcanzar y agarrar las cosas. De forma que cuando se permite al niño (a) controlar lo que se lleva a la boca, se le está ayudando a aprender a comer de forma segura, por una razón meramente fisiológica. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

El bebé de 6 a 8 meses de edad no agarra las cosas con la mano entera y, hacen una pinza con sus dedos pulgar e índice (pinza inferior), con esta forma de agarrar las cosas sólo pueden comer o chupar lo que sobresale de sus puños, de manera que les va mejor agarrar trozos grandes que trozos pequeñitos, ya que los pequeños no sabrán como comerlos. Lo ideal es al inicio empezar con trozos del tamaño del puño o un poco más grandes. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

Cuando el niño es alimentado con cuchara, se le insta a que sorba la comida hasta el fondo de la boca, sin haber desarrollado aún la habilidad de tragar, aumentando el riesgo de atragantamiento. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

2.2.4.26 Alimentos a ofrecer al bebé

Se le deben de ofrecer al bebé comidas variadas, alimentos que puedan ser cortados fácilmente en palitos o tiritas, cuando el niño (a) está iniciando.

Al ofrecerle al niño (a) alimentos variados se les da la oportunidad de descubrir diferentes sabores y texturas y se asegura que obtengan todos los nutrientes que necesitan. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

2.2.4.26.4. Alimentos que se deben evitar

En el método BLW los alimentos a evitar son: (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

- ✓ Alimentos con sal o azúcar añadido
- ✓ Comidas enlatadas
- ✓ Comidas rápidas y preparadas
- ✓ Miel, mariscos, pez espada y clara de huevo, estos alimentos se deben iniciar al año de edad.
- ✓ Frutos secos o semillas enteras
- ✓ Frutas pequeñas con semillas

2.2.4.26.5. Beneficios del método

Entre los beneficios del método de alimentación guiada por el bebé se detallan los siguientes (Rapley, G; Murkett, T, 2010):

-Fomento de hábitos saludables: Un estudio realizado en Reino Unido (Townsend & Pitchford, 2012), concluye que los bebés que practican el método de “Alimentación guiada por el bebé” tienden a escoger comidas más saludables que los bebés que son alimentados con purés y papillas. También concluyen que los bebés que

practican este método presentan un índice de masa corporal (IMC) menor, que no es atribuible a diferencias en el peso al nacer, IMC paterno o clase social. Esto indica que los bebés presentan un menor riesgo de obesidad, tanto en su niñez como en su adultez, gracias al establecimiento de hábitos alimenticios saludables desde su primera etapa de vida.

En el estudio se señala que el 93.5% de las familias del grupo de “Alimentación guiada por el bebé” indicó que nunca había experimentado ningún incidente de atragantamiento.

-Es un método más respetuoso con el bebé: Respetar su ritmo de desarrollo y sus propios gustos.

-Divertido: Permite al bebé explorar y practicar de una manera libre favoreciendo a crear una actitud positiva hacia los alimentos.

-Oportunidad de aprendizaje: Es una forma de aprender de sabores y texturas. Aprenden a rechazar alimentos que no les agrada, de manera que se contribuye a que, en el futuro, estén dispuestos a aceptar nuevos alimentos y sean menos “delicados” con la comida. Al comer los alimentos por separado, conocen todas sus características de forma aislada, más en cambio con los purés experimentan un sabor diferente que probablemente, no vayan a probar más.

-Autorregulación: Este método confía en el criterio del niño a elegir qué alimentos prefiere, en qué cantidad, en qué orden, cuánto tiempo va a emplear en comerlo. De manera que el bebé desarrolla sus mecanismos de control de saciedad y evita comer

en exceso, disminuyendo así la probabilidad de futuras enfermedades como obesidad y diabetes.

-Ayuda a desarrollar la coordinación ojo-mano y la masticación.

-Evita las peleas a la hora de comer y las actitudes melindrosas

-Crea seguridad en el bebé: El hacer las cosas por sí mismo le da confianza en sus propias habilidades y conocimientos.

- Beneficia el desarrollo social del bebé: Permite incluir al niño en las comidas familiares, debido a que él come y puede comer al mismo tiempo que su madre y el resto de sus familiares.

- Práctico: El bebé puede comer en cualquier lugar sin ningún problema, no se necesita hacer los purés anticipadamente.

2.2.4.26.5. Inconvenientes

Entre los inconvenientes que se muestran en este tipo de alimentación son (Rapley, G; Murkett, T, 2010):

-Dar explicaciones al resto de la familia ya que la mayoría de las personas van a querer darle alimentos al bebé a través del método tradicional.

-Limpiar la mesa, la silla, el suelo, la cara del niño, su ropa y alrededores, después del tiempo de comida.

CAPÍTULO III. 3. MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo, se describen los elementos relacionados con el diseño metodológico del estudio, donde se desarrollan los puntos referentes al tipo y diseño de la investigación; la población, la muestra, las técnicas y los instrumentos aplicados para la recolección de los datos, las técnicas, las etapas de la investigación (la inicial y la de campo), así como el procesamiento de la información.

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se basa en el enfoque cuantitativo, se caracteriza por utilizar la recolección y el análisis de datos con el fin de contestar preguntas de la investigación, por medio del uso de la estadística para establecer con exactitud diferentes patrones de comportamiento en una población. (Hernández S, Fernández C, & Baptista L, 2013)

En el caso de esta investigación se recolecta y se analiza información para, de esta manera, describir y conocer a fondo la manera de alimentación complementaria que utilizan las madres con sus niños (as) menores de un año de edad.

Se utiliza este enfoque cuantitativo debido a que permite la generalización de los resultados, es preciso y predictivo, de forma que los resultados son aplicables a otras futuras poblaciones como lo indica Hernández, et al., (2013).

La investigación es de tipo descriptiva, ya que busca describir características y rasgos importantes del fenómeno en estudio. (Hernández, et al, 2013)

De acuerdo con Hernández et al. (2013), “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos

(variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga.”

A pesar que el tema de alimentación complementaria es un tema conocido, todavía hay falta de conocimiento veraz, las madres siguen con dudas acerca de cuándo es el mejor momento para iniciar la alimentación complementaria, qué alimentos ofrecer, texturas, horarios, beneficios de una adecuada alimentación durante esta etapa de vida y repercusiones de las prácticas inadecuadas.

3.2 UNIDADES DE ANÁLISIS

3.2.1 Población

Madres costarricenses que tengan niños o niñas menores o iguales a dos años de edad, que hayan tenido la oportunidad de brindarles alimentación complementaria a sus hijos (as) y que sean seguidoras de la fundación sin fines de lucro Liga de La Leche o seguidoras de su página de Facebook.

3.2.2 Muestra

Debido a que, en el estudio, la población de interés se definió como: “Madres costarricenses que tengan niños o niñas mayores de un año y menores o iguales a dos años de edad, que hayan tenido la oportunidad de brindarles alimentación complementaria a sus hijos (as) y que sean seguidoras de la fundación de apoyo a la lactancia materna sin fines de lucro Liga de La Leche. Para la selección de la muestra necesariamente, se necesitaba contactar a las personas que estuvieran ligadas a la organización.

En ese sentido, las madres que debían ser entrevistadas podrían ser contactadas mediante las facilidades que tienen las redes sociales, en este caso Facebook.

Las madres que fueron contactadas vía la red social Facebook, fueron entrevistadas en sus hogares o centros de trabajo previa coordinación. La ventaja de contactar a las madres mediante la red social de Facebook es que permite tener la posibilidad de acceder a personas de manera rápida y fácil sin importar la locación de residencia, para luego coordinar la entrevista.

✓ Cálculo de la muestra

De acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, el cálculo de la muestra se define en la siguiente fórmula y depende de los siguientes parámetros:

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

Donde:

- N: el tamaño de la población de interés. El cual fue definido como las madres con niños mayores a 1 año y menores o iguales a los 2 años de edad y que fueran seguidoras de la página de Facebook de la Liga de la Leche.
- Z_a : es el cuartil asociado a la distribución normal estándar, que corresponde a un área de $1 - \alpha$ bajo la curva o mejor dicho el nivel de confianza de la estimación
- p: equivale a una proporción esperada para una estimación de interés
- q: $1 - p$

- d: corresponde a la precisión de la estimación, es decir, la diferencia máxima permitida entre la estimación y el verdadero valor poblacional.

Para definir el tamaño de la población de interés N se utilizó inicialmente, como valor aproximado, la cantidad de personas afiliadas a la página de la Liga de la Leche en Facebook. En total, se estima que la cantidad de personas que siguen la página de la organización es cercana a 15,600. La dificultad que esto representa es que no hay una forma de garantizar que las 15,600 personas correspondan todas a madres con hijos o hijas mayores a 1 año o menores o iguales a 2 años de edad. Dentro de la totalidad de seguidores se espera que existan padres u otros familiares cercanos a una madre y su hijo.

Para evaluar el posible efecto del tamaño de la población, se realizará el cálculo del tamaño de muestra para la totalidad de los seguidores y para cantidades disminuidas en 10% y 30%, de manera que se pueda considerar de alguna forma la presencia de personas diferentes a las madres (aunque es muy posible que se encuentren directamente asociadas a ellas).

En ese sentido, la TablaN° 9 muestra los cálculos de los tamaños de muestra para diferentes niveles de confianza, los errores máximos de precisión permitidos, y las distintas cantidades asumidas para la población total de interés N.

Se observa primeramente, que el efecto de disminuir el tamaño total de seguidores 15,600 en un 10% y en un 30% sólo tiene un efecto significativo en los tamaños de muestra ubicados en la última fila de cada una de las sub-secciones, donde se consideran niveles de error máximos para precisión de un 1%. Debido a que los

tamaños de muestra bajo ese nivel de precisión son en la práctica poco viables, se puede concluir que para los niveles de precisión viables la cantidad de la totalidad de seguidores no tiene un efecto práctico, por lo cual de ahora en adelante se utilizará N=15,600.

Tabla N^o9

Cálculo del tamaño de muestra

Precisión	Error de la muestra		
	10%	5%	1%
N: 15,600			
10%	67	96	165
5%	265	375	638
1%	4,711	5,945	8,052
N: 14,040 (Disminuido 10%)			
10%	67	95	165
5%	265	374	636
1%	4,558	5,703	7,615
N: 10,920 (Disminuido 30%)			
10%	67	95	164
5%	264	371	628
1%	4,171	5,110	6,594

Fuente: Elaboración propia (2017)

Considerando el valor de N=15,600, la TablaN^o 9 muestra que conforme se disminuye el error máximo de precisión, el tamaño de muestra aumenta, de la misma manera, el tamaño de muestra aumenta conforme aumenta el nivel de confianza. En ese sentido, se decide trabajar con un error de la muestra de 5% (correspondiente a un nivel de confianza del 95%) y con una precisión en el parámetro de estimación de un 10%, con lo cual se obtiene un tamaño de muestra igual a 96 personas. El cálculo se ejemplifica en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{15,600 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.1^2 * (15,600 - 1) + 1,96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 95,46 \approx 96 \text{ personas}$$

Donde:

- $N=15,600$, $Z_a= 1.96$, $p= 0.5$, $q= 0.5$ y $d= 0.1$

Finalmente, y considerando el análisis anterior, se decidió obtener un tamaño de muestra de 96 madres o más que cumplieran los criterios de inclusión. De tal manera, que a través de las entrevistas realizadas personalmente, y a través de la red social de Facebook, en total colaboraron 100 madres que cumplían las características y requisitos para ser incluidas en el estudio.

3.2.3 Criterios para la selección de la muestra

3.2.3.1 Criterios de inclusión

- Mujeres costarricenses.
- Mujeres en cualquier estado civil: Solteras, casadas, divorciadas, viudas o en unión libre.
- Madres en cualquier rango de edad.
- Madres en cualquier nivel educativo.
- Madres con niños (as) mayores de 1 año y menores o iguales de 2 años de edad.
- Madres que hayan tenido la oportunidad de alimentar a sus hijos (as) durante su primer año de vida.

- Un 50% de la muestra debe haber alimentado a sus hijos utilizando el método de alimentación complementaria guiada por el bebé y el otro 50% la muestra a través del método de alimentación complementaria tradicional.
- Participación voluntaria en la investigación.
- Disponibilidad de reunión con la investigadora con el fin de llenar la encuesta.
- Firmar el consentimiento informado.

3.2.3.2 Criterios de exclusión

- ✓ Mujeres que no brinden autorización para el estudio o rechacen alguna parte del estudio.
- ✓ Mujeres que presenten alguna patología que les impida participar en el estudio.
- ✓ Madres que no puedan reunirse o recibir visitas en el transcurso del día o noche (antes de las 9pm)

3.3 LAS VARIABLES

En este apartado se describen las variables contenidas específicamente en cada objetivo de la investigación.

Una de las variables corresponde a las características socio-demográficas, las cuales corresponden al conjunto de factores sociales y demográficos de las madres tales como: edad de la madre, nivel de escolaridad, estado civil y ocupación.

La segunda variable son los conocimientos de alimentación complementaria, que corresponden a los pensamientos que han adquirido las madres en relación con la

alimentación complementaria, incluyendo la edad del inicio de la alimentación complementaria, los alimentos que las madres introducen a los niños considerando que son nutritivos o curativos, entre otras.

Otra de las variables son las prácticas de alimentación complementaria, que corresponde al conjunto de acciones o procedimientos que han realizado las madres en relación con la introducción de alimentos diferentes a la leche materna en el niño o niña durante su primer año de vida. Incluyendo la edad de inicio de la alimentación complementaria, la introducción de alimentos según tipo, la cantidad de alimento, los tiempos de comida, entre otros.

3.3.1 Operacionalización de Variables

En este apartado se presenta la operacionalización de variables, en la cual, se detalla la variable principal y el concepto de esta, las dimensiones, la definición operacional, los indicadores, los niveles de medición y el criterio de análisis a partir de cada objetivo específico.

Tabla N ° 10. Cuadro de operacionalización de variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicadores	Definición instrumental	Fuentes de información	Resultados
Determinar las principales características sociodemográficas de las madres en estudio.	Características sociodemográfico	Conjunto de variables que categorizan a una población en comparación con la sociedad.	-Edad de la madre en años cumplidos Ocupación -Lugar de residencia -Nivel de escolaridad -Estado civil	En un cuestionario donde se recolecta la información en forma escrita.	Edad de la madre en años cumplidos (# absoluto) Categoría de ocupación de la madre Categorización del lugar de residencia de la madre Categoría de escolaridad de la madre Categoría del estado civil de la madre	Cuestionario	Madres seguidoras de la página de Facebook de la fundación sin fines de lucro Liga de la Leche.	Porcentajes y frecuencias de todas las variables de las dimensiones.
Identificar los conocimientos que tienen las madres acerca de lo que para ellas representa una adecuada	Conocimientos de una adecuada alimentación complementaria.	Pensamientos que han adquirido las madres en relación a la alimentación complementaria.	Mes en que se debe iniciar la alimentación complementaria. Mes en el que el niño ya puede comer de todos los alimentos al igual	Aplicación de un cuestionario donde se recolecta la información en forma escrita a través de	Mes (# absoluto) Mes (# absoluto) Cantidad	Cuestionario	Madres seguidoras de la página de Facebook de la fundación sin fines de lucro Liga de la	Porcentajes y frecuencia de todas las variables de las dimensiones.

<p>alimentación complementaria.</p>			<p>que el resto de la familia</p> <p>Cantidad que se le debe dar al niño(a) por día al introducir un nuevo alimento.</p> <p>Suspensión de la leche materna al iniciar la alimentación complementaria</p> <p>Introducción de un alimento en particular que se considera nutritivo y/o curativo</p> <p>Beneficios de alimentar a los niños (as) con alimentos sólidos en trozos enteros (sin hacerlos puré o majarlos)</p> <p>Estimulación del desarrollo del bebé mientras</p>	<p>preguntas cerradas y abiertas</p>	<p>alimento (# absoluto)</p> <p>Respuesta afirmativa o negativa</p> <p>Nombre del alimento</p> <p>Beneficios</p> <p>Respuesta afirmativa o negativa</p>		<p>Leche.</p>	
-------------------------------------	--	--	---	--------------------------------------	---	--	---------------	--

			es alimentado.					
Conocer las prácticas de alimentación complementaria que tienen las mujeres con sus hijos (as), con las prácticas tradicionales y no tradicionales.	Prácticas de alimentación complementaria	Conjunto de acciones y procedimientos que han realizado las madres en relación con la introducción de alimentos diferentes a la leche materna en el niño o niña durante su primer año de vida.	<p>Edad en la que el niño dejó de recibir lactancia materna.</p> <p>Primer alimento recibido por el infante, distinto a la leche materna y/o fórmula infantil.</p> <p>Edad de inicio de la alimentación complementaria</p> <p>Momento en que la madre ofrece alimento al niño.</p> <p>Rango de días en que la madre le da de probar al niño (a) un nuevo alimento al incorporarlo.</p> <p>Razones por las cuales la madre decidió iniciar la</p>	Aplicación de un cuestionario donde se recolecta la información en forma escrita a través de preguntas cerradas.	<p>Mes (# absoluto)</p> <p>Nombre del alimento</p> <p>Mes (# absoluto)</p> <p>Antes o después de amamantar</p> <p>Rango de días (# absoluto)</p> <p>Razones</p> <p>Respuesta afirmativa o negativa</p>	Cuestionario	Madres seguidoras de la página de Facebook de la fundación sin fines de lucro Liga de la Leche.	Porcentajes y frecuencia de todas las variables de las dimensiones.

			<p>alimentación complementaria.</p> <p>¿Recibieron las madres información para orientar la introducción de alimentos en sus niños (as)?</p> <p>Fuentes de información de quienes recibieron información las madres.</p> <p>Texturas de los alimentos que escogieron las madres para iniciar la alimentación complementaria.</p> <p>Madres que brindaron alimentación complementaria por el método tradicional y por el método” Alimentación</p>		<p>Fuentes de información</p> <p>Texturas de alimentos</p> <p>Respuesta afirmativa o negativa</p> <p>Razones</p> <p>Mes (# absoluto)</p>			
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			guiada por el bebé” Razones por las cuales las madres utilizaron el método de alimentación complementaria tradicional vs. guiada por el bebé. Mes de introducción de ciertos alimentos al niño (a)					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Técnicas

Para la recolección de la información, se utiliza la técnica del cuestionario descriptivo, desarrollado con el fin de obtener la información necesaria para la investigación, el cual se detalla a continuación.

3.4.2 Instrumentos

Para trabajar con la población se diseña un cuestionario que consta de 19 preguntas abiertas y cerradas en total, dividido en tres partes. El primero abarca preguntas socio-demográficas de las madres, en el segundo cuestionario se evalúa el conocimiento de las participantes en cuanto a sus creencias de alimentación

complementaria, y por último el tercer cuestionario evalúa las prácticas de alimentación complementaria utilizadas con sus hijos durante su primer año de vida. (Ver Anexo N°1)

Al ser un tema que no toda la población tienen conocimiento, se realizan preguntas sencillas y fáciles de contestar, que reflejen el conocimiento y prácticas reales de las madres.

El mismo instrumento se realiza tanto a las madres que utilizaron el método tradicional de alimentación como a las que utilizaron el método guiado por el bebé, debido a que está diseñado para ambas poblaciones.

Este instrumento es aplicado personalmente por la investigadora, después de comprobar que la población reúne los requisitos para realizar el cuestionario.

3.5 PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

3.5.1 Etapa preliminar

La etapa preliminar consta de varios pasos que permiten iniciar la realización de la investigación, inicialmente se elabora el instrumento utilizado para la recolección de la información.

El instrumento se somete a una prueba piloto con 20 mujeres asistentes a charlas de promoción a la lactancia materna impartidas en la Universidad de Costa Rica, que reúnen las mismas condiciones de la población en estudio excepto ser seguidoras de la página de la Liga de la Leche, o si lo eran ya no podían participar más adelante en el estudio.

Al realizar la prueba piloto no hubo problemas de que las madres entendieran las preguntas y el tiempo estimado para la encuesta fue de 15 minutos, el cual se cumplió sin problemas. El cuestionario presenta las cualidades de validez y confiabilidad, está desarrollado con palabras simples, que facilitan el entendimiento de todas las madres.

Este proceso se realiza con el fin de obtener información básica sobre la validez de la prueba, tanto en el fondo como en la forma del mismo, por ejemplo, si es entendible, si el número de preguntas es el correcto, cuál es el tiempo aproximado para realizar la prueba, entre otros.

3.5.2 Etapa de campo

En primera instancia se pide el permiso a la fundación sin fines de lucro “Liga de la Leche” para poder realizar la investigación en su institución, específicamente seguidores de su página de Facebook.

Al otorgar la fundación dicho permiso, se prosigue a convocar a las madres interesadas en participar en la investigación.

Dicha convocatoria se realiza mediante dos publicaciones en la página de Facebook de la fundación, donde se detalla el objetivo de la investigación, los requisitos para poder participar en el estudio (criterios de inclusión), el número de teléfono y correo electrónico al cual se pueden contactar las personas interesadas.

Una vez realizada la convocatoria, las mujeres interesadas en participar se contactan por llamada telefónica, mensaje de texto o correo electrónico, se les realiza una breve entrevista con el fin de verificar que reúnen los requisitos para participar, una vez confirmada la información se procede a coordinar una visita a las madres, a su

casa de habitación, con el fin de entregarles el consentimiento informado, explicárselos y obtener la aprobación de ellas a través de su firma y firma del testigo, y a su vez realizarles el cuestionario para así recolectar la información necesaria.

El período destinado para esta recolección de datos es alrededor de cuatro meses, debido al tiempo que implica trasladarse hasta la casa de habitación o lugar de trabajo de cada de una de las madres por separado.

3.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Seguidamente, de la aplicación del instrumento, se procesan y tabulan los datos en tablas y gráficos por medio del programa Microsoft Excel para lograr el análisis de los resultados.

3.6.1 Análisis uni-variado

Las características socio-demográficas se presentan por medio de un análisis porcentual, enfocado al resumen de los datos originados a partir del cuestionario como la edad, ocupación, nivel educativo y estado civil.

Además, en el análisis uni-variado se incluye, el análisis porcentual y de frecuencias sobre los resultados con el conocimiento y prácticas de las madres respecto a alimentación complementaria.

3.6.2 Análisis bi-variado

Se determina la relación entre los conocimientos y prácticas de las madres que practicaron el método de alimentación complementaria tradicional respecto a los conocimientos y prácticas de las madres que practicaron el método de alimentación guiada por el bebé con sus hijos (as) en su primer año de vida.

Esta relación se analiza estadísticamente, realizando pruebas de análisis de la varianza, y chi cuadrado con un 95% de confianza, con el fin de obtener diferencias significativas o no entre ambos métodos de alimentación.

Se procede luego a analizar la información y realizar la comparación entre ambos métodos, y se presenta el análisis respaldado con evidencia científica e ilustrado a través de gráficos.

3.7 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es no experimental, debido a que se miden las variables sin manipularlas, se miden el comportamiento de las personas en su estado natural.

La recolección de la información es de tipo transversal, debido a que se aplica el cuestionario en un único momento.

El tipo de investigación es descriptiva, se explora como se manifiestan las madres respecto a los conocimientos y prácticas de alimentación complementaria tradicional y alimentación guiada por el bebé en niños menores a 1 año.

Se registran los datos obtenidos en los instrumentos de investigación y se contextualizan.

CAPÍTULO IV. 4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

A continuación, se presentan los resultados posteriores a la realización de la entrevista aplicada a las madres, a fin de determinar cuantitativamente, y cualitativamente, las variables.

4.1 Características socio-demográficas

Como primer abordaje se presentan las características socio-demográficas de las mujeres encuestadas. A partir de esto se obtendrá un mejor conocimiento del contexto bajo el cual se presentan los resultados obtenidos.

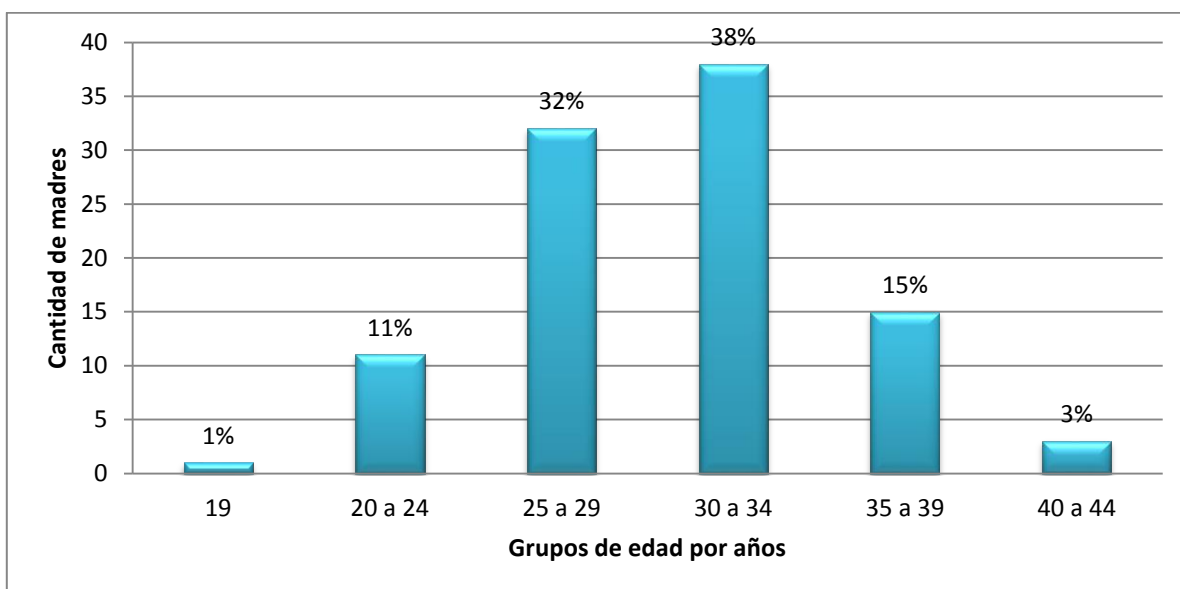


Figura N°1 Distribución etaria de las madres entrevistadas, Liga de la Leche, enero-marzo 2017, (n=100 personas). Elaboración propia, 2017

La Figura N°1 muestra la distribución de las mujeres encuestadas de acuerdo a grupos quinquenales, de edad. La edad mínima de las mujeres fue 19 años y la edad máxima corresponde a 42 años. Se observa que el grupo de edad con más mujeres corresponde a las edades de 30 a 34 años, seguido del grupo de 25 a 29 años. En

general se encuestaron a una gran gama de edades, lo que evitará que los resultados se vean afectados por las características propias de alguno de los grupos de edad o algún factor generacional.

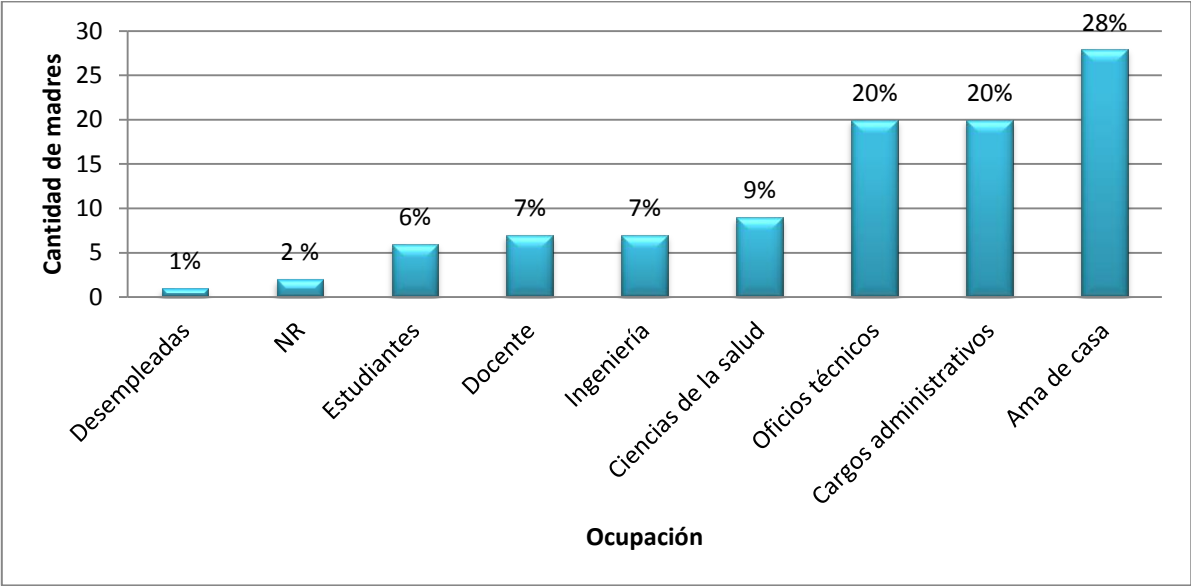


Figura N°2. Distribución de la muestra por ocupación, Liga de la Leche, enero-marzo 2017, (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Al analizar la ocupación de las entrevistadas, un 63% se dedica a alguna actividad remunerada en su mayoría, un 20% tienen cargos administrativos y un 20% se dedica a algún oficio técnico no especializado, por encima de profesiones en salud, ingeniería y docencia. Por otro lado, un 35% corresponde a mujeres que actualmente no se encuentran integradas a la fuerza laboral, las cuales corresponden a un 28% de amas de casa, 7% estudiantes y un 1% desempleada. (Ver Figura N°2)

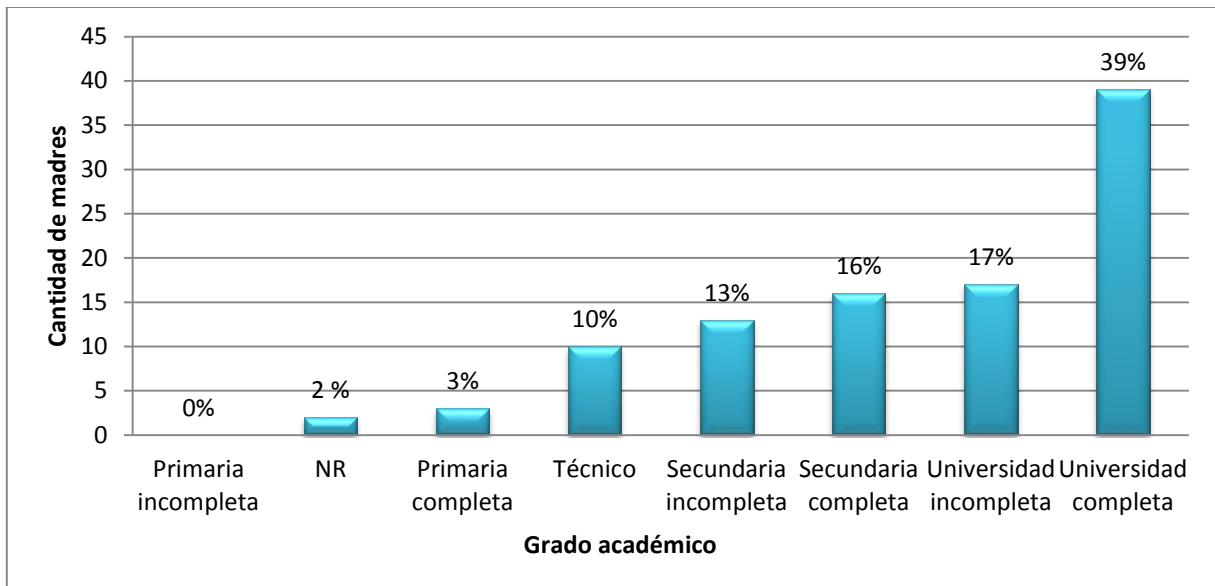


Figura N°3. Distribución de la muestra por grado académico, Liga de la Leche, enero-marzo 2017, (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Por su parte, el grado académico de los individuos evidencia el alto nivel de especialización. Esto se observa al destacar que aproximadamente, el 56% de las encuestadas mantienen al menos el grado universitario, ya sea completo o incompleto y un 29% han asistido al menos al colegio o lo han completado. Esto representa un alto grado de escolaridad a nivel universitario así como de secundaria.

(Ver figura N° 3)

Este factor es importante, debido a que el nivel de conocimiento y educación de las madres tiene relación con los hábitos de alimentación que adquieren sus hijos (as) como lo señalan autores como Lin, Y. et al. (2011), y Zarnowiecki, D., Sinn, N., Petkov, J. et Dollman, J. (2011)

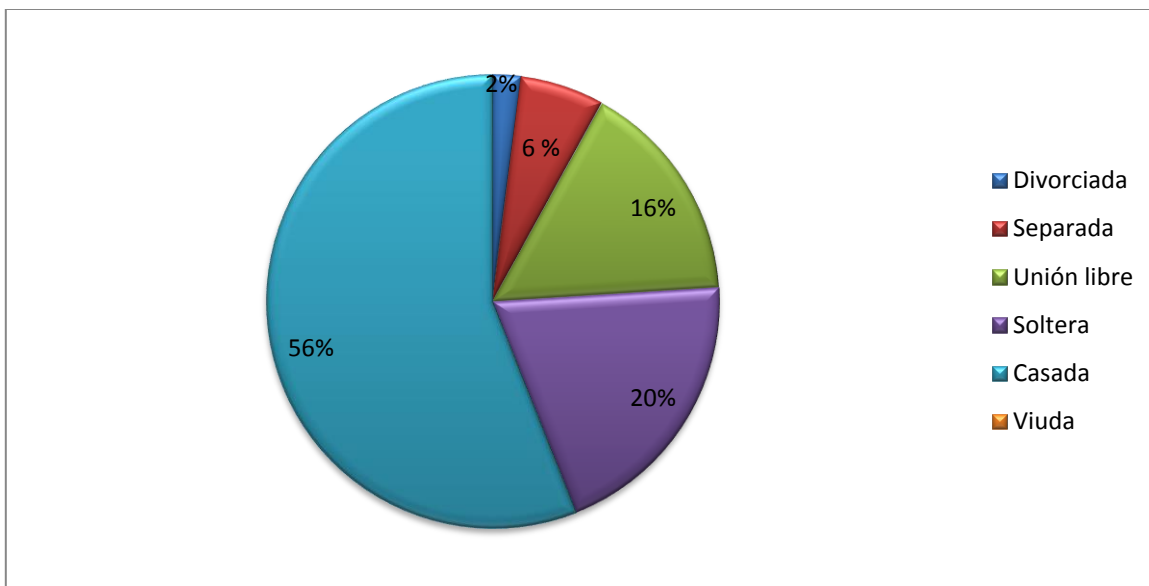


Figura N°4. Distribución de la muestra por estado civil, Liga de la Leche, enero-marzo 2017, (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Respecto al Estado Civil, se encontró que la mayoría de las encuestadas se encuentran casadas (56%) o solteras (20%), conformando un 76% de las mujeres, mientras que la minoría se encuentran divorciadas, separadas o en unión libre (ver figura N°4). Esto se encuentra acorde a los resultados anteriores respecto a las edades de las mujeres, ya que todas las encuestadas son mayores de edad y se encuentran en edades dentro de las cuales es común asistir a la universidad o bien desarrollar una familia. (Ver Figura N°4)

4.2 Conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria

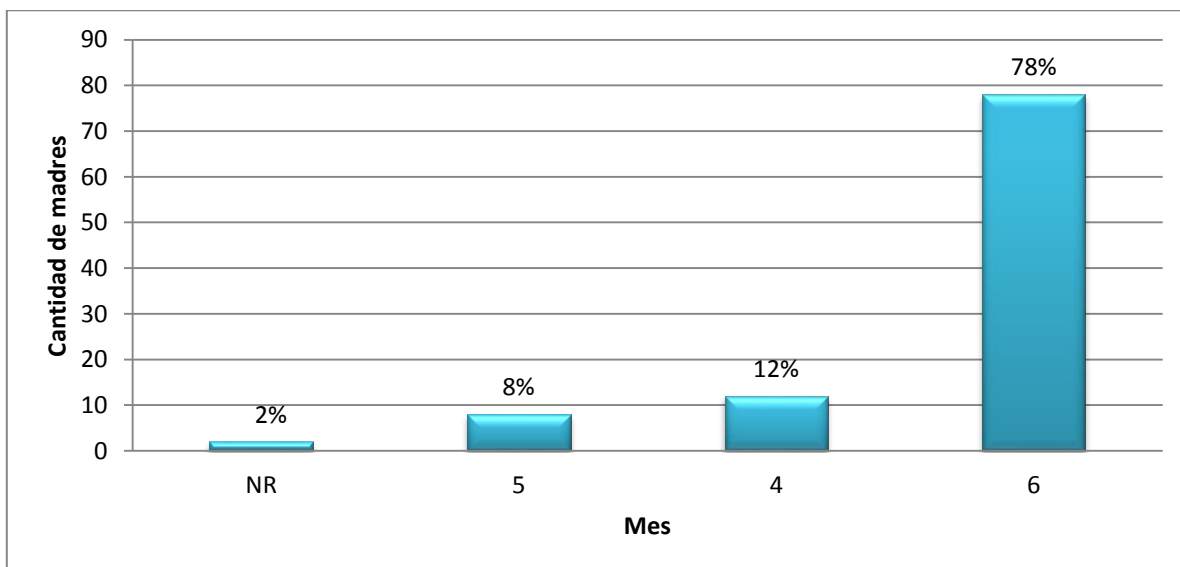


Figura N°5. Mes de inicio de la alimentación complementaria a criterio de las madres, Liga de la Leche, enero-marzo 2017, (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017.

Como puede observarse, la mayoría de las encuestadas (78 %) consideró que la alimentación complementaria debe iniciar a los 6 meses de edad, un 12% a los 4 meses, un 8% a los 5 meses y un 2% no respondieron. (Ver Figura N°5)

En cuanto a la edad ideal para el inicio de la alimentación complementaria, la mayoría de las madres entrevistadas (78%), considera que los 6 meses de vida es lo apropiado, lo cual podría indicar que sus conocimientos son adecuados, ya que hacen referencia a la edad establecida como apropiada en la literatura. La edad de inicio de la alimentación juega un papel fundamental para garantizar un óptimo crecimiento, desarrollo y salud durante la infancia.

La OMS (2008) recomienda iniciar la alimentación complementaria hasta los seis meses, con el fin también de mantener durante el primer semestre de vida del niño la

lactancia materna exclusiva (alimentación de los lactantes exclusivamente, con leche humana sin ningún tipo de alimentos o bebidas adicionales incluyendo el agua durante los primeros seis meses de edad).

A pesar que un 78% de la población concuerda con la literatura, un 20% de la población indica que la edad idónea para iniciar es a los 4 ó 5 meses, pudiendo generar esta práctica un reemplazo de la lactancia materna (parcial o totalmente).

Esta cifra (78%) es bastante superior a la de otras investigaciones como la de Gamboa, López, Prada, & Gallo (2008) en Santander, Colombia, donde sólo el 27% de las participantes seleccionaron esta edad. Otro estudio realizado con madres afrocolombianas determinó inclusive que la alimentación complementaria debe iniciarse entre los 3 y 4 meses de edad (Alvarado, Tabares, Delisle&Zunzunegui, 2005)

A parte de reemplazar la alimentación complementaria, iniciar antes de los 6 meses de edad puede traer otras consecuencias, introducir la alimentación complementaria antes de los 4 meses de vida es un factor de riesgo asociado a la obesidad a los 3 años de edad, la lactancia materna representa un factor protector en comparación con aquellos que no la han recibido o se les suspendió antes del cuarto mes de vida (crecimiento, nutrición temprana en el niño y riesgo de obesidad).

Además, el consumo de otros alimentos en los primeros meses de vida, puede disminuir significativamente la biodisponibilidad del zinc y el hierro presentes en la leche materna. Otra ventaja evidenciada es que la lactancia confiere ventajas respecto a la aceptación posterior de otros alimentos por el niño. (OMS, 2010)

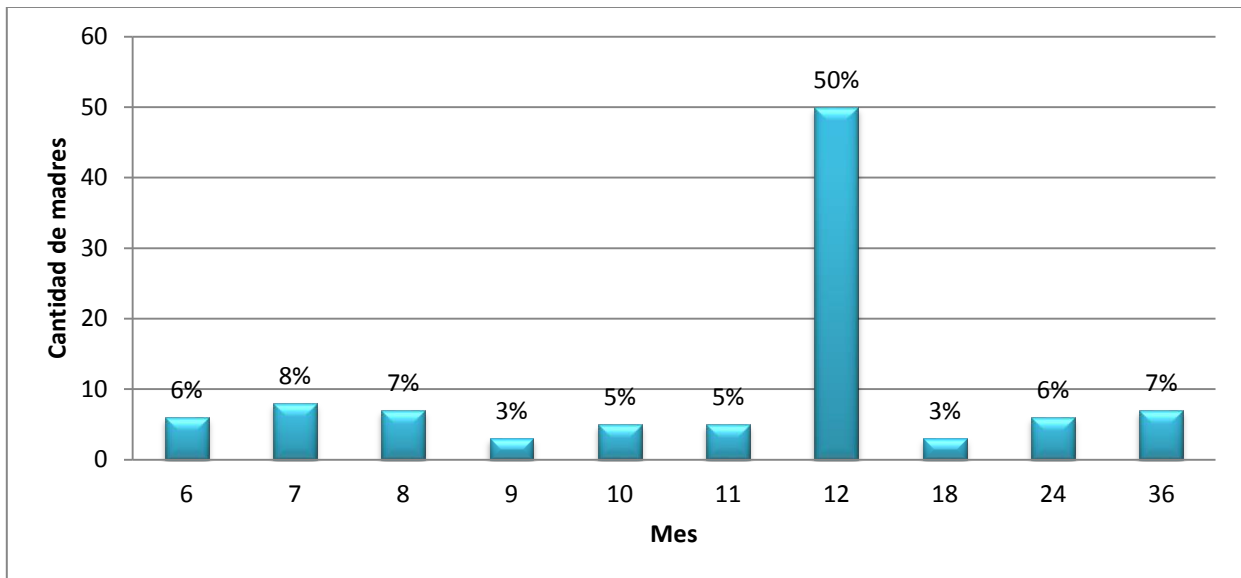


Figura N°6. Mes de integración del niño(a) a la dieta familiar, a criterio de la madre, Liga de la Leche, enero-marzo 2017 (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

El gráfico de la Figura N° 6, muestra el mes en el cual a criterio de las madres ya los niños se pueden integrar por completo a la dieta familiar, un 50% indica que es al año de edad, un 34% antes y un 16% después del año de edad, específicamente, al año y seis meses, a los dos años y hasta los tres años.

La literatura recomienda que ya a partir de los 12 meses de edad los niños (as) puedan incorporarse a la dieta familiar por completo, comiendo los mismos alimentos que el resto de la familia. De manera que se observa que un 34% de la población tienen un conocimiento inadecuado, el cual puede afectar la salud del niño (a), no necesariamente, a corto plazo sino a largo plazo, debido a que el infante puede presentar alergias en su juventud o adultez. (Acosta, O, 2007)

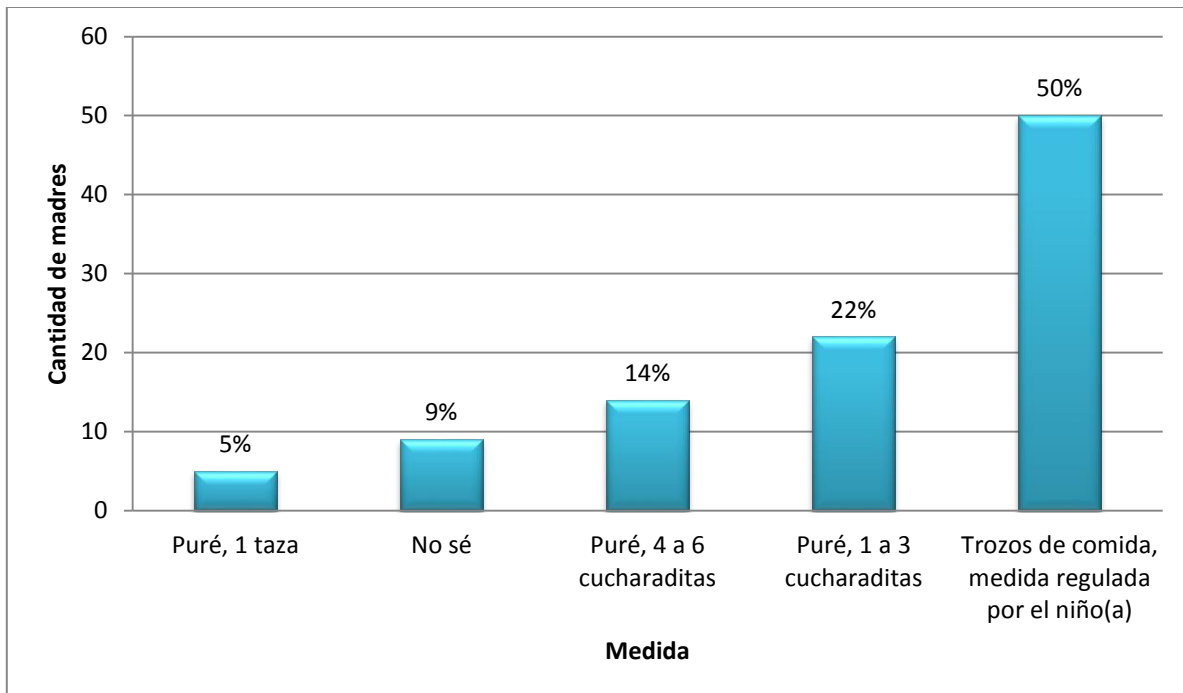


Figura N°7. Cantidad y textura de alimento que se le debe dar al niño (a) al inicio de la alimentación complementaria a criterio de las madres, Liga de la Leche, enero-marzo 2017, (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Por su parte la figura N°7, muestra la cantidad de alimento que las madres consideran se les debe dar al niño (a) al introducir un nuevo alimento, en su mayoría con un 50% las madres indican que no es necesario medir la comida, sino que se le brinda al infante trozos de comida sin necesidad de ser medida, un 22% indica que la medida idónea es de 1 a 3 cucharaditas, seguidamente, un 14% dice que de 4 a 6 cucharaditas, un 9% de las madres dice no saber la respuesta y por último un 5% indica que la medida correcta es 1 taza. (Ver Figura N°7)

Brindar alimento al infante sin hacerlo puré o majarlo y sin medida, no quiere decir que el niño vaya a comer cuanto alimento se le dé, debido a que él va a comer lo que desea respetando su saciedad, su ingesta va a estar dirigida y autorregulada por

el bebé, es decir, el padre pone a su disposición una oferta de alimentos saludables y ellos deciden qué y cuánto. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

Por otra parte, se recomienda que los alimentos se introduzcan progresivamente, esto quiere decir que la cantidad recomendada inicialmente debe ser de 1 a 3 cucharaditas de alimento, más aún tomando en cuenta que el tamaño del estómago de un infante de 6 meses no está adecuado para darle cantidades de alimento mayores. (Brown, 2010) Esta recomendación concuerda con el 22% de las opiniones de las madres.

Para conocer qué opinan las madres acerca de si consideran que se debe suspender la lactancia materna por completo al introducir los primeros alimentos al niño, se les realizó la pregunta y un 100% de la muestra indica que esta no se debe suspender.

Este resultado se puede deber a que el país ha hecho grandes esfuerzos por promover la lactancia materna, y concientizar a la población acerca de la importancia de brindar leche materna a sus hijos. (CCSS, 2007)

La OMS (2010) recomienda lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad ya que permite la adaptación y maduración intestinal del lactante y confiere características inmunológicas protectoras frente a infecciones bacterianas y víricas. Entre las principales respuestas de las madres, se destacan que la leche materna es un vínculo entre el infante y ellas, que la leche materna continúa siendo el alimento principal para el niño(a) aun cuando se les ha introducido los alimentos, de manera que esta no debe de abandonarse.

Sin embargo es importante analizar si este conocimiento en la práctica se cumple debido a que en estudios realizados se ha puesto en evidencia que la introducción precoz de alimentación complementaria fue atribuida por las madres a factores tales como falta de leche o reincorporación a las actividades laborales o académicas habituales, lo cual coincide con otros autores en donde los motivos señalados por las madres para dejar de lactar se relacionaron con la participación de las mujeres en el mercado laboral. Esto constituye un serio obstáculo para el mantenimiento de la lactancia, con consecuencias que pueden ser graves para los niños en términos de morbi-mortalidad. (Abeldaño R, López M, Burrone M, González M, Fernández A, 2014)

La literatura describe ampliamente que las prácticas inadecuadas de alimentación en el lactante, entre ellas la introducción precoz de fórmula, semi-sólidos y agua, pueden conducir al fracaso de la lactancia materna, con consecuencias nutricionales e inmunológicas para los niños, ya que también se ha investigado ampliamente la asociación entre lactancia materna ineficaz y la morbi-mortalidad infantil. (Abeldaño R, López M, Burrone M, González M, Fernández A, 2014)

En otro estudio, sobre lactancia materna se evidenció destete precoz (antes de los 6 meses de edad) en el 64,7% del caso, de manera que la alimentación con sólidos no se da de la mano de la lactancia materna. (Cardona, K, et al., 2013)

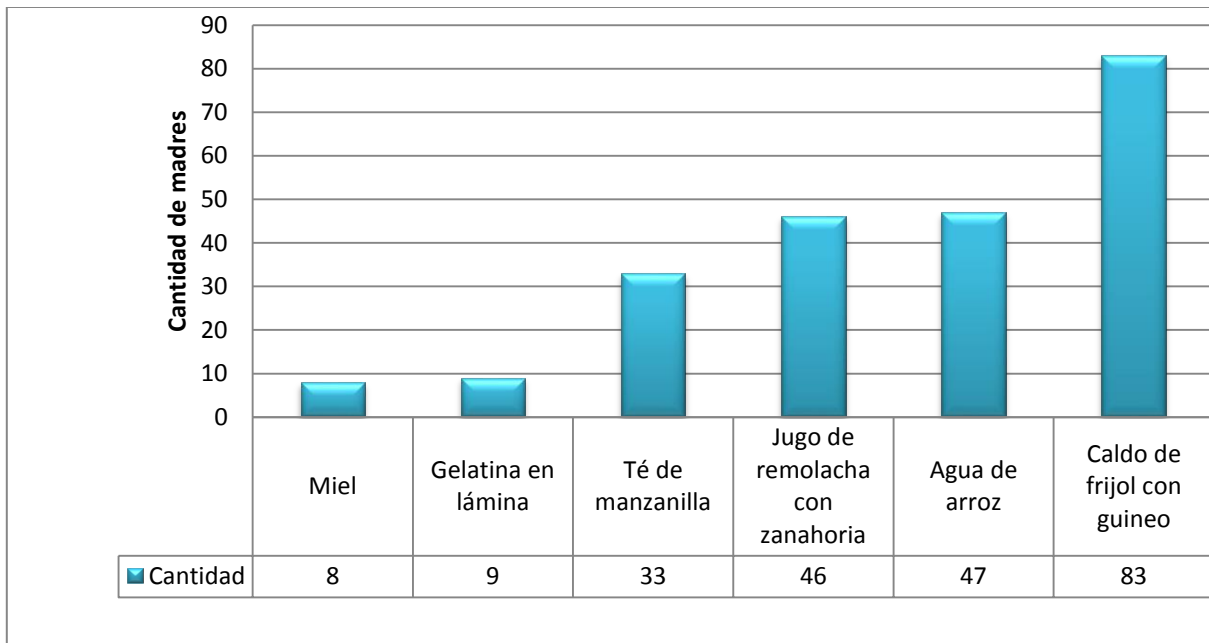


Figura N°8. Alimentos que las madres consideran muy alimenticios para sus hijos (as) menores de un año, Liga de la Leche, enero-marzo 2017 (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Por otra parte, se les brindó una lista de alimentos a las madres con el fin de saber cuáles alimentos ellas consideran muy alimenticios para sus hijos, ellas indicaron uno o varios alimentos, el alimento que es considerado más nutritivo es el caldo de frijol con guineo, el cual fue elegido por un 83% de la muestra.

Seguidamente, el agua de arroz obtuvo el segundo lugar con un 47% de las opiniones, en tercer lugar, el jugo de remolacha con zanahoria es considerado nutritivo con un 46%. El té de manzanilla fue seleccionado seguidamente con un 33%. La gelatina en lámina y la miel fueron seleccionadas minoritariamente, con un 9% y 8% respectivamente. (Ver Figura N°8)

Se aprecia como estos alimentos son considerados nutritivos por las madres, unos en mayor porcentaje que otros, sin embargo, cada uno de ellos representa un número significativo, tomando en cuenta que la ingesta de estos alimentos de forma inadecuada puede ser contraproducente en vez de beneficioso. Las madres dan estos alimentos con el pensamiento que están haciendo un bien a su niño (a), no quiere decir con esto que dichos alimentos no tengan beneficios para la salud, sin embargo, estos se recomiendan después del año de edad.

Las madres indican las razones por las cuales cada uno de estos alimentos son saludables para ellas, exteriorizan en primer lugar que el caldo de frijol con guineo es nutritivo por su contenido de hierro, vitaminas y proteína. Respecto al agua de arroz consideran que es alimenticio debido a su poder refrescante, digestivo, relajante e hidratante.

Las razones que dan para el jugo de remolacha con zanahoria son debido a su contenido de vitaminas, nutrientes, la remolacha por el hierro y la zanahoria porque es buena para la visión, indican.

Respecto al té de manzanilla, las madres consideran que el té alivia los cólicos de sus pequeños, limpia el estómago, es desinflamatorio, refrescante y relajante.

La gelatina en lámina tiene un menor porcentaje, solamente un 9% de las madres consideran que es alimenticio, principalmente, indican que fortalece los huesos.

Y por último, la miel de abeja, las madres indican que la miel es buena por sus propiedades y porque alivia la tos.

Muchos de estos alimentos que las madres consideran beneficiosos para sus hijos (as), son alimentos líquidos, como el té de manzanilla, el caldo de frijol, la gelatina en lámina, y el agua de arroz, estos alimentos no tienen un aporte de macro-nutrientes importante, lo que hacen es satisfacer al bebé en cuanto a saciedad, limitando o reemplazando la ingesta de nutrientes requeridos por el infante contenidos en otros alimentos o en la leche materna. (Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2016)

Alimentos como el jugo de remolacha con zanahoria, presenta una característica diferente, debido a su contenido de nitratos, la remolacha no se recomienda en el primer año de vida. (OMS/OPS, 2010)

La miel de abeja no se recomienda por riesgo de contaminación con la bacteria *Clostridium botulinum*, la cual al mezclarse con los jugos digestivos del niño(a) se crea un ambiente idóneo para el crecimiento de esporas que producen toxinas, la toxina generada es incorporada a la circulación del infante. (Brown, 2010)

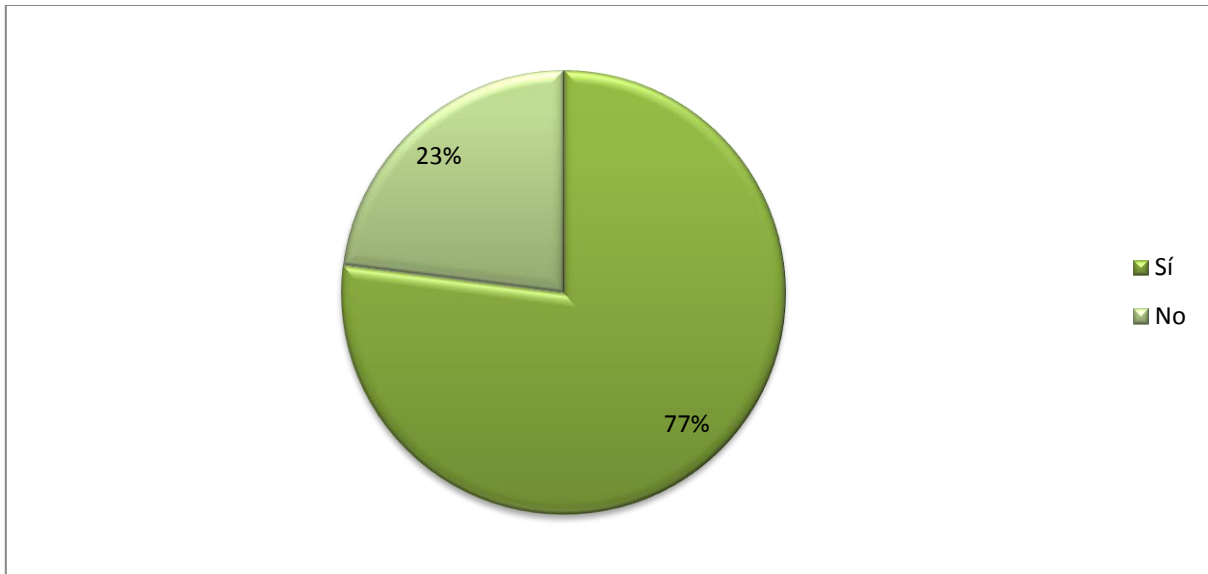


Figura N°9. Beneficios de alimentar a los niños (as) menores de un año con alimentos sólidos en trozos (sin hacerlos puré o majarlos) a criterio de las madres, Liga de la Leche, enero-marzo 2017 (n=100 personas).

Fuente: Elaboración propia, 2017

Respecto a si alimentar al bebé con alimentos sólidos sin hacerlos puré trae beneficios para un bebé menor de un año, el 77% de las madres indica que sí tiene beneficios mientras que el 23% dice no haberlos. (Ver Figura N°9)

Como se observa en la figura x, un 50% de las madres no escogen los alimentos en trozos sin hacerlos puré o majarlos para dárselos como forma de alimentación inicial a sus hijos (as), sin embargo, en su mayoría (77%) indican que sí consideran que alimentar a los niños de esta forma trae beneficios.

La presidente de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria indica, “Introducir los alimentos en trozos sin hacerlos puré o machacarlos, ayuda a fomentar una mayor aceptación de los alimentos normales de la familia con una

variedad de texturas y sabores y a conseguir mayor un mayor consumo de alimentos sanos, sin olvidar que es fundamental para promover hábitos de alimentación saludables en edades tempranas, así como para fomentar el desarrollo psicomotor del niño.” (Peralta, L, 2016)

4.3 Prácticas de alimentación complementaria realizadas por las madres con sus hijos (as)

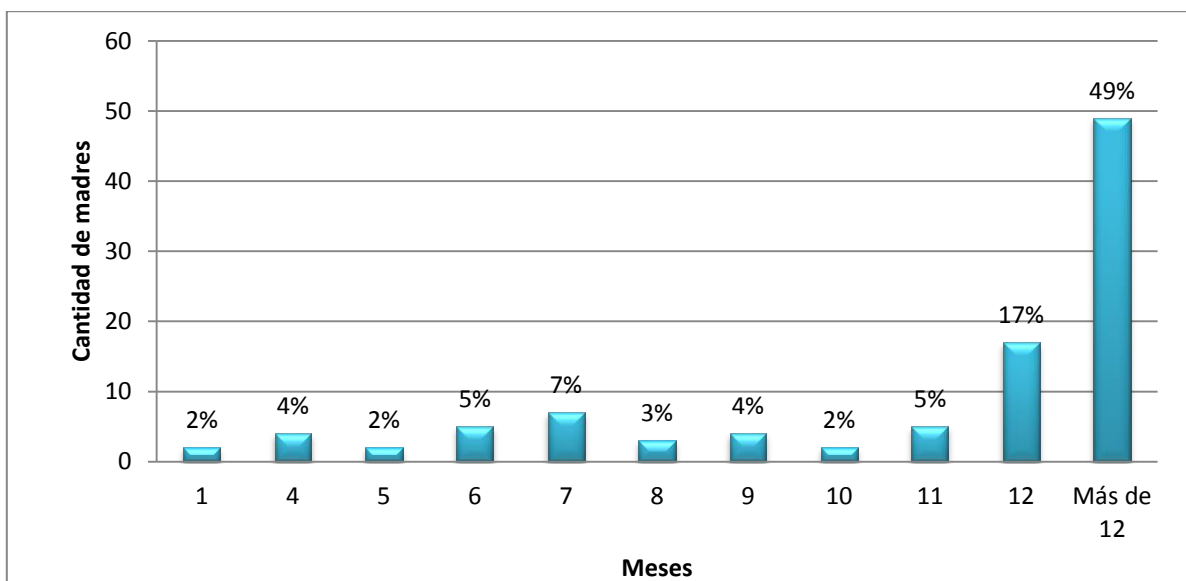


Figura N°10. Duración de la lactancia materna durante el primer año de edad, Liga de la Leche, enero-marzo 2017, (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

La edad en que el niño (a) dejó de recibir lactancia materna es muy variada, predominantemente, la mayoría de los niños (as) siguieron recibiendo lactancia materna después de los 12 meses, específicamente un 49% de la muestra, seguidamente un 17% cesó la lactancia a los 12 meses, un 21% en el segundo semestre de vida y un 13% en el primer semestre de vida. (Ver Figura N°10)

“La OMS recomienda a todas las madres la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, con el fin de ofrecer a sus hijos un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Posteriormente, hasta los 2 años o más, los lactantes deben seguir con la lactancia materna, complementada con otros alimentos nutritivos.” Esta misma

recomendación la hace el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Academia Americana de Pediatría y la Asociación Española de Pediatría.

Esto indica que más del 50% de la población no cumple con la recomendación mundial de la salud de seguir la lactancia materna hasta al menos los dos años de edad, y un 13% cesa la lactancia antes de los 6 meses de vida, período en el cual debe haber lactancia materna exclusiva. Sin embargo, es un porcentaje más bajo que en otros lugares donde se evidencia un alto porcentaje de madres que abandonan la lactancia antes de los 6 meses de edad, en un estudio realizado en Colombia, sobre lactancia materna, se da destete precoz (antes de los 6 meses) en el 64,7% de los casos (Cardona, K, et al. 2013), en otro estudio realizado en Reino Unido, casi la mitad de la muestra (n = 92, 43%) de los lactantes fueron destetados antes de los 4 meses de edad. (Sloan, S, Gildea, A, Stewart, M, Sneddon, H y Iwaniec, D, 2007)

En otra investigación realizada en Colombia, sólo el 21 % finalizó la lactancia antes de los 6 meses, edad mínima recomendada por la OMS y 40 % de las madres mantienen la lactancia a los 12 meses. (María L. Sáenz-Lozada y Ángela E. Camacho-Lindo, 2007)

Esto evidencia que aún hay mucho por hacer y mejorar , para una lactancia materna exclusiva exitosa se requiere que los programas encargados de la alimentación infantil hagan énfasis en tres elementos: promoción (educación e información), seguimiento (acompañamiento, control y vigilancia) y apoyo (motivación, correctivos, solución a problemas y dificultades) de la lactancia materna, puesto que no sólo es necesario un adecuado asesoramiento de la madre sobre este tema antes o después

del parto, sino que adicional a ello se requiere de seguimiento y apoyo a las madres después del nacimiento de sus hijos, asegurando esto una lactancia materna más duradera. (Cardona, K, et al., 2013)

En este estudio no se profundiza en las razones por las cuales las madres dejan de dar alimentación al pecho a sus hijos, sin embargo, en estudios similares, se identificó un considerable porcentaje de madres que lactan menos de cinco meses, debido al desconocimiento sobre lactancia materna y las técnicas de amamantamiento. Algunos autores plantean que este fenómeno se relaciona directamente la vinculación laboral de la mujer. (Abeldaño R, López M, Burrone M, González M, Fernández A, 2014)

Los factores sociales, generalmente, influyen para que se presente el destete temprano; pero la modificación se relaciona con aspectos culturales arraigados como prácticas comunes y costumbres cotidianas. Por ello es necesario que las entidades educativas y de salud continúen realizando esfuerzos que transformen aquello que afecta el bienestar y la salud de diversas poblaciones. (Abeldaño R, López M, Burrone M, González M, Fernández A, 2014)

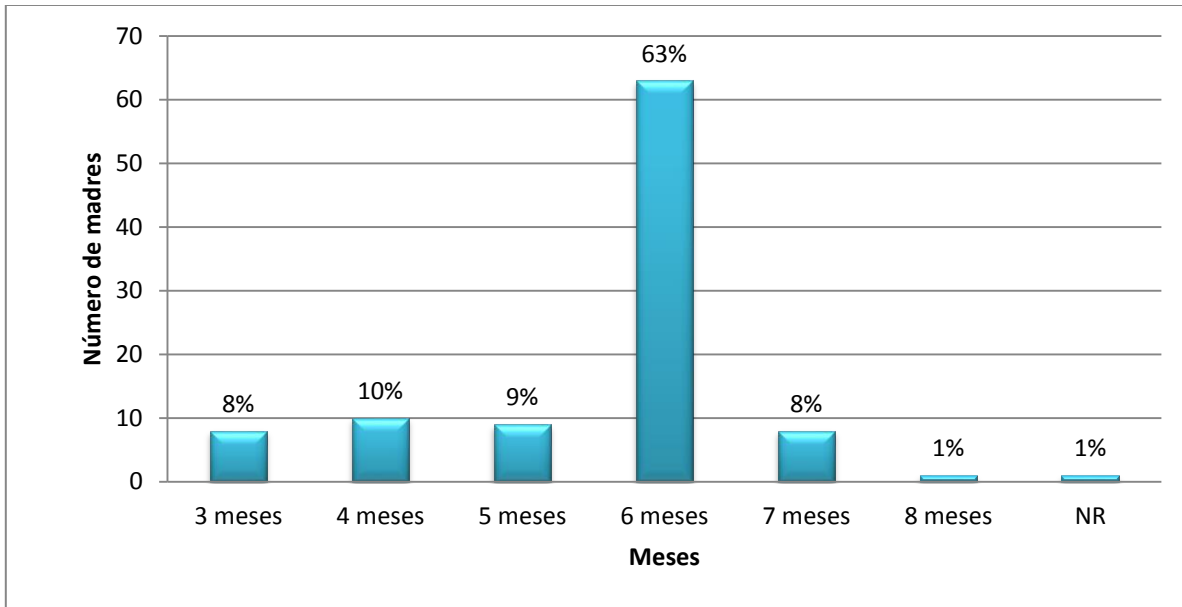


Figura N°11. Edad de inicio del proceso de alimentación complementaria. Liga de la Leche, enero-marzo 2017, (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

La edad en que el niño (a) inició el proceso de alimentación complementaria predomina a los 6 meses de edad con un 63% de la muestra, antes de los 6 meses un 27% de los niños iniciaron el proceso, el cual se desglosa de la siguiente forma: un 8% indica haber iniciado a los 3 meses, un 10% a los 4 meses, un 9% a los 5 meses; por el contrario, un 9% de la muestra inició luego de la edad recomendada (6 meses), desglosado de la siguiente forma: un 8% a los 7 meses de edad y 1% a los 8 meses de edad. Un 1% de la muestra no respondió. (Ver Figura N°11)

Las madres que iniciaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses indican que el primer alimento que le brindaron a sus hijos (as) fueron: té de manzanilla, agua de arroz, agua, cereal Nestum, jugo, verduras en puré como papa, chayote, camote, plátano, colados industriales, galletas y frutas.

Respecto al inicio de la alimentación complementaria antes de los 6 meses, datos similares presentan García, et al. (2007), en donde el 30.7% de niños menores de 4 meses ya recibían alimentos diferentes a la leche materna, es conveniente señalar que la OMS recomienda que durante los primeros seis meses de vida no se le dé alimento distinto a leche materna al niño, incluyendo el agua, para no generar el reemplazo de la leche materna, la cual por sí misma brinda un aporte suficiente de agua. (UNICEF, 2016)

Respecto a los jugos, algunas madres no indican si son jugos naturales o artificiales, sin embargo, así fuesen naturales, la literatura menciona que el jugo de fruta no ofrece ninguna ventaja nutricional sobre la fruta entera y más bien puede contribuir a la obesidad infantil y a la nutrición deficiente. (American Academy of Pediatrics, 2004)

Según García, et al. (2007), en un estudio realizado en Botucatu, Brasil; la complementación sobre leche materna con líquidos no nutritivos como los tés de hierbas en los primeros meses de vida, es una práctica cultural muy establecida en ese medio, siendo inadecuada e innecesaria desde el punto de vista biológico, inclusive, considerando los días calurosos y secos. Asimismo, establece que esto puede llevar a la reducción en el consumo total de leche, lo que puede originar el destete precoz, además de elevar los riesgos de morbimortalidad. También agrega que esta práctica se encontró en el 30.7% de los niños menores de cuatro meses.

Se puede observar que más de la mitad de la muestra inició la alimentación complementaria a la edad recomendada, entre los alimentos que las madres indican

ser el primero brindado al niño (a) se encuentran: verduras como papa, camote, plátano maduro, ayote, chayote; frutas como banano, papaya, sandía, manzana y pera; colados industriales, cereales infantiles y pollo.

Por otro lado, un 9% de las madres indicaron que iniciaron este proceso después de los 6 meses de edad, lo cual trae como consecuencia que el niño (a) no esté llenando sus requerimientos energéticos para tener un buen estado nutricional, provocando bajo peso debido a que después de los 6 meses la leche materna ya no satisface la necesidad energética del niño a un 100%. (OMS/OPS, 2010)

Estos datos son similares con los presentados en un estudio realizado en Colombia, según Sáenz-Lozada, et al. (2007), en un Jardín Infantil de Bogotá el 63% de los niños iniciaron su alimentación complementaria a los 6 meses y el 28% inició a los 4 meses; esto sugiere nuevamente, que el apoyo institucional en educación y salud es efectivo en las prácticas de alimentación.

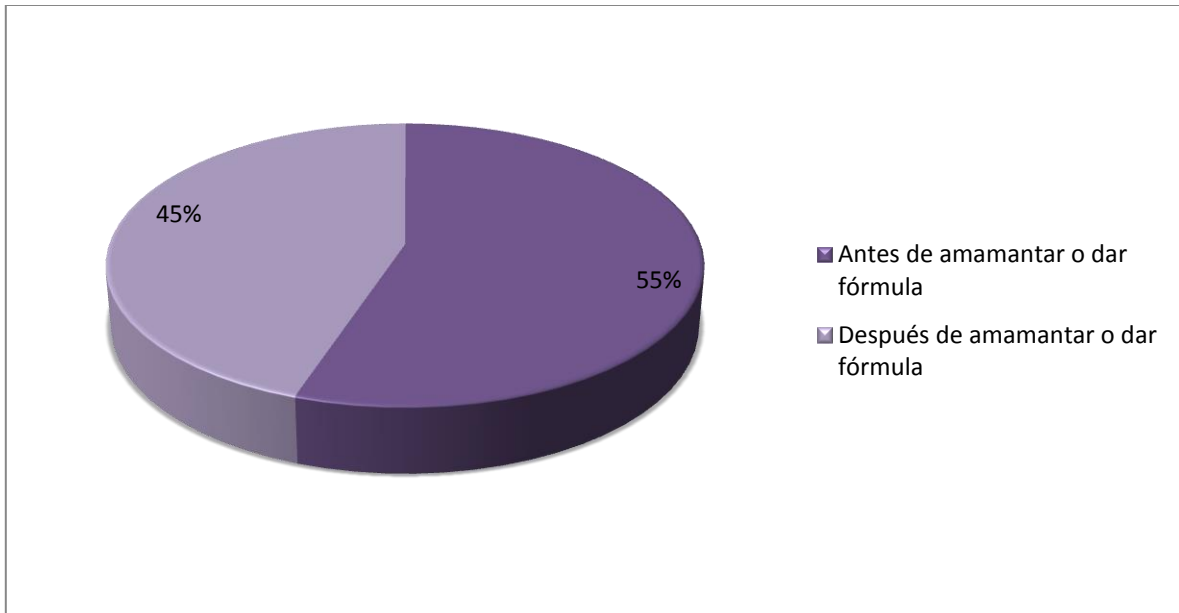


Figura N°12. Momento en el que la madre ofrece alimento a su bebé relacionado con la lactancia materna. Liga de la Leche, enero-marzo 2017, (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Respecto a cuál es el mejor momento para ofrecer alimentos al bebé, las respuestas están muy divididas, un 45% de las madres indican que debe ser antes de amamantar o dar fórmula infantil, y el 55% de las madres opinan que lo recomendable es después de amamantar o dar fórmula. (Ver Figura N°12)

La literatura se encuentra muy dividida en cuando es el mejor momento para dar los alimentos al niño, si antes o después de amamantar.

Quienes están a favor de dar los alimentos primero de dar pecho, indican que quien no cumple con lo recomendado puede ser un factor que influye en el bajo peso y retardo de crecimiento que presentan muchos niños. La acción de dar primero pecho y luego alimentación complementaria se debe a que durante esta etapa de 6 meses

a 1 año la leche materna cubre un alto porcentaje de sus requerimientos energéticos y el resto de alimentos ayudan a complementar el 100 % de los mismos, esto debido a que es una etapa en la que el niño (a) está aprendiendo a comer los diferentes alimentos.

Sin embargo, se considera conveniente señalar que Gonzales G, (2006) considera que, a partir de los 6 meses de edad, se debe ofrecer primero los nuevos alimentos para así evitar que el niño (a) esté satisfecho solo con la leche materna y se dificulte la aceptación de los nuevos alimentos.

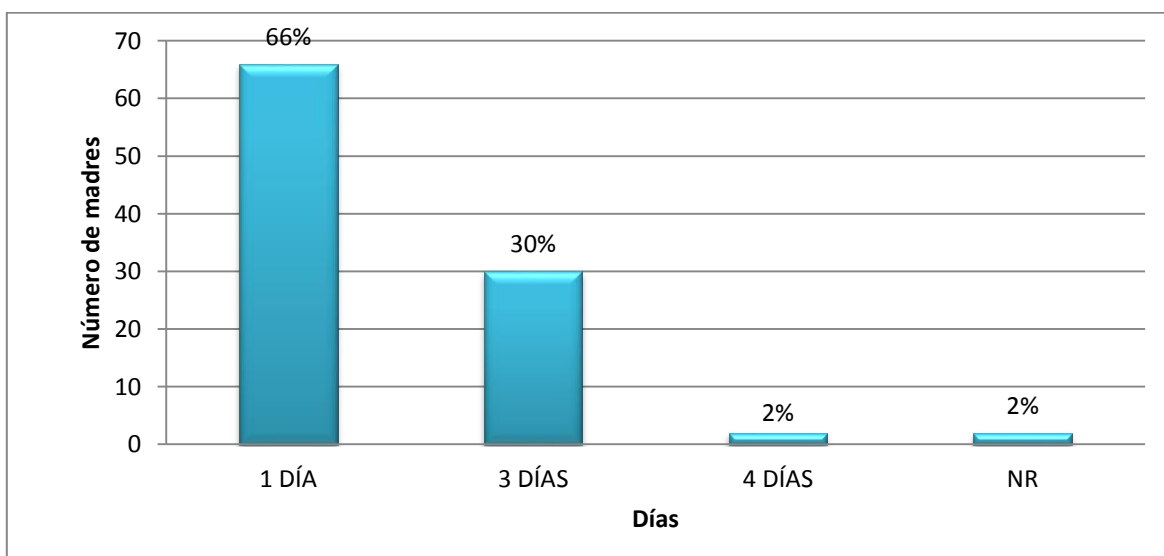


Figura N°13. Rango de días en que la madre le da a probar al niño (a) un nuevo alimento al incorporarlo. Liga de la Leche, enero-marzo 2017(n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

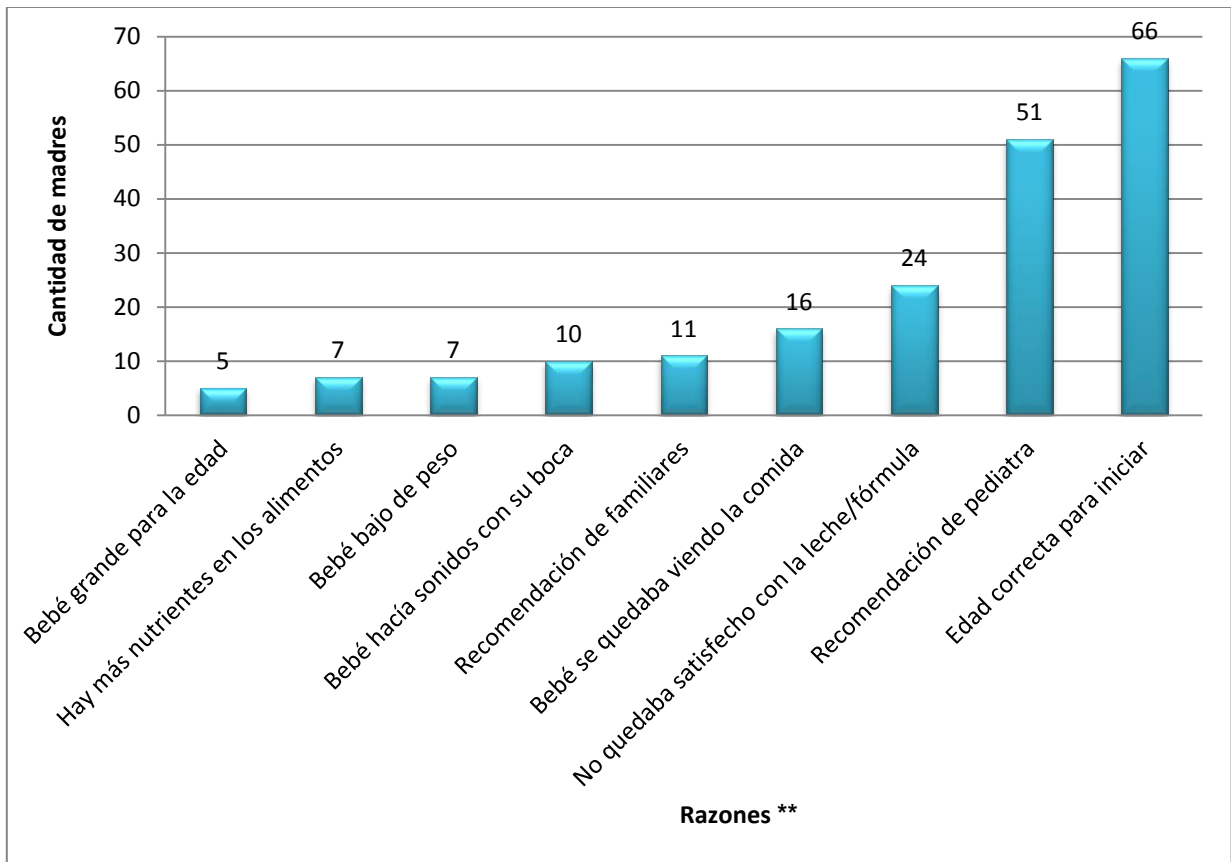
Por otra parte, en el gráfico N°13, se pueden ver los resultados acerca del rango de días en que la madre le da a probar al niño (a) un nuevo alimento al incorporarlo, un

66% de las madres indican que el alimento se lo dan a probar 1 día, seguidamente, un 30% lo hace por 3 días, 2% durante 4 días y un 2% de la muestra no responde.

(Ver Figura N°13)

La literatura recomienda que al introducir un nuevo alimento este sea introducido durante tres días, con el fin de verificar la aceptación organoléptica por parte del niño (a) ya que en ciertas ocasiones el infante puede rechazar el alimento a la primera vez que se le ofrece sin embargo después de varias ocasiones ya logra determinar si el alimento es o no de su agrado, como para conocer si el niño (a) acepta bien el alimento fisiológicamente, si el alimento es bien digerido, o si le produce enfermedades digestivas, respiratorias o alergias. (Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2016)

Si el niño acepta bien el alimento, ya la madre puede continuar con el siguiente, sin embargo, se observa que la mayoría de las madres, 66% de ellas, cuando le introducen un nuevo alimento al niño solamente esperan un día, para introducir el siguiente, esto puede ser contraproducente por lo anteriormente mencionado, mientras que un 30% de las madres sí realizan esta práctica adecuadamente.



**Las madres podían indicar varias razones a la vez

Figura N°14. Razones por las cuales las madres decidieron iniciar la alimentación complementaria. Liga de la Leche, enero-marzo 2017 (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Con respecto a las razones que motivaron a las madres a iniciar la alimentación complementaria, se les brinda una serie de razones, donde ellas indican cuáles son los motivos que impulsaron su decisión a iniciar la alimentación complementaria.

De toda la muestra un 66% indica que la razón principal es porque consideran la edad escogida es la edad correcta para iniciar, en segunda razón con 51% de las respuestas es por recomendación del pediatra o nutricionista. (Ver Figura N°14)

Con menos peso se encuentran las siguientes razones en el siguiente orden descendente:

-Porque el bebé no quedaba lleno solamente con la leche materna o fórmula: 24% de la muestra.

-Porque el bebé se quedaba viendo la comida cada vez que la madre o la familia comía: 16% de la muestra.

-Por recomendación de familiares o amigos: 11% de la muestra.

-Porque el bebé empezó a hacer sonidos con la boca que le indicaron que ya estaba listo para empezar a comer: 10% de la muestra.

-Porque el bebé estaba bajo de peso y era necesario empezar a darle alimentos distintos a la leche materna: 7% de la muestra.

-Porque consideraron que el bebé obtiene más nutrientes de los alimentos que de la leche materna: 7% de la muestra.

-Porque el bebé era grande para la edad que tenía por lo tanto necesitaba más alimento. 5% de la muestra.

A lo largo de los años, se ha enseñado a los padres a prestar atención a una serie de señales que les ayudan a determinar el momento en que su bebé está preparado para empezar a ingerir sólidos. Estas señales en su mayoría forman parte del desarrollo normal y se asocian con la edad del bebé, no a su grado de preparación para pasar a otro tipo de alimento. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

Hay otras señales que se utilizan como guía para empezar con los sólidos, algunas de estas indicaciones falsas son: señales ralentizadas de peso, bebé observa como comen sus padres, chasquidos con la lengua, no dormirse directamente, cuando el bebé toma el pecho o el chupón, bebés pequeños, bebés grandes. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

La manera más segura de saber que un bebé está preparado para empezar con los alimentos, es buscar señales que coincidan con cambios importantes a nivel corporal y que le permitan al niño (a) empezar a asimilarlo (como el desarrollo de los sistemas inmune y digestivo, el crecimiento y el desarrollo del bebé.) Por ejemplo, si puede sentarse solo sin ninguna ayuda. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

Generalmente, estas señales se dan cuando el niño ya cumple los seis meses, justamente la edad que recomienda la OMS (2010) para iniciar la alimentación complementaria.

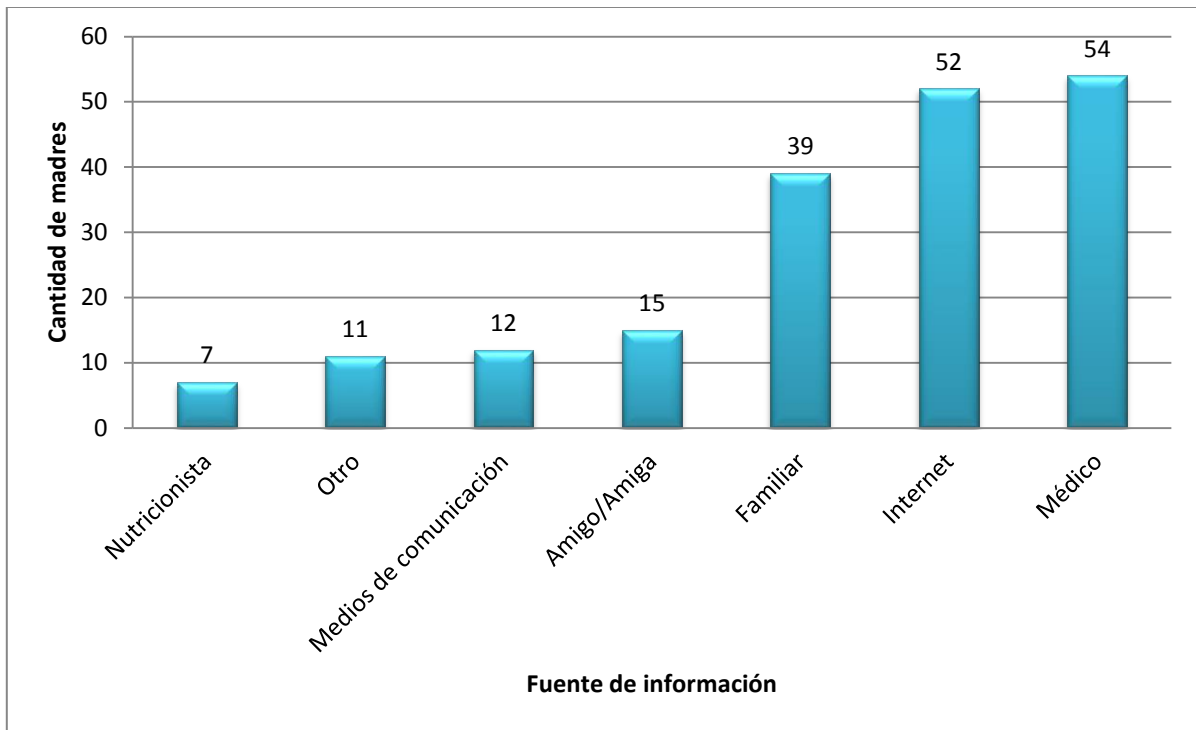


Figura N°15. Fuentes de información de quiénes recibieron asesoría las madres para brindarle alimentos al niño (a), Liga de la Leche, enero-abril, 2017(n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

De las madres que indican que sí recibieron información , las fuentes de información provienen en un 54% por parte de los médicos, un 52% de Internet, un 39% de familiares, un 15% de amigos, un 12% de medios de comunicación, un 7 % de nutricionistas y un 11% de otras fuentes, entre las cuales se mencionan charlas y libros del pediatra Carlos Gonzales, grupos de apoyo de la fundación Liga de la Leche, Clínica de Lactancia, charlas Anidar, cursos de promoción a la lactancia materna en la Universidad de Costa Rica, curso de preparación para el parto y personal de enfermería. (Ver figura N°15)

Respecto a las fuentes de información, es importante reconocer quiénes son las principales fuentes informativas que tienen las madres, entre las madres de este estudio lideran como principales fuentes informativas los médicos y el Internet. El médico es una fuente profesional fiable, sin embargo, no todos los médicos se encuentran actualizados respecto a temas de alimentación y respecto al Internet de aquí se obtiene información al instante, sin embargo, las madres deben ser cuidadosas respecto a las fuentes donde obtienen la información sobre alimentación que utilizan con sus hijos (as).

4.3 Apertura de las madres a utilizar el método de alimentación guiado por el bebé

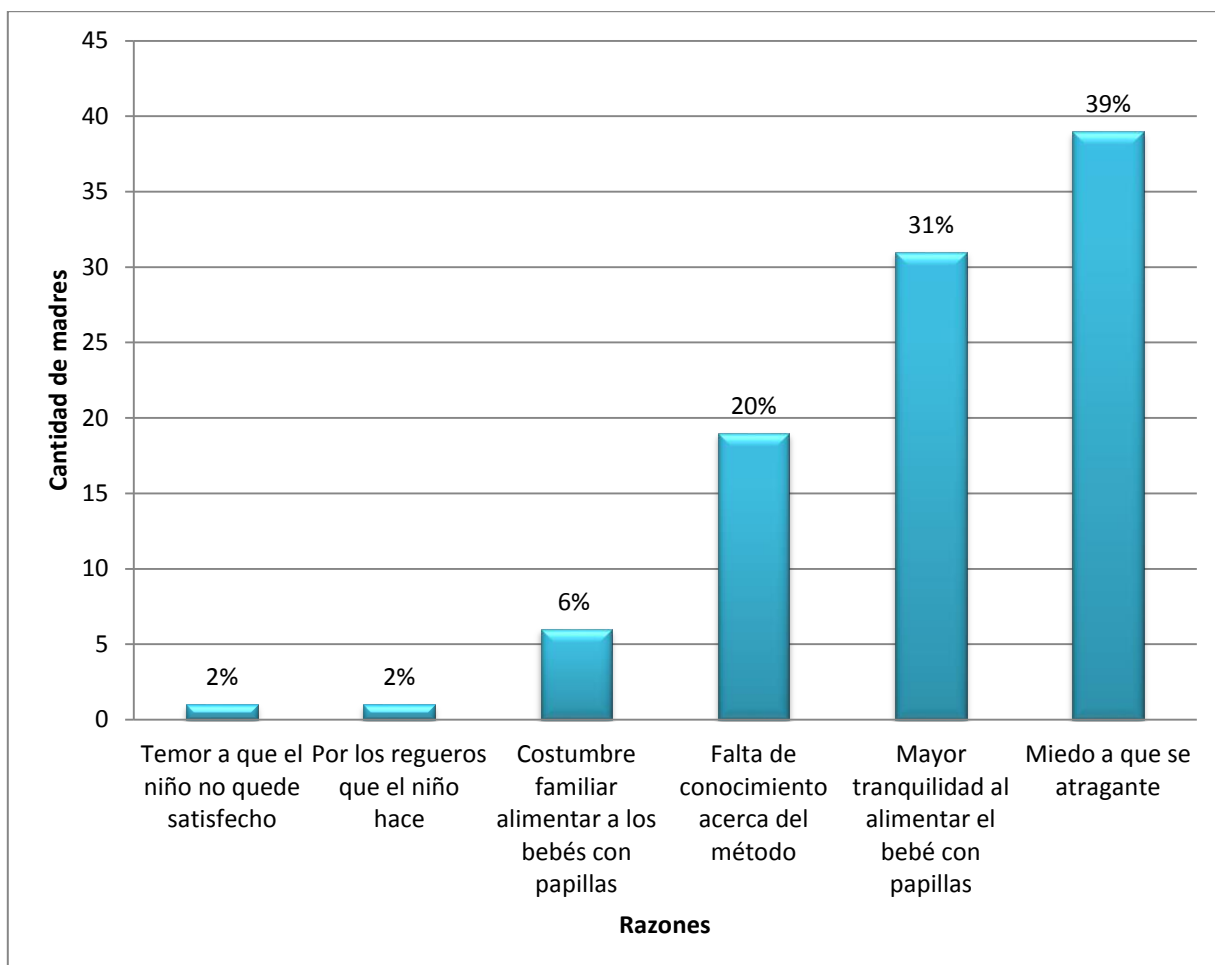


Figura N°16. Razones por las cuales las madres que utilizaron el método de alimentación complementaria tradicional no estarían dispuestas a utilizar el método de “Alimentación guiada por el bebé” Liga de la Leche, enero-abril, 2017(n=50 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Respecto a las razones por las cuales las madres que utilizaron el método de alimentación complementaria tradicional no elegirían alimentar a sus hijos (as) a través del método “Alimentación guiada por el bebé”, es importante recalcar que las madres podían escoger más de una razón, debido a que no necesariamente, existe

un solo motivo, entre las razones que pesan más son las siguientes: (Ver Figura N°16)

-Miedo a que el bebé se atragante: 78% de las respuestas.

-Mayor seguridad alimentando al bebé por ellas mismas con cuchara: 62% de las opiniones.

-Falta de conocimiento sobre cómo alimentar al niño (a) con alimentos sólidos sin hacerlos puré o majarlos: 38% de las respuestas.

Por otra parte, las otras razones no fueron trascendentales, sin embargo, siempre es importante tomarlas en cuenta debido a que hay madres quienes las indicaron, entre ellas están:

-Por los regueros que el niño (a) hace cuando se alimenta con sus propias manos: 2% de las opiniones.

-Por temor a que el niño no quede satisfecho: 2% de las opiniones.

El temor principal entre las madres es que el niño se atragante con los alimentos si están sólidos sin haberlos antes majado o triturado, sin embargo, indica que la teoría sobre alimentación guiada por el bebé, que, si el bebé controla toda la comida que entra a su boca y está sentado con la espalda recta, el hecho de comer solo no aumenta la probabilidad de atragantamiento, respecto a los bebés que comen con cuchara. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

Este tipo de preocupaciones se originan al ver a bebés que tienen arcadas al comer, y se confunden con un posible atragantamiento. Se trata de dos mecanismos

relacionados pero distintos. (Rapley, G; Murkett, T, 2010) Las madres dicen sentirse más seguras alimentando al bebé por ellas mismas que con cuchara (62% de las madres).

Independientemente, de si el niño es alimentado con cuchara o por el mismo con sus manos, acá lo importante es nunca dejar solo al niño, y aplicar las normas de seguridad. (Rapley, G; Murkett, T, 2010) y los principios de alimentación perceptiva. (OPS, 2007)

4.5 Análisis Bivariado

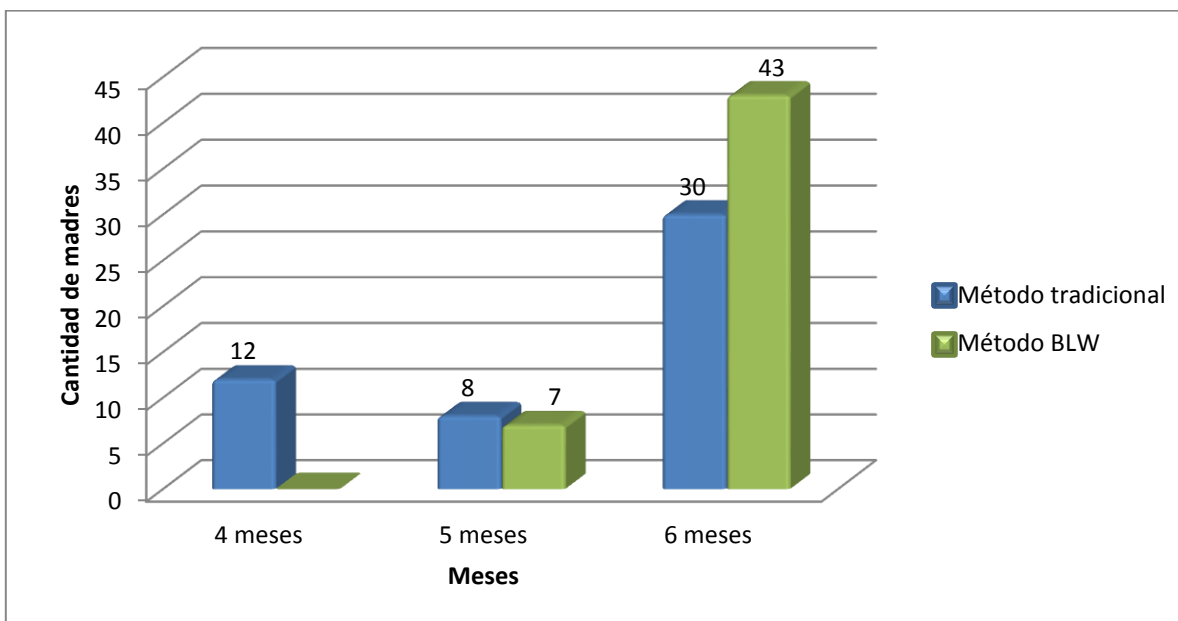


Figura N°17. Comparación del criterio de las madres acerca del mes adecuado en que se debe iniciar la alimentación complementaria, dividido por método de alimentación (Tradicional vs. BLW), Liga de la Leche, enero-marzo 2017 (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Respecto a la comparación del criterio de las madres acerca del mes adecuado en que se debe iniciar la alimentación complementaria, dividido por método de alimentación complementaria utilizado con sus hijos (as) un 86% de las madres que utilizaron el método BLW indican que la alimentación complementaria debe iniciarse a los 6 meses de edad, mientras que un porcentaje menor (60%) de las madres del método tradicional indican esta edad. El resto de las madres se distribuyen opinando que es a los 4 o 5 meses la edad indicada para iniciar. (Ver Figura N°17)

Para probar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre los meses que escogieron las madres para iniciar la alimentación complementaria de sus hijos

se utilizó la prueba Análisis de Varianza. Sin embargo, los resultados indican que en general no existe diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de madres que utilizaron uno u otro método ($P= 1$). Por lo que se puede decir que son independientes.

El método de alimentación BLW tiene como requisito que los niños hayan cumplido los 6 meses de edad, (Rapley, G; Murkett, T, 2010) en su contraparte en la alimentación complementaria tradicional también se recomienda que los niños cumplan 6 meses de edad para ser iniciada (OMS, 2007), sin embargo, hay teorías o profesionales en salud que recomiendan la alimentación complementaria con papillas desde los 4 meses de edad, lo cual puede crear confusión en la madre.

De manera que las mujeres que utilizan ambos métodos se pueden ver influenciadas por la opinión del médico que no siempre se rigen por el mismo criterio y el Internet depende de la fuente de donde provenga la información.

Se percibe como, independientemente del método de alimentación escogido por las mujeres, en ambos grupos hay madres que opinan que se puede iniciar antes de los 6 meses de edad, situación que puede repercutir en su estado nutricional, una situación similar se muestra en un estudio realizado por Beltrán, C; Natas, D; Velasco, C, (2012) donde un 58.1% de la muestra tiene una alimentación complementaria precoz (antes de los 6 meses de edad).

Esta situación también puede repercutir en un destete precoz, situación que puede implicar en obesidad en los niños, como se muestra en un estudio realizado en Reino Unido, donde los resultados sugieren que los lactantes que son destetados antes de

los 4 meses de edad son más pesados a los 7 y 14 meses, y suben de peso más rápidamente entre 8 semanas y 14 meses, ambos grupos comenzaron con pesos similares, es decir, no hubo diferencias en el nacimiento. (Sloan, S, Gildea, A, Stewart,M, Sneddon,H y Iwaniec,D, 2007)

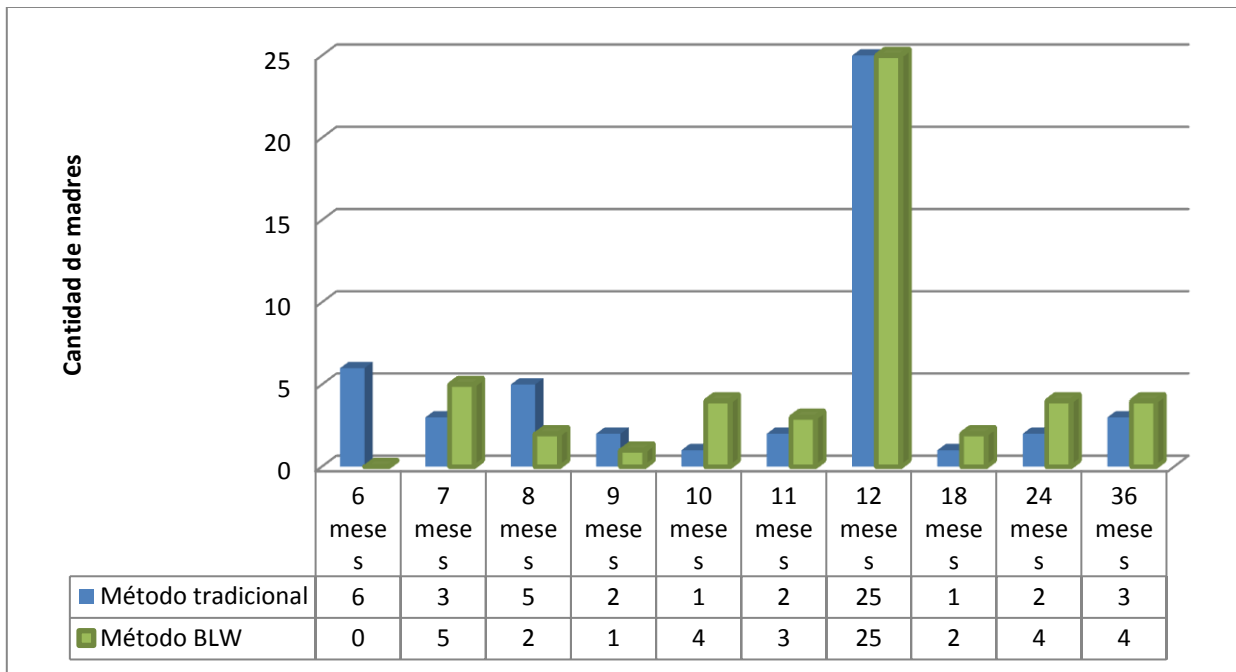


Figura N°18. Comparación del criterio de las madres acerca del mes de integración completa de los niños (as) a la dieta familiar, dividida por método de alimentación (Tradicional vs. BLW), Liga de la Leche, enero-marzo 2017(n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Respecto al criterio de las madres acerca del mes que consideran que el niño (a) puede integrarse por completo a la alimentación familiar, un 50% de las madres coinciden de cada grupo (tradicional vs. BLW) que el niño (a) se integra en su totalidad a la alimentación de la familia a los 12 meses de edad. (Ver Figura N°18)

Existe una leve diferencia entre las opiniones que se concentran entre los 6 a 11 meses de edad entre ambos grupos, sin embargo, se confirma con relación a la prueba de Chi Cuadrado la cual no es estadísticamente significativa ($P=1$). Independientemente del método utilizado por las madres hay diversas opiniones, que se distribuyen entre los 6 y

36 meses de edad, con un incremento notorio en el doceavo mes, sin embargo, las diferencias entre ambos grupos no son significativas para ser relacionables.

Esto evidencia que en ambos grupos existe un porcentaje representativo de madres con desconocimiento sobre la edad recomendada para la integración de los niños a la dieta familiar, independientemente, del método elegido por las mujeres, este método no hace diferencia en este conocimiento de las madres.

Ambas teorías recomiendan que las introducciones de ciertos alimentos potencialmente alergénicos, tóxicos o con peligro de atragantamiento, sean introducidos después de los 12 meses de edad, de forma que representa un peligro para la salud de los niños si las madres los integran por completo a la dieta familiar antes de esta edad.

Sin embargo, este caso no es aislado, en un estudio previo realizado en Colombia, se muestra como los niños (as) antes del año de edad ya consumían huevo, leche de vaca, pescado y frutas alergénicas (naranja, mandarina, toronja, limón, fresas, frambuesas). (Beltrán, P; Natas, D; Velasco, C, 2012)

En otro estudio realizado en Argentina, indican que de los niños en estudio el 43% recibió agua antes de los 6 meses, y el 33,5% recibió alimentos semisólidos antes de los 6 meses. (Abeldaño R, López M, Burrone M, González M, Fernández A, 2014)

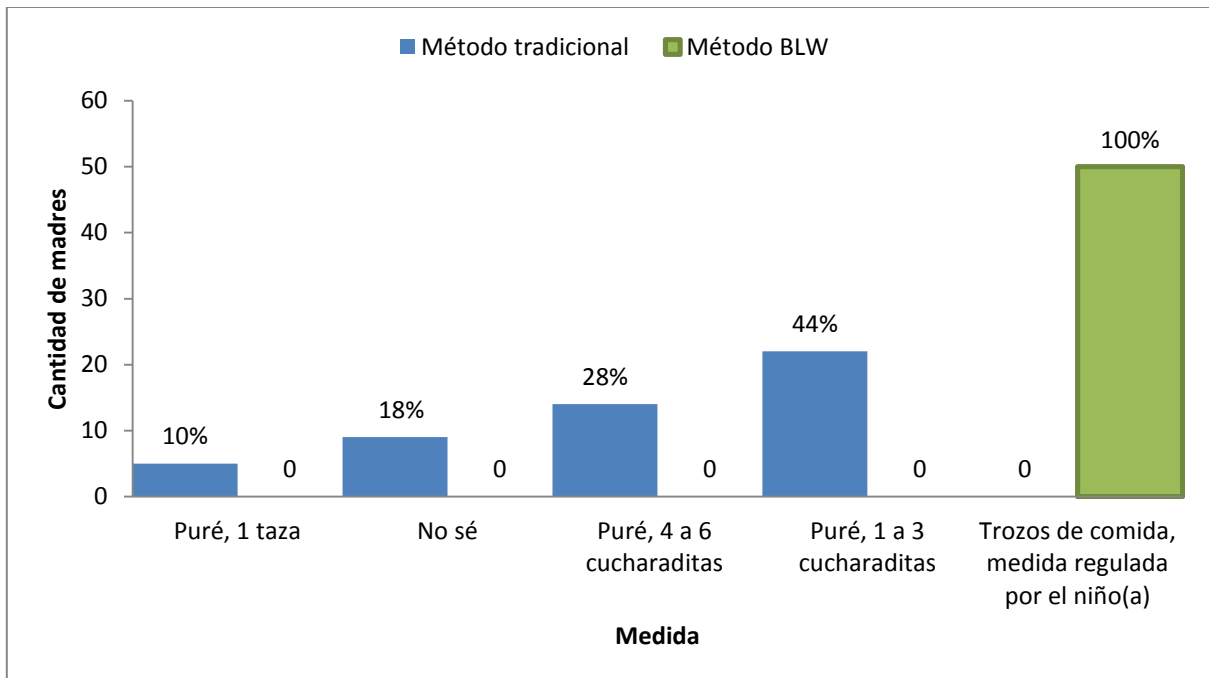


Figura N°19. Comparación del criterio de las madres acerca de la cantidad de alimento y la textura que se le debe brindar al niño por tiempo de comida al inicio de la alimentación complementaria, dividido por método de alimentación (Tradicional vs. BLW) Liga de la Leche, enero-marzo 2017, (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Al comparar el criterio de las madres acerca de la cantidad y textura que ellas consideran se les debe dar al niño (a) , existe diferencia estadísticamente entre ambos métodos, debido a que exactamente el 100% de un grupo se orienta por las texturas papilla que se dan en medidas (1 a 3 cucharaditas, 4 a 6 cucharaditas, 1 taza, no sé) mientras que el otro grupo se orienta por la textura sólida entera que da en forma de trozos sin medida, regulados por el apetito, gusto de los alimentos y nivel de saciedad del niño (a). Por lo que la prueba de análisis de varianza y chi cuadrado confirma la hipótesis con un 95% de confianza. (Ver figura N°19)

La alimentación que se le brinda al niño (a) en esta etapa de vida, es importante cuidarla ya que representa una edad susceptible de ser influenciada por las prácticas de los adultos que los rodean; si tales prácticas son favorecedoras, permitirán el pleno desarrollo de sus potencialidades. (Brown, 2010), y pueden evitar el exceso de peso posterior infantil y adolescente. (Gaffney, K; Mason, G, 2012)

Autores de la teoría del método de alimentación liderado por el bebé, indican que los niños alimentados con papilla, tienen a comer más, debido a que las madres tienden a darle más alimento al bebé del que el niño (a) necesita, debido a que esta ingesta está en gran parte regulada por el adulto más que por el infante. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

Sin embargo, en un estudio realizado en Nueva Zelanda, donde comparaban la alimentación tradicional con la alimentación dirigida por el bebé, en la ingesta energética, no se observó diferencia (Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, et al., 2015), pero en otro estudio, los resultados sugieren que la alimentación complementaria dirigida por bebés promueve preferencias alimentarias saludables en la primera infancia y protege contra la obesidad. Este hallazgo es importante debido a que las sociedades modernas experimentan graves problemas de obesidad infantil, de manera que evidencian que los niños que siguen el método BLW aprenden a regular su ingesta de alimentos de forma que el índice de masa corporal es menor y desarrollan una preferencia por alimentos sanos. (Townsend, E; Pitchford, N 2012)

Los bebés del método BLW fueron más propensos que los lactantes del método tradicional a comerse todo o la mayor parte de su comida iniciando la alimentación

complementaria (67% vs 8%, $p < 0,001$). (Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, et al., 2015)

En la ingesta energética, no se observó diferencia, sin embargo, los niños del grupo BLW consumieron más (48% Vs 42% de energía, $p < 0,001$), más grasa saturada (22% vs 18% Energía, $p < 0,001$), sin embargo, consumieron menos hierro (1,6 vs 3,6 mg, $P < 0,001$), menos cinc (3,0 frente a 3,7 mg, $p = 0,001$), y menos vitamina B12 (0,2 frente a 0,5 μ g, $p < 0,001$) (Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, et al., 2015)

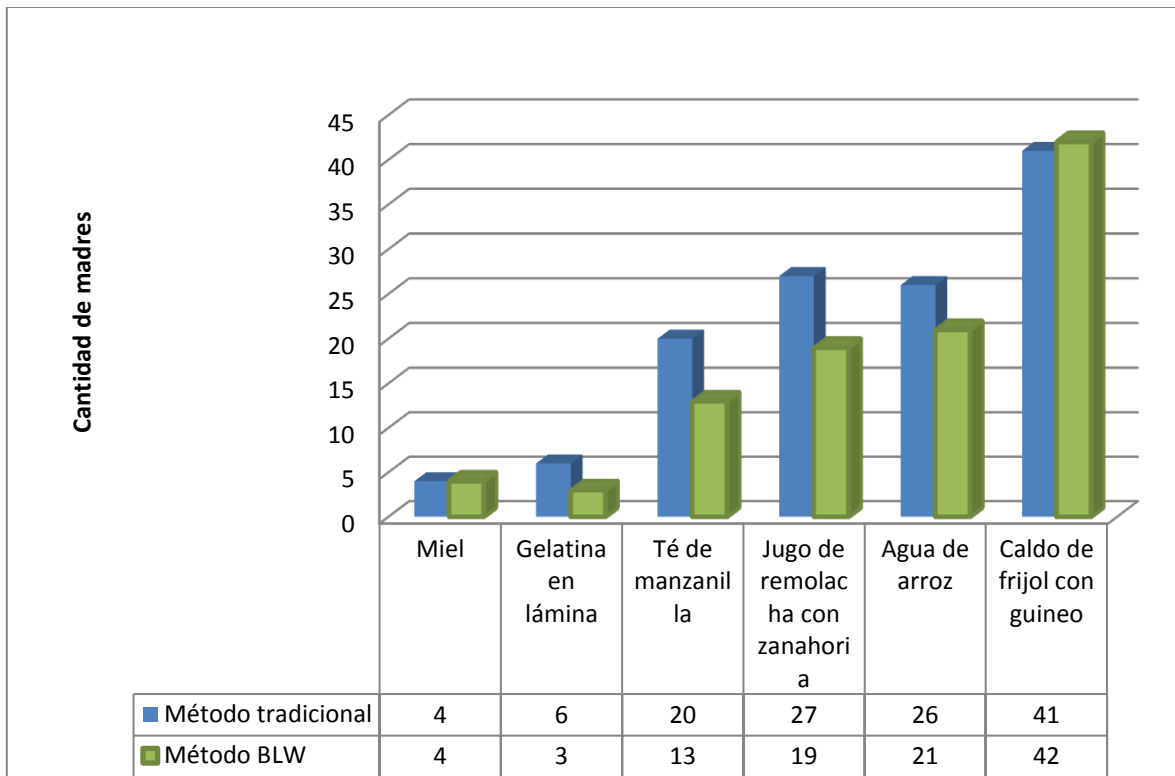


Figura N°20. Comparación del criterio de las madres acerca de los alimentos que consideran muy alimenticios para sus hijos (as) menores de un año, dividido por método de alimentación (Tradicional vs. BLW). Liga de la Leche, enero-marzo 2017, (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Al comparar el criterio de las madres acerca de los alimentos que consideran muy alimenticios para sus hijos (as) menores de un año, las madres de ambos métodos de alimentación concuerdan que el caldo de frijol con guineo es muy nutritivo para sus hijos (82% las madres del método tradicional y 84% las madres del método BLW), donde si difieren es en el agua de arroz, jugo de remolacha con zanahoria, té de manzanilla, sin embargo, al realizarse la prueba análisis de la varianza con el fin de determinar si hay diferencia estadística entre las opiniones de ambos grupos, no se

detectó diferencias significativas en los conocimientos de las madres ($P = 0.66$)(Ver Figura N°20), por lo que se confirma no hay relación entre ambos.

Se infiere que independientemente del método de alimentación, las madres consideran que ciertos alimentos son alimenticios para sus niños (as). Ninguna de las dos teorías brinda educación a las madres acerca de la recomendación específica de estos alimentos en sus materiales de información, lo cual puede ser la causa por la cual las madres los sigan viendo como alimentos alimenticios para sus hijos (as), iniciándose su ingesta antes del año de edad.

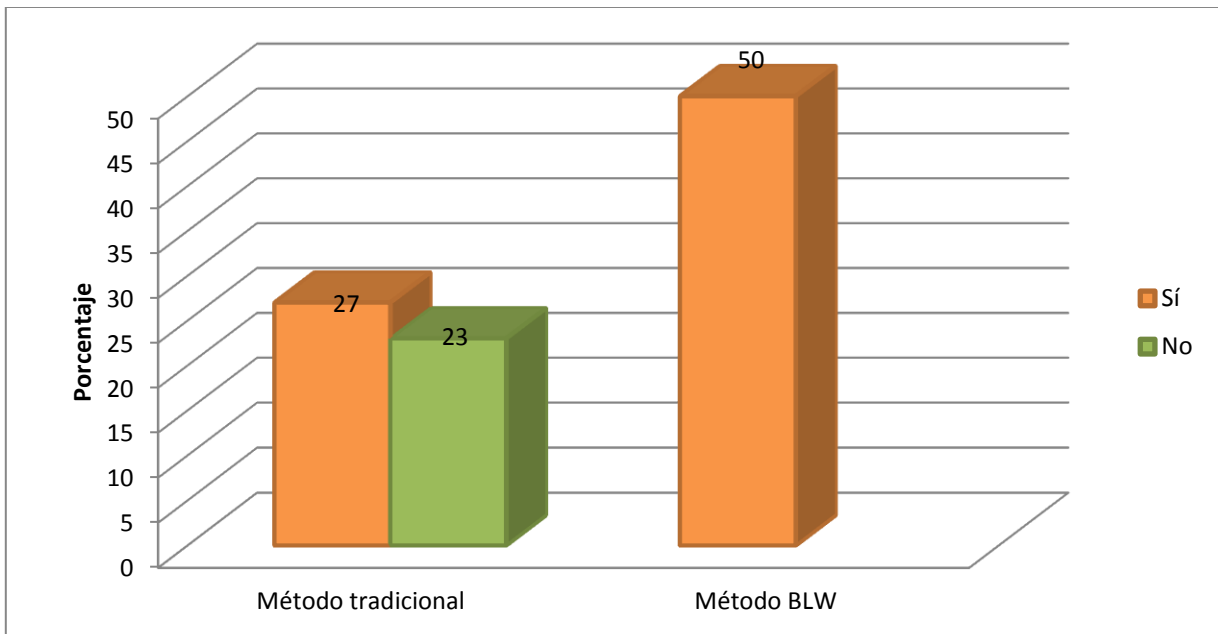


Figura N°21. Comparación del criterio de las madres acerca de si consideran que alimentar al bebé con alimentos sólidos en trozos (sin hacerlos purés o majarlos) tiene beneficios para un bebé menor de un año, dividido por método de alimentación. (Tradicional vs. BLW) Liga de la Leche, enero-marzo 2017, (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Al comparar el criterio de las madres acerca de si consideran que alimentar al bebé con alimentos sólidos en trozos sin hacerlos puré o majarlos tiene beneficios para su bebé, en su totalidad las madres que utilizan el método BLW indican que sí trae beneficios para el niño (a), en su contraparte un 27% del otro grupo de madres indicó que sí trae beneficios y un 23% que no. (Ver Figura N°21)

Las opiniones indicadas por las madres no son estadísticamente significativas, (P=0.08), las madres de ambos grupos en diferente proporción opinan que el alimento en trozos sin hacerlos papilla trae beneficios para un bebé menor de un

año, sin embargo, esta diferencia no es significativa. Por lo que se puede afirmar con un 95% que ambos grupos son independientes.

La razón principal que indican las madres que respondieron que sí, es “porque ayuda a mejorar la motora fina de los niños (as)”.

El método BLW indica que sí es posible estimular el desarrollo del niño mientras se come, que a los bebés hay que hablarles mientras comen, sobre los nombres, los colores, las texturas, y así aprenderán palabras nuevas al tiempo que adquiere nuevas habilidades, en esta etapa de la vida los bebés están experimentando y prefieren descubrir por sí mismos cómo funcionan las cosas, están concentrados en aprender qué es la comida y cómo se come.

Además de que trae beneficios, porque es un método más respetuoso con el bebé, la textura de la comida permite al bebé explorar y practicar de una manera libre favoreciendo a crear una actitud positiva hacia los alimentos, es una forma de aprender de sabores y texturas, ayuda a desarrollar la coordinación ojo-mano y la masticación. (Rapley, G; Murkett, T, 2010)

Otro beneficio que indica un estudio acerca del método BLW es que al comer los niños (as) por ellos mismos de esta forma, los bebés eran más propensos a comer con su familia en el almuerzo y en la cena (ambos tiempos de comida $p \leq 0.020$). (Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, et al., 2015)

También en otra investigación el “Grupo BLW ” tenía más probabilidades de comer alimentos familiares ($p = 0,018$), y menos probabilidades de comer alimentos

artificiales ($p = 0,002$). Además, tenían más oportunidades de compartir comidas con la familia en comparación con la otra alimentación'. (Cameron S, Taylor R, 2013)

Sin embargo, no todo son beneficios, se dice que la textura sólida en trozos, puede provocar deficiencias de hierro en los niños, riesgo de asfixia, y que tengan bajo peso, por todo lo que el método en sí implica.

Respecto al consumo de alimentos con riesgo de asfixia, se realizó un estudio donde se comparó una muestra de niños alimentados con papilla con otra muestra de niños (as) alimentados con el método BLW, no hubo diferencias estadísticamente significativas, (78% vs 58%, $P = 0,172$) (Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, et al., 2015)

Por otra parte, el 93,5% del grupo dirigido por bebés informó que su Niño nunca había experimentado un incidente de asfixia (una Preocupación por los padres y los profesionales). (Townsend, E; Pitchford, N 2012)

Con el fin de estudiar si estos tres factores se pueden mejorar para el método BLW, se hizo una prueba piloto donde se le dio una inducción a un grupo de padres y madres que estaban por iniciar su alimentación complementaria con el método BLW, sobre los alimentos altos en hierro, los alimentos energéticamente recomendables y sin riesgo de asfixia, que podían incluir en la dieta de los niños y se comparó con otro grupo que igualmente, está por iniciar la alimentación BLW con sus hijos (as) pero que no habían recibido ninguna inducción. El enfoque del BLW modificado, resultó en un mayor número de alimentos con hierro, igual ingesta energética y en un menor número de alimentos de alto riesgo de asfixia a los 6 meses de edad en comparación con los del enfoque BLW. Este estudio piloto sugiere que el BLW

modificado puede resultar en una mayor ingesta de hierro y menor riesgo de asfixia que BLW no modificado. Sin embargo, los resultados deben ser confirmados en un gran ensayo controlado aleatorio, el cual inició en el 2015 pero aún no ha terminado, ya que dicho estudio está proyectado a dos años (Cameron S, Taylor R, y Louise A, 2015)

Sin embargo, la alimentación por papilla puede presentar deficiencias de hierro en los niños (as) también, además de problemas de salud como sobrepeso, obesidad, desnutrición y anemia, en estudio realizado en México sobre alimentación complementaria tradicional muestra que las papillas tienen una alta densidad energética, mientras que es bajo el consumo de aquellos alimentos que aportan proteína animal y hierro en particular. (Itzayana Y; Pantoja, Guillermo; Meléndez, M; Guevara, Cy Serralde, A, 2015)

En una investigación realizada en Reino Unido, sobre el impacto del método de alimentación complementaria sobre las preferencias alimentarias de los niños (as), se evaluó la preferencia de los niños por 151 alimentos, y la frecuencia del consumo de estos. Los resultados indicaron que los niños mostraron una preferencia por los carbohidratos complejos y los vegetales, mientras que los niños alimentados con cuchara mostraron un mayor interés por los alimentos dulces. (Townsend, E; Pitchford, N 2012)

Otro de los hallazgos fue el sobrepeso de los niños alimentados con el método tradicional, y de niños con un peso más bajo del método BLW. (Townsend, E; Pitchford, N 2012)

No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la dificultad para hacerles comer alimentos concretos. (Townsend, E; Pitchford, N 2012)

Comprender los factores que contribuyen a la salud en la nutrición en la primera infancia es crucial ya que podría ser tiempo óptimo para modificar las preferencias alimentarias a fin de tener dietas saludables en entornos alimentarios obesogénicos.

Los hallazgos demuestran que la alimentación dirigida por bebés tiene un impacto positivo en el gusto por los carbohidratos que forman los nutrientes saludables (es decir, los que se encuentran en parte inferior de la pirámide alimenticia. (Townsend, E; Pitchford, N 2012)

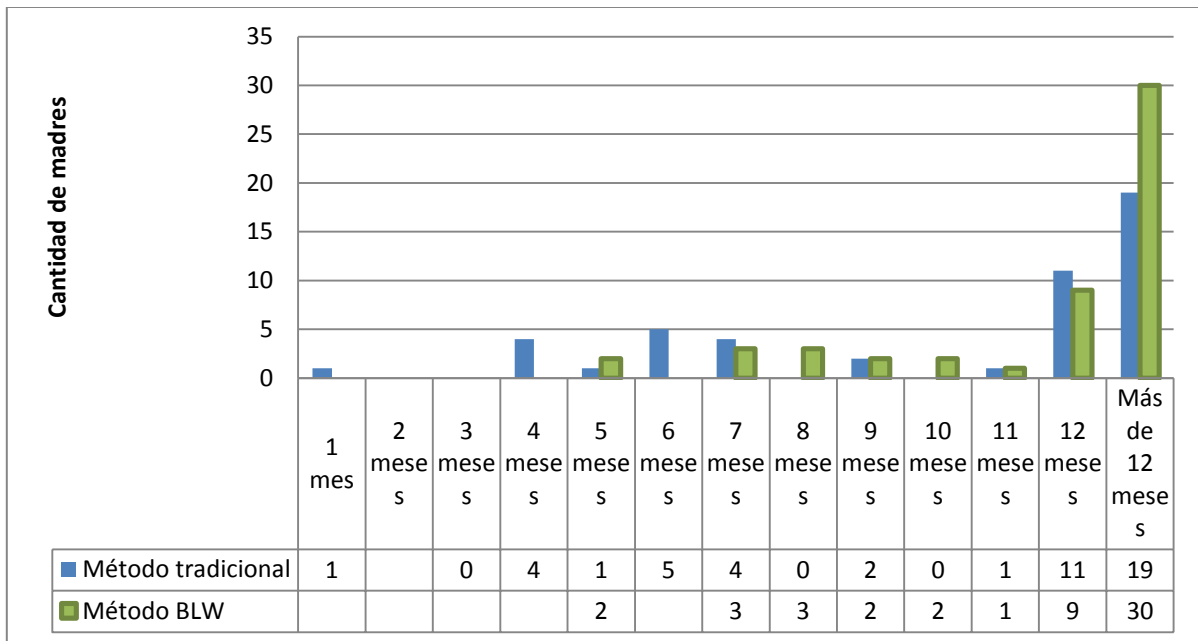


Figura N°22. Comparación de la edad en la que el niño (a) dejó de recibir lactancia materna, dividida por método de alimentación (Tradicional vs. BLW) Liga de la Leche, enero-marzo 2017, (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Al comparar la edad en la que el niño (a) dejó la lactancia materna en cada uno de los grupos, abandonaron la lactancia materna las madres que practican el método tradicional un 36% antes del año, un 22% al año, y en un 38% después del año de edad, mientras que el comportamiento de las madres que siguen el método de alimentación guiada por el bebé fue el siguiente, un 26% abandonaron la lactancia antes del año de edad, un 18% al año, y un 60% después del año de edad. (Ver Figura N°22)

La edad en que la madre cesa la lactancia materna difiere en la mayoría de los meses, al realizar la prueba de Análisis de la Varianza, con el fin de determinar

diferencias significativas o no entre ambos métodos, no se encontró diferencia estadísticamente relacionable ($P = 0.52$).

Esto indica que las razones por las cuales las madres cesan la lactancia materna son variadas y dependen de la madre y su bebé, y no tiene relación con el método de alimentación utilizado con los niños (as).

Una de las prácticas clave relacionadas con el estado nutricional de los niños en general, es lactancia materna, la cual debe ser exclusiva por lo menos seis meses; a partir de los seis meses de edad, continuarla al mismo tiempo que se suministran alimentos complementarios recién preparados, de alto contenido nutricional y energético (Brown, 2010), de manera que una conducta ideal en la sociedad sería que esta práctica se cumpla a cabalidad.

Es importante mantener la lactancia exclusiva en los primeros 6 meses, se observa en este que hay madres que cesaron la lactancia antes de este tiempo. En una investigación realizada por Beltrán, C; Natas, D; Velasco, C, (2012) se muestra que el consumo de otros alimentos en los primeros meses de vida, puede disminuir significativamente, la biodisponibilidad del zinc y el hierro presentes en la leche materna. Otra ventaja evidenciada es que la lactancia confiere ventajas respecto a la aceptación posterior de otros alimentos por el niño.

Además, la lactancia materna exclusiva al menos durante los primeros 4 meses, previene la dermatitis atópica y las sibilancias tempranas de la infancia; teniendo en cuenta que las formulas hidrolizadas no sustituyen la leche materna en la prevención de enfermedades alérgicas. (Beltrán, C; Natas, D; Velasco, C, 2012)

Por otra parte, un estudio hecho en España, sobre la asociación de la lactancia materna con los trastornos de la conducta de la infancia se evidencia que los niños alimentados con lactancia materna durante 4 o más meses tuvieron menos probabilidad de presentar valores anormales en la escala SDQ a los 5 años, que los que no recibieron lactancia materna. Los resultados de este estudio constituyen un motivo más para apoyar las iniciativas que fomentan la lactancia. Además de que aborda un principio difícil de demostrar como lo es el impacto de la alimentación sobre la conducta Perdikidi O, Martín P. (2012)

En otro estudio realizado en Colombia por Gonzales R et al.; (2014) el 94,22 % se suministró lactancia materna exclusiva a sus hijos; mientras que el 5,77 % no lo hizo, y los factores que influyeron en la suspensión de la lactancia materna fueron: falta de tiempo (36,54 %), producción insuficiente de leche (23,06 %), rechazo del bebé a la lactancia (17,51 %), decisión propia de la madre (15,38 %) e influencia familiar (7,69 %).

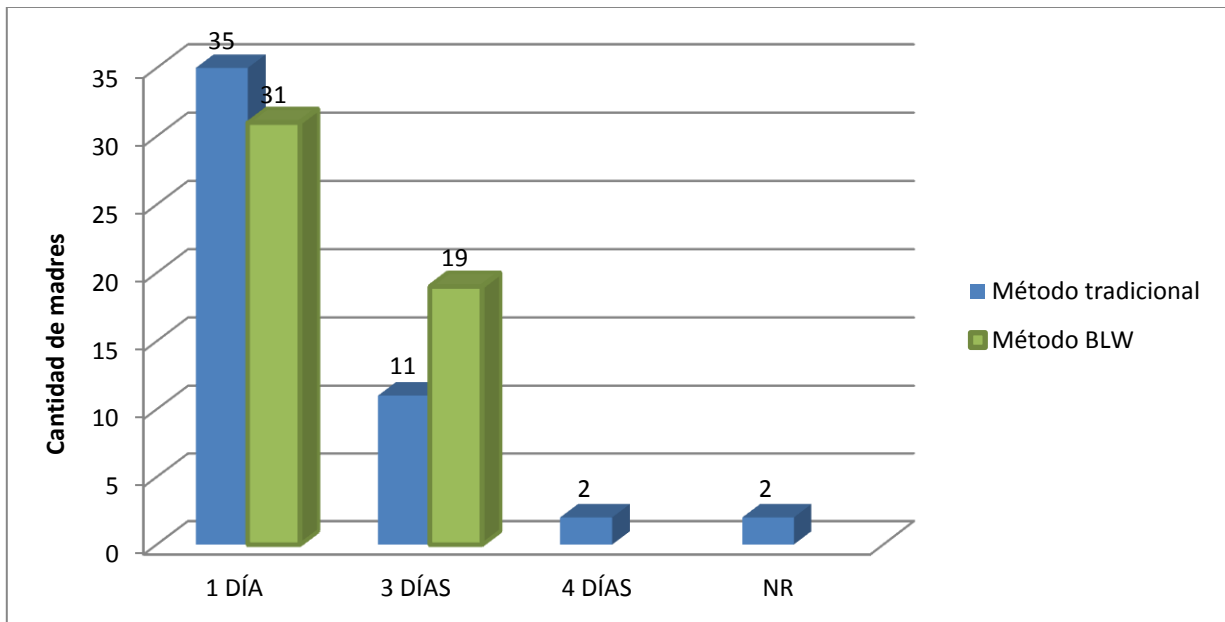


Figura N°23. Comparación del rango de días que la madre le da de probar al niño (a) un nuevo alimento al incorporarlo a su dieta, dividida por método de alimentación (Tradicional vs. BLW) Liga de la Leche, enero-marzo 2017, (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Al contrastar el tiempo que la madre le da de probar al niño (a) un nuevo alimento al incorporarlo a su dieta, un 70% de las madres del grupo de alimentación complementaria tradicional lo hacen durante un día, un 22% durante dos días, un 4% durante 4 días y un 4% no respondió. En su contraparte, del otro grupo un 62% de las madres lo hacen durante 1 días y un 38% durante 3 días. (Ver Figura N°23)

Las prácticas de ambos grupos son muy similares, las madres de ambos métodos eligen en su mayoría 1 día para probar el alimento en el niño, no se determina diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($P=1$).

Se infiere que el hecho de seguir una alimentación guiada por cualquiera de las dos perspectivas no influye en el tiempo que las madres le dan de probar un alimento a

sus hijos. Por lo que con un 95% de confianza se afirma que los dos grupos son independientes.

Es importante que las madres brinden un nuevo alimento a sus hijos al menos por tres días con el fin de determinar la tolerancia del niño hacia el alimento, esta práctica se da solamente en un 11% en las madres que practican la alimentación tradicional y en un 19% en las madres que siguen el método de alimentación guiado por el bebé.

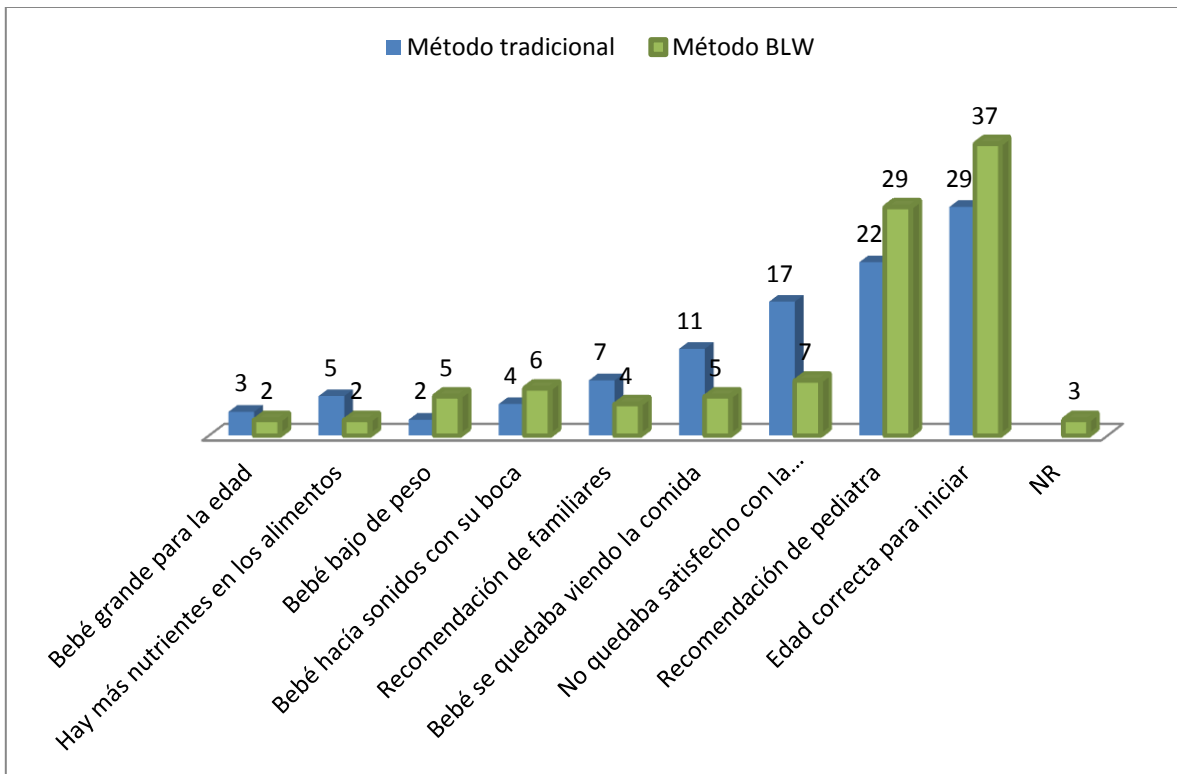


Figura N°24. Comparación de las razones por las cuales las madres decidieron iniciar la alimentación complementaria, dividido por método de alimentación (Tradicional vs. BLW) Liga de la Leche, enero-marzo 2017, (n=100 personas). Fuente: Elaboración propia, 2017

Respecto a las razones por las cuales las madres deciden iniciar la alimentación complementaria, las mamás indican una o varias razones que las hicieron empezar esta etapa con sus niños (as).

La razón mayoritariamente destacada es “porque las mamás consideran que la edad en la cual deciden iniciar es la edad correcta”, de las 50 madres del grupo de alimentación tradicional, el 58% indica este motivo, y un 74% de las 50 madres del grupo de alimentación guiada. (Ver Figura N°24)

La segunda razón predominante es “por recomendación del pediatra”, un 44% de las madres del grupo tradicional la indican y un 58% de las madres del grupo de alimentación guiada. (Ver Figura N°32) Las otras razones son escogidas por las madres en diferentes proporciones. (Ver Figura N°24)

Se planteó una prueba de análisis de la varianza que permitiera comparar si la diferencia entre estos promedios era estadísticamente significativa, y la prueba chi cuadrado lo ratificó a un 95%. ($P=0.82$)

Esto indica que independientemente del método de alimentación que la madre elija, las razones por las cuales se decide iniciar esta etapa, no se ven influenciadas por la forma de alimentación. Es la convicción de las madres y la recomendación del personal de salud, específicamente el médico, las razones por las cuales se escoge iniciar el proceso.

Las razones varían según las regiones, en un estudio realizado por Gonzales R et al.; (2014) se indica que, a través de los años, en las regiones de la costa caribe colombiana se ha arraigado la creencia que apoya la inserción de alimentos a temprana edad. Tal creencia se ha transmitido de generación en generación y los familiares la han aceptado como buenas prácticas. Dichas prácticas se fundamentan en mitos relacionados con el crecimiento y desarrollo del niño. Es decir, a mayor cantidad de alimentos suministrados al niño, mayores posibilidades de tener hijos que crezcan sanos y fuertes. Dicha situación resalta no sólo el poder de las creencias, hábitos y factores culturales sobre los resultados nutricionales de la

población, sino que también evidencia las necesidades educacionales que requiere la población para el mejoramiento de los estilos y hábitos de vida.

Esto reafirma la importancia que tiene las organizaciones promotoras de la salud y el personal médico, en promover las prácticas adecuadas de alimentación en los niños menores de un año de edad, incluyendo iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses de edad según la recomendación de la OMS (2008).

A su vez al estar las madres empoderadas del conocimiento recomendado por las organizaciones de salud y su personal médico, todas las demás razones ya no tendrían peso sobre la decisión de ellas, las cuales a pesar de que se indican en menor proporción no dejan de ser motivos que pueden adelantar o atrasar el proceso de alimentación. Esto se pone en evidencia en un estudio previo donde casi en la mitad de los casos el destete precoz está asociado a decisiones o percepciones maternas, que no necesariamente reflejan la realidad. Y razones como, la impresión de que el niño “queda con hambre” no siempre está asociada a un hecho objetivo o no se relaciona con la curva de crecimiento del niño. (Niño R, Silva G, Atalah E. 2012)

CAPÍTULO V. 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el siguiente capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones sugeridas con base en los resultados obtenidos en la investigación.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Los resultados de esta investigación señalan que la población en estudio, quienes son mujeres mayores de edad, que tienen un nivel de educación en su mayoría universitario y han desarrollado una familia, tienen conocimientos y prácticas básicas sobre una alimentación complementaria adecuada, independientemente del método de alimentación complementaria utilizado con sus hijos (as) durante el primer año de edad, ya sea tradicional o guiado por el bebé, de manera que se evidencia la necesidad de reforzar estos conocimientos y prácticas relacionadas con la introducción de sólidos en ambas poblaciones debido a que el método que utilizan, no determina si las prácticas de alimentación realizadas por las madres se hacen de la manera adecuada o no, y ambos grupos presentan oportunidades de mejora con el fin de promover un adecuado desarrollo físico e intelectual de los niños (as).

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendaciones para las madres

- ✓ Consultar un nutricionista especialista en niños(as) o pediatra capacitado en el tema de alimentación, si presenta alguna duda sobre el proceso de alimentación complementaria, la información es la clave para empoderarse del tema y brindar una alimentación complementaria exitosa.

- ✓ Informarse acerca de cuál método de alimentación utilizar, y tomar una decisión hasta estar segura que es la decisión correcta e informada, lo que importa es tener un niño (a) feliz y saludable, y para que haya un niño (a) feliz debe haber una madre feliz.
- ✓ Reconocer la importancia de un adecuado proceso de alimentación complementaria, para garantizar un desarrollo normal y disminuir la aparición de padecimientos asociados a un inadecuado proceso.
- ✓ Observar y tomar en cuenta el comportamiento social y fisiológico de los hijos (as), ya que son quienes guían el curso de la alimentación complementaria, es necesario observarlos, no todo es para todos, aquí nada es mejor o peor, el método de alimentación complementaria guiada por el bebé dice tener más ventajas sobre el método de alimentación tradicional, sin embargo, si esas ventajas no se aplican a la casa del niño (a) o estilo de vida, no funciona así las ventajas sean maravillosas.
- ✓ Exponer a los niños a una alimentación repetida, variada y saludable independientemente del modo de alimentación, los niños menores de dos años pueden aprender hábitos de alimentación saludables a través de una exposición a ellos.
- ✓ Brindar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño (a), independientemente del tipo de la alimentación complementaria, sea la forma tradicional o guiada por el bebé, a menos que haya ciertas indicaciones médicas, no hay razón para adelantarla.

5.2.2 Recomendaciones para el personal de salud

- ✓ Especializarse en temas de lactancia y alimentación complementaria en el niño sano, con el fin de brindar información acertada a las madres, y mantenerse a la vanguardia con temas actuales para poder recomendar y guiar a las madres.
- ✓ Educar a la población sobre la frecuencia de consumo de alimentos variados y nutritivos, el momento correcto de introducción de los mismos, señalando la importancia de no consumir alimentos que no aportan nutrientes al organismo del niño y que pueden ser contraproducentes antes de cierta edad.
- ✓ Mantener pendientes las inquietudes que puedan presentar las madres, sin menospreciar preguntas básicas que se realizan durante las consultas médicas.
- ✓ Explicar a las madres las posibles reacciones, patologías o complicaciones que pueden presentar los niños en el proceso de alimentación complementaria de una forma inadecuada, para que logren entender la importancia de realizarlo de la forma recomendada.
- ✓ Brindar información a las madres sobre los efectos negativos de dar alimentación complementaria antes de los 6 meses y la importancia la lactancia materna exclusiva.

BIBLIOGRAFÍA

Abeldaño RA, López de Neira M, Burrone MS, González ML, Fernández AR (2014). Prácticas de lactancia y alimentación complementaria en menores de 6 meses en Argentina. Estimaciones a partir de una encuesta multipropósito.

Acosta O, Guerrero A (2007). Alimentos Transgénicos y Alergenicidad. Recuperado desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v55n4/v55n4a04.pdf>

Agencia de Salud Pública de Cataluña. (2016). Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (0 a 3 años) Barcelona. Recuperado desde: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/per_perfiles/centres_educatius/menus_escolars/programa_revisio_programacions_menus_escolars_catalunya_preme/documents/arxiu/alimentacion_0_3_es.pdf

Aguilar Cordero M. (2005) Lactancia Materna. España: Edide,S.L.

Alvarado E, Tabares R, Delisle H, Zunzunegui M. (2005). Creencias maternas, prácticas de alimentación y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. Archivos Latinoamericanos de Nutricion ALAN. Colombia.

American Academy of Pediatrics. Pediatric Nutrition Handbook. Elk Grove Village, Illinois: American Academy of Pediatrics, 2004.

American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Pediatric Nutrition Handbook. 6th ed.: Washington: AAP; 2009.

Asociación Española de Pediatría. (AEP) (2016) Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. 2016. Recuperado desde: <https://www.researchgate.net/publication/242559597>

Asociación Española de Pediatría (AEP) (2013). Guía Práctica para Padres. Recuperado desde: http://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia_practica_padres_aep_1.pdf

Bandara, T., Hetti Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos. arachchi, M., Liyanage, C., & Amarasena, S. (2015). Current infant feeding practices and impact on growth in babies during the second half of infancy. Journal of Human Nutrition & Dietetics, 28(4), 366-374. doi:10.1111/jhn.12253

- Bascuñán Gamboa, K. A., & Araya Quezada, M. (2014). Potenciales intervenciones alimentarias en el manejo y prevención de la alergia en lactantes. *Nutrición Hospitalaria*, 29(5), 969-978. doi:10.3305/nh.2014.29.5.7239
- Bennett VA, Morales E, González J, Pearson JM, Lopez de Romana G, Brown KH (1999). Effects of dietary viscosity and energy density on total daily energy consumption by young Peruvian children. Recuperado desde: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/156482650302400102>
- Beltrán, L. P., Nates, D. X., & Velasco, C. A. (2012). Prácticas de Alimentación en Lactantes Menores de Dos Años de Edad de Cali, Colombia. (Spanish). *Revista Gastrohnp*, 14S4-S8.
- Brizuela, D. N., Márquez, J. C., Cavada, I. C., & Santiago, R. (2013). Alimentación Complementaria en Niños Sanos de 6 a 24 Meses. (Spanish). *Archivos Venezolanos De Puericultura Y Pediatría*, 76(3), 128-135
- Brown Judith. *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. 2010.
- Brown A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Matern Child Nutr* 2011; 7:34e47.
- Brown, A.; Lee, M. (2011) An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: Developmental readiness for complementary foods. *Matern.Child Nutr.*2011, doi:10.1111/j.1740-8709.2011.00360.x.
- Brown AE, Lee M (2011). Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach. *MaternChildHealth J* 2011;15:1265e71.
- Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Educación Pública (MEP), Ministerio de Salud (MINSA), Universidad Estatal a Distancia. Universidad de Costa Rica (UCR), Universidad Nacional (UNA) (2012) *Atención Integral del Desarrollo de Niñas y Niños en Costa Rica: Fortalecimiento Intersectorial*. 2012. Recuperado desde: <http://www.redsaiid.com/wp-content/uploads/2013/09/DOCUMENTO-FINAL-SAIID-setiembre-2012.pdf>

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). (2016) Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña.2016. Recuperado desde: <https://data.unicef.org/country/cri/>

Caja Costarricense de Seguro Social. Situación en Costa Rica de Lactancia Materna, Según Encuesta Nacional de Hogares y Propósitos Múltiples. 2007. Recuperado desde: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/resumen_ejecutivo_lac_mat_2006_mod.pdf

Cameron S, Heath A and Taylor R(2012) How Feasible Is Baby-Led Weaning as an Approach to Infant Feeding? A Review of the Evidence.Recuperadodesde: www.mdpi.com/journal/nutrients

Calvillo, A, Cabado, X & García, K (2013) El Poder del Consumidor. Recuperado desde: <http://elpoderdelconsumidor.org/>

CameronL, Taylor R,and Heath A (2015). Desarrollo y pruebas piloto sobre dejarle al bebé liderar la introducción de sólidos - una versión de Baby-Led-Weaning modificado para abordar las deficiencias de hierro, crecimiento vacilante y asfixia. Cameron SL, Taylor RW, Heath A-LM.(2013) Parent-led or baby-led?Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families.BMJ Open 2013; 3:e003946. Doi: 10.1136/bmjopen-2013- 003946

Cardona K, Castaño J, Hurtado C, Moreno M, Restrepo A, Villegas O, MD (2013). Frecuencia de lactancia materna exclusiva, factores asociados y relación con el desarrollo antropométrico y patologías en una población de lactantes atendida en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2010-2011

Castillo C,Atalah E, Riumalló J, Castro R (1996).Breast-feeding and the nutritional status of nursing children in Chile.Bull PanAmHealthOrgan 1996; 30: 125-133

Chaves, S., Mata, A & Moya, R. (2007). Resumen ejecutivo: Situación en Costa Rica de la lactancia materna, según Encuesta Nacional de Hogares y Propósitos Múltiples INEC 2006. CajaCostarricense del Seguro Social. Costa Rica

Coulthard H (2009) Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. Recuperado desde: <https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-nutrition/article/an-exploratory-trial-of-parental-advice-for-increasing-vegetable-acceptance-in-infancy/346443558B01D18C1C6CFD5B566CC474>

Comité de Lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría.(2004) Lactancia materna: Guía para profesionales. Madrid: AEP/Ed. Ergon.

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2008) Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica (2008) Ed Panamericano.

Dancel, L. D., Perrin, E., Yin, S. H., Sanders, L., Delamater, A., Perreira, K. M., & ... Rothman, R. L. (2015). The relationship between acculturation and infant feeding styles in a Latino population. *Obesity* (19307381), 23(4), 840. doi:10.1002/oby.20986

Daniels L, Heath A, Williams S, Cameron S, Fleming E, Taylor B, Wheeler B, Gibson R, Taylor R Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding

Di Manno, L., Macdonald, J. A., & Knight, T. (2015). The Intergenerational Continuity of Breastfeeding Intention, Initiation, and Duration: A Systematic Review. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 42(1), 5. doi:10.1111/birt.12148

Dolores-Maldonado G, Delgado-Pérez D, Creed-Kanashiro H. Estrategias empleadas por las madres durante el proceso de alimentación en niños de 6 a 24 meses de dos comunidades rurales de Lima, Perú. *RevPeruMedExp Salud Publica*. 2015;32(3):440-.

Durán O, Mangialavoria G, Biglieria A, Kogana Ly Abeyá G (2009) Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)

El Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) (2017). Curso de preparación sobre lactancia materna y alimentación del bebé durante el primer año de vida. Recuperado desde: www.inisa.ucr.ac.cr

Fernández Rodríguez M, Martín-Crespo Blanco MC (2016) La introducción precoz de alimentos en lactantes con lactancia materna aparentemente no previene la alergia alimentaria. *Evidencia Pediatra*; 12:49. Recuperado desde: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2016;12:49>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (Uruguay 2007) (. Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses por servicios públicos y mutuales de Montevideo y el interior del país.

Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF). Encuesta Nacional de Hogares 2010. Análisis del Módulo de Lactancia Materna.(2011) Recuperado desde:
https://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Analisis_Modulo_Lactancia_Materna.pdf

Franco, Á. L., & López, S. M. (2008). Factores de riesgo para malnutrición relacionados con conocimientos y prácticas de alimentación en preescolares de estrato bajo en Calarcá. 2006-2007. *Revista Gerencia Y Políticas De Salud*, 8(15), 77-90.

Gaffney, K. F., Kitsantas, P., & Cheema, J. (2012). Clinical Practice Guidelines for Feeding Behaviors and Weight-for-Age at 12 months: A Secondary Analysis of the Infant Feeding Practices Study II. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9(4), 234-242. doi:10.1111/j.1741-6787.2011.00236.x

Gamboa, E; López N; Prada G y Gallo K. (2008). Conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con la lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Universidad Industrial de Santander, Colombia.

Gardner JM, Walker SP, Gavin KA, Ashworth A (2002) Complementary foods in Jamaica: viscosity, energy density and feeding practices. Recuperado desde: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/15749/1/comple.pdf>

García CM, Barros MA (2007) Complementary feeding practices to children during their first year of life. *Rev Latino-am Enfermagem*; 15: 282-289

González de Cosío, T., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, L. D., & Rivera-Dommarco, J. Á. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. (Spanish). *Salud Pública de México*, 55S170-S179.

González Rodríguez MP, Flores Antón B. (2014) El gluten, la lactancia materna y la enfermedad celiaca, ¿qué hay de nuevo? *Evid Pediatr*.2014; 10:63.

González Ruiz G, Reyes Ríos LA, Borré Ortiz YM, Oviedo Córdoba H, Barrios L, Carbonó L, Martínez Quintero G. (2014) Factores que inciden en el destete temprano en un grupo de madres de Santa Marta, Colombia. Recuperado desde: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie17-2.fidt>

- Gross, R. S., Fierman, A. H., Mendelsohn, A. L., Chiasson, M. A., Rosenberg, T. J., Scheinmann, R., & Messito, M. J. (2010). Infant Feeding: Maternal Perceptions of Infant
- Heather B. Clayton, PhD, MPH,^{a,b} Ruowei Li, MD, PhD,^b G. Perrine, PhD,^b and Kelley S. Scanlon, PhD, RD^b (2012) Prevalence and Reasons for Introducing Infants Early to Solid Foods: Variations by Milk Feeding Type. (Prevalencia y Razones para la Introducción Alimentos Sólidos a Infantes: Variaciones por Tipo de Alimentación Láctea.)
- Hernández S, R; Fernández C, C y Baptista L, P (2013). Metodología de la investigación. 5da. Ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V
- Horodynski, M., Olson, B., Arndt, M. J., Brophy-Herb, H., Shirer, K., & Shemanski, R. (2007). Low-Income Mothers' Decisions Regarding When and Why to Introduce Solid Foods to Their Infants: Influencing Factors. *Journal of Community Health Nursing*, 24(2), 101-118.
- Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos (INHA) (2012) Guías alimentarias para niñas y niños cubanos hasta los 2 años de edad. Recuperado desde: www.inha.sld.cu
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2013). Encuesta Nacional de Hogares 2010. Recuperado desde: <http://sistemas.inec.cr/pad4/index.php/catalog/128>
- Jing-Qiu, M., Li-Li, Z., Yan-Qi, H., Shan-Shan, L., & Xiao-Yang, S. (2015). Association between feeding practices and weight status in young children. *BMC Pediatrics*, 15(1), 1. doi:10.1186/s12887-015-0418-4
- Karp, S. M., Lutenbacher, M., & Dietrich, M. S. (2010). The Associations of Psychosocial Factors and Infant Feeding Beliefs and Practices of Young, First Time, Low Income Mothers. *Issues In Comprehensive Pediatric Nursing*, 33(4), 268-287.
- La Liga de la Leche (2016). La Liga de la Leche. Recuperado desde: <http://www.laligadelaleche.es/III/index.htm>
- Lakshman, R., Landsbaugh, J R., Schiff, A., Cohn, S., Griffin, S., & Ong, K. K. (2012). Develop a programme for healthy growth and nutrition during infancy:

understanding user perspectives. *Child: Care, Health & Development*, 38(5), 675-682.

Londoño Franco, Á., & Mejía López, M. (2010). Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia. *Revista Gerencia Y Políticas De Salud*, 9(19), 124-137.

Lin, Y. et al., (2011). Dietary Sources of fiber Intake and its Association with Socio-Economic Factors among Flemish Preschool Children. 12 (3). Recuperado el 16 de diciembre del 2014 de : <http://www.mdpi.com/1422-0067/12/3/1836/htm>

Macías-Tomei, C., Herrera Hernández, M., Mariño Elizondo, M., & Useche, D. (2014). Crecimiento, Nutrición Temprana en el Niño y Riesgo de Obesidad. (Spanish). *Archivos Venezolanos De Puericultura Y Pediatría*, 77(3), 144-153.

Maldonado, G., Delgado-Pérez, D., & Creed-Kanashiro, H. (2015). Estrategias Empleadas por las Madres Durante el Proceso de Alimentación en Niños de 6 a 24 Meses de 6 a 24 Meses de Dos Comunidades Rurales de Lima Perú. (Spanish). *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 32(3), 440-448.

Marchena, Y; Sedó, P (2001). Porciones de Alimentos de Niños de 0 a 18 meses de Familias de Bajos Ingresos del Área Urbana de San José, Costa Rica, 1989-1992.

Marin, L. (2010). Prácticas alimentarias en menores de cinco años de Damas de Desamparados y San Antonio de Nicoya. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013) Normas y Protocolos de Alimentación para Niños y Niñas Menores de 2 Años. Recuperado desde: <http://www.salud.gob.ec/unidad-de-nutricion-guias-y-manuales/>

Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Instituto Costarricense sobre Drogas, INCAP/OPS. Encuesta Nacional de Nutrición. 2008-2009. Recuperado desde: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&alias=67-encuesta-nacional-de-nutricion-costa-rica-2008-2009&category_slug=alimentacion-y-nutricion&Itemid=222

Ministerio de Salud. (sin fecha) Pronunciamento de la Comisión Nacional de la Lactancia Materna en Costa Rica, para la edad de la introducción de sólidos en los niños y niñas de Costa Rica.

Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, et al (2016). How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. *BMJ Open* 2016; 6:e010665. Doi:10.1136/bmjopen-2015-010665

Rosa Niño M.1, Gioconda SilvaE.¿, Eduardo Atalah S.3 (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva.

Noble, S., & Emmett, P. (2006). Differences in weaning practice, food and nutrient intake between breast- and formula-fed 4-month-old infants in England. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 19(4), 303-313. doi:10.1111/j.1365-277X.2006.00708.x

Northstone K, the effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months (2001). Recuperado desde: <https://www.deepdyve.com/lp/wiley/the-effect-of-age-of-introduction-to-lumpy-solids-on-foods-eaten-and-ocYwPfaVbl>

Olivares Grohnert M, Buñuel Álvarez JC (2008) Los padres, en comparación con los profesionales sanitarios, tienden a infraestimar el peso de sus hijos. *EvidPediatr.* ; 4: 7

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Materna. Recuperado desde: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_CHD_98.9/es/

Organización Mundial de la Salud (2003). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Recuperado desde: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/

Organización Mundial de la Salud (2015). Alimentación Complementaria. Recuperado desde: http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016) Reducción de la mortalidad en la niñez. Recuperado desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>

Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, Programa Mundial de Alimentos (2008) Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño, Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica).

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo del Niño (UNICEF) (2010). Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño: Memoria de la Reunión Regional de los Países de Mesoamérica, Febrero 9-12, 2010. Managua, Nicaragua. Washington, D.C. Recuperado desde: www.paho.org

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2007). Principios de orientación para la alimentación del niño no amamantado entre los 6 y los 24 meses de edad. Recuperado desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96355/1/9789275327951_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002) Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Recuperado desde: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5654%3A2011-cuantificacion-beneficios-lactancia-materna-resena-evidencia-2002&catid=3719%3Anutrition-publications&Itemid=4081&lang=es

Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (OMS). (2001). Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child. Recuperado desde: http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf

Pantoja-Mendoza, I. Y., Meléndez, G., Guevara-Cruz, M., & Serralde-Zúñiga, A. E. (2015). Review of complementary feeding practices in Mexican children. *Nutricion Hospitalaria*, 31(2), 552-558. doi:10.3305/nh.2015.31.2.7668

Peraita, L. (2016) Los pediatras recomiendan el Baby-led-Weaning, el método alternativo a la cuchara. Recuperado desde: http://www.abc.es/familia/supersanos/abci-pediatras-recomiendan-baby-weaning-metodo-alternativo-cuchara-201602042212_noticia.html

Perdikidi O, Martín P. (2012). La lactancia materna se asocia con un menor número de trastornos de la conducta en la infancia. Recuperado desde: www.evidenciasenpediatria.es

Programa de Educación Continua en Pediatría. (PRECOP) (2009). Alimentación Complementaria en el Primer Año de Vida. Recuperado desde: <https://scp.com.co/descargasnutricion/Alimentaci%C3%B3n%20complementaria%20en%20el%20primer%20a%C3%B1o%20de%20vida.pdf>

Rapley, G; Murkett, T (2010). BABY-LED-WEANING: The Essential Guide to Introducing Solid Foods and Helping Your Baby to Grow Up a Happy and Confident Eater. The Experiment, LLC. New York.

Radzyminski, S. (2016). Mother's Beliefs, Attitudes, and Decision Making Related to Infant Feeding Choices. *Journal of Perinatal Education*, 25(1), 18-28. doi:10.1891/1058-1243.25.1.18

Rametta, E., Mallan, K. M., Daniels, L., & de Jersey, S. J. (2015). Relationships between maternal overweight prior to pregnancy, feeding mode and infant feeding beliefs and practices. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(9), 913-919. doi:10.1111/jpc.12878

Redsell, S. A., Atkinson, P., Nathan, D., Siriwardena, A. N., Swift, J. A., & Glazebrook, C. (2010). Parents beliefs about appropriate infant size, growth and feeding behaviour: implications for the prevention of childhood obesity. *BMC Public Health*, 10711. doi:10.1186/1471-2458-10-711

Robles-Vargas MT, Sienna-Monge JJL, Del Río-Navarro BE, Reyes-López A, Del Río-Chivardi J. Frecuencia de alergia a las proteínas de la leche de vaca y su asociación con otras enfermedades alérgicas en pacientes del Hospital Infantil de México Federico Gómez. *Rev Alergia Mex*. 2014;61:288-297.

Romo E., López, D., López L., Morales C., & Alonso, K. (2005). En la búsqueda de creencias alimentarias a inicios del siglo XXI. [En línea]. *Revista Chilena de Nutrición*, Vol.32, núm.1. Consultado el 15 de Marzo del 2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75182005000100007&script=sci_arttext

Russell, C. G., Taki, S., Azadi, L., Campbell, K. J., Laws, R., Elliott, R., & Denney-Wilson, E. (2016). A qualitative study of the infant feeding beliefs and behaviours of mothers with low educational attainment. *BMC Pediatrics*, 171. doi:10.1186/s12887-016-0601-2

Sáenz-Lozada, M. L., & Camacho-Lindo, Á. E. (2007). Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. (Spanish). *Revista de Salud Pública*, 9(4), 587-594.

Sloan, S., Gildea, A., Stewart, M., Sneddon, H., & Iwaniec, D. (2008). Early weaning is related to weight and rate of weight gain in infancy. *Child: Care, Health&Development*, 34(1), 59-64. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00771.x

Sociedad Centroamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Primer Consenso Centroamericano (2007). Alimentación en el primer año de vida. Recuperado desde: <http://lugaresdeguatemala.com/andeguat/wp-content/uploads/2015/02/I-Consenso-Centroamericano-Alimentaci%C3%B3n-en-el-Primer-A%C3%B1o-de-Vida.pdf>

Stephenson DM, Gardner JM, Walker SP, Ashworth A (1994). Weaning-food viscosity and energy density: their effects on ad libitum consumption and energy intakes in Jamaican children. Recuperado desde: <http://ajcn.nutrition.org/content/70/2/285.full.pdf+html>

Sodhi, V. (2009). Avoiding food allergies. *Hinduism Today*, 66.

Thompson, A. L., Adair, L. S., & Bentley, M. E. (2013). Pressuring and restrictive feeding styles influence infant feeding and size among a low-income African-American sample. *Obesity (19307381)*, 21(3), 562. doi:10.1002/oby.20091

Thompson, D. A., Joshi, A., Hernández R. G., Bair-Merritt, M. H., Arora, M., Luna, R., & Ellen, J. M. (2012). Nutrition/Overweight/Obesity: Nutrition Education Via a Touchscreen: A Randomized Controlled Trial in Latino Immigrant Parents of Infants and Toddlers. *Academic Pediatrics*, 12412-419. doi: 10.1016/j.acap.2012.03.020

Townsend E, Pitchford NJ (2012). Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a casecontrolled sample. Recuperado desde: <https://www.medpagetoday.com/upload/2012/2/7/BMJ%20Open-2012-Townsend-.pdf>

Ulate, E; Murillo, S; Mata, L; y Sánchez, F (1986). Ablactación y Alimentación de Niños en una Zona Rural de Costa Rica

UNICEF. Estado mundial de la infancia 2016. (2016). Recuperado desde: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf

Walsh, A., Kearney, L., & Dennis, N. (2015). Factors influencing first-time mothers' introduction of complementary foods: a qualitative exploration. *BMC Public Health*, 15(1), 1. doi:10.1186/s12889-015-2250-z

Wardle J, Sanderson S, Gibson EL, et al. (2001) Factor-analytic structure of food preferences in four-year-old children in the UK. *Appetite* ; 37:217e23.

Wardle, K., De Domenico, M., & Li Ming, W. (2014). Understanding infant feeding practices of new mothers: findings from the Healthy Beginnings Trial. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 32(1), 6-15.

WHO. The Who Child Growth Standards. 2011. <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>

World Health Organization (WHO), (2007) Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Recuperado desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43895/1/9789241596664_eng.pdf

World Health Organization (WHO) (2010). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Recuperado desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44306/1/9789241599290_eng.pdf

World Health Organization (WHO) (2013). Childhood stunting: challenges and opportunities report. Report of a colloquium. Recuperado desde: http://www.who.int/nutrition/publications/childhood_stunting_report/en/

World Health Organization. World Health Statistics. 2016. Recuperado desde: www.who.int

World Breastfeeding Trends Initiative (WBT) (2012). Iniciativa Mundial sobre Tendencias de Lactancia Materna. 2012. Recuperado desde:

<http://www.worldbreastfeedingtrends.org/GenerateReports/report/WBTi-Dominican-Republic-2012.pdf>

Wright CM, Cameron K, Tsiaka M, et al. (2011). Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods? *Matern Child Nutr* 2011; 7:27e33.

Zarnowiecki, D., Sinn, N., Petkov, J. et Dollman, J. (2011). Parental nutrition knowledge and attitudes as predictors of 5-6 year old children's healthy food knowledge. 15 (7). Recuperado el 15 de diciembre del 2014 de: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN15_07%2FS1368980011003259a.pdf&code=9afec5f4f2d16c02db323feb4fadd1e3

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario sobre el proceso de alimentación complementaria.

“Conocimientos y Creencias de Madres Respecto a Alimentación Complementaria en Niños Menores de un Año, 2017”

La presente encuesta tiene como objetivo obtener información sobre la alimentación de su hijo (a) durante el primer año de vida para su posterior análisis en un proyecto de investigación que se está realizando por una estudiante de la Universidad Hispanoamericana con el fin de obtener el título de licenciatura en Nutrición.

1. Datos personales de la madre:

1.1 Edad de la madre _____ años

1.2 Ocupación _____

1.3 Nivel educativo: Marque con una x la opción en la cual usted se identifica.

() Primaria incompleta

() Primaria completa

() Secundaria incompleta

() Secundaria completa

() Técnico

() Universidad incompleta

() Universidad completa

() Ninguna

() Otro Especifique _____

1.4 Estado civil:

() Soltera

() Divorciada

() Unión libre

() Casada

() Separada

() Viuda

2. Conocimientos de las madres sobre sobre la alimentación de los niños (as) menores de un año de edad.

2.1 ¿Cuándo considera usted que se debe dar por primera vez a un niño (a) otro alimento o bebida diferente a la leche materna y/o fórmulas infantiles? _____

2.2 ¿A qué edad considera usted que el niño (a) debe comer todos los alimentos?

2.3 ¿Considera usted que se debe suspender la leche materna por completo al introducir los primeros alimentos al niño?

() Sí, ¿por qué? _____

() No, ¿por qué? _____

2.4 Al introducir un alimento nuevo, la cantidad y textura que se le debe dar al bebé por día es (Antes del año de edad):

() Puré, 1 a 3 cucharaditas

() Puré, 4 a 6 cucharaditas

() Puré, 1 taza

() Trozos de comida sin medida, regulada por el niño (a)

() No sé

() Indique: _____

2.5 De los siguientes, ¿hay algún alimento, bebida o preparación que usted considera muy alimenticio para su bebé antes del año de edad? Sí su respuesta es sí, por favor conteste por qué considera que el alimento es muy nutritivo.

Alimento/bebida/preparación	Sí	No	¿Por qué?
Caldo de frijol con guineo			
Té de manzanilla			
Jugo de remolacha con zanahoria			
Agua de arroz			
Miel			
Gelatina en lámina			
Otros (Indique)			

2.6 ¿Considera que alimentar al bebé con alimentos sólidos enteros (sin hacerlos puré o majarlos) tiene beneficios para un bebé menor de un año?

() Sí

() No

3. Prácticas de las madres sobre la alimentación del bebé menor de un año

3.1 ¿Hasta qué edad recibió el niño lactancia materna?

() _____ meses

3.2 Cuando ofrecía alimento a su bebé lo hacía:

() Antes de amamantar o dar la fórmula

() Después de amamantar o dar la fórmula

3.3 ¿A qué edad inició la etapa de alimentación con alimentos distintos a la leche materna y/o fórmula? _____ meses

3.4 Cuando incorporaba un nuevo alimento, ¿durante cuánto tiempo se lo daba a probar al niño (a)?

() 1 día

() 3 días

() 4 días

() Otro, indique: _____

3.5 Indique la razón por la cual decidió iniciar a alimentar a su bebé con alimentos distintos a la leche materna o fórmula. Puede marcar varias opciones.

() ¿Por qué consideró que era la edad correcta para iniciar?

() ¿Por qué su bebé no quedaba lleno con solamente la leche materna o fórmula?

() ¿Por qué su bebé era grande para la edad que tenía por lo tanto necesitaba más alimentos?

() ¿Por qué es la edad que le recomendó su pediatra o nutricionista para empezar la alimentación complementaria?

() ¿Por qué es la edad que le recomendaron sus familiares o amigos para empezar la alimentación complementaria?

() ¿Por qué su bebé se quedaba viendo la comida cada vez que usted o su familia comía?

() ¿Por qué consideró que el bebé obtiene más nutrientes de los alimentos que de la leche materna o fórmula?

() ¿Por qué el bebé estaba bajo de peso y sintió que era necesario empezar a darle alimentos distintos a la leche materna o fórmula?

() ¿Por que el bebé empezó a hacer sonidos con su boca que le indicaron a usted que ya estaba listo para empezar a comer?

() Otra, Indique:

3.6 ¿De quién o quiénes recibió usted información para brindarle los alimentos al niño (a)? Puede marcar más de una opción.

() Médico

() Medios de comunicación

() Nutricionista

() Familiar

() Farmacéutico

() Amigo / Amiga

() Internet

() Nadie

() Otro, indique: _____

3.7 ¿Permitió que su bebé se alimentara con alimentos sólidos enteros como por ejemplo pollo, zanahoria, chayote, entre otros, sin usar cucharas y sin hacerlos puré al inicio de su alimentación? Si su respuesta es sí, describa cómo fue la experiencia.

() Si su respuesta es sí, describa la experiencia, beneficios que obtuvo tanto usted como su bebé, así como temores que tuvo al implementar este tipo de alimentación con su bebé) (Pase a la pregunta # 3.22)

() No (Si su respuesta es no, pase a la siguiente pregunta)

3.8 Si la respuesta de la pregunta anterior es no, estaría dispuesta a darle alimentos sólidos enteros a su bebé menor de un año o a un futuro bebé y dejar que él o ella coma con sus manos en lugar de alimentarlo con alimentos tipo puré y con cuchara.

() Sí. Pase a la pregunta 3.22.

() No. Pase a la siguiente pregunta.

3.9 Si su respuesta anterior es no, indique las razones por las cuales no estaría dispuesta a ofrecerle alimentos enteros a su bebé y dejar que él o ella se alimente solo (a) utilizando sus propias manos. Puede marcar varias opciones.

() Por miedo a que el bebé se atragante

() Por falta de conocimiento de cómo alimentar al niño (a) con alimentos enteros

Porque la costumbre en la familia ha sido alimentar a los bebés con alimentos hechos papilla

Por temor a que el niño no quede satisfecho

Por los regueros que el niño hace si se alimenta con sus propias manos

Porque se siente más segura alimentando al bebé usted misma con cuchara

Porque no sabía que los bebés se pueden alimentar con alimentos en trozos o enteros.

Otra. Indique:

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 2
Consentimiento informado

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

ESCUELA DE NUTRICIÓN

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Teléfono:(506) 2256-8197

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Comparación de los Patrones de Alimentación Complementaria Tradicional Respecto a Alimentación Complementaria Guiada por el Bebé, que Realizan las Madres en Niños (as) Menores de un Año, que Acuden a una Fundación de Grupo de Apoyo a las Madres, 2017.

Nombre del Investigador (a) Principal: Karla Rodríguez Vásquez

Nombre del participante: _____

- A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN: La presente investigación es realizada por Karla Rodríguez, estudiante de la carrera de nutrición de la Universidad Hispanoamericana. Este estudio se realiza con el fin de conocer las prácticas y creencias que tienen las madres con respecto a la alimentación complementaria tradicional y guiada por el bebé, con el fin de comparar los patrones de alimentación.
- B. ¿QUÉ SE HARÁ? Este estudio se llevará a cabo en un tiempo de seis meses, si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en un cuestionario, esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es voluntaria. No hay repuestas malas ni

buenas, se le pide por favor conteste con la mayor sinceridad posible con el objetivo de poder obtener resultados que permitan al investigador proponer recomendaciones basadas en sus respuestas y las de todos los demás participantes. Se le pedirá que conteste este cuestionario una única vez.

- C. RIESGOS: No habrá ningún riesgo por participar en esta investigación, a menos que se llegará a sentir incómoda por alguna pregunta de la encuesta, sin embargo, si así fuese, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso la perjudique en ninguna forma.
- D. BENEFICIOS: Sí participa en este estudio no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, la investigadora podrá obtener la información que necesita, aprenderá más acerca de los conocimientos y prácticas que ustedes mamás tienen sobre alimentación complementaria y este conocimiento le beneficiará a otras personas en el futuro, como profesionales en el área de salud y otras mamás.
- E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con la investigadora Karla Rodríguez Vásquez, quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera mayor información más adelante, puede obtenerla llamando a la investigadora al teléfono 8406-7211 en el horario de lunes a viernes de 8 am a 5 pm. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana al teléfono 2256-8197, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.
- F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a interrumpir su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.

H. Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.

I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

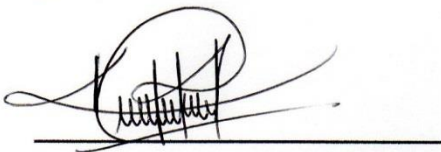
Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) Fecha

Nombre, cédula y firma del testigo Fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento Fecha

Anexo 3
Declaración Jurada

Yo Karla María Rodríguez Vásquez , cédula de identidad número 1-1514-0447, en condición de egresada de la carrera de Nutrición, de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura titulado “Comparación de los patrones de alimentación complementaria tradicional respecto a alimentación complementaria guiada por el bebé, que realizan las madres en niños (as) menores de un año, que acuden a una fundación de grupo de apoyo a las madres, 2017” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “ *Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original*”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el 24 de mayo del 2017.



Karla María Rodríguez Vásquez

Anexo 4
Carta del Tutor

San José, 24 de mayo 2017.

Carrera de Nutrición
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante Karla Rodríguez Vásquez, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **"COMPARACIÓN DE LOS PATRONES DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA TRADICIONAL RESPECTO A ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA GUIADA POR EL BEBÉ, QUE REALIZAN LAS MADRES EN NIÑOS (AS) MENORES DE UN AÑO, QUE ACUDEN A UNA FUNDACIÓN DE GRUPO DE APOYO A LAS MADRES, 2017"**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición.

He acompañado a la estudiante en el proceso de investigación, haciendo observaciones y correcciones y he evaluado los aspectos como: la elaboración del problema, los objetivos, la justificación; los antecedentes y el marco teórico, el marco metodológico, la tabulación y el análisis de datos; las conclusiones y las recomendaciones.

Además según el Reglamento Académico de la Universidad Hispanoamericana, la calificación que recibe la tesis y el informe final es de:

Originalidad del tema	10%
Cumplimiento de entregas de avance	15%
Coherencia entre los objetivos, los instrumentos aplicados y los resultados	30%
Relevancia de las conclusiones y recomendaciones	18%
Calidad y detalle del marco teórico	17%
Calificación final	90

Por lo tanto, cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



Dra. Ingrid Cerna Solís
NUTRICIONISTA
CPN 248-10

Dra. Ingrid Cerna Solís. Nutricionista. CPN. Cód: 248-10
Profesora Universidad Hispanoamericana. Sede Aranjuez/Heredia

Anexo 5
Carta del Lector

San José, 19 de julio del 2017

Doctora
Yorleny Chacón S., MBA
Directora Escuela de Nutrición
Universidad Hispanoamericana

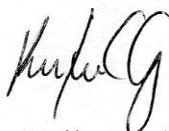
Estimada Directora:

La estudiante **KARLA RODRIGUEZ VASQUEZ**, cédula de identidad número 1 1514 0447, ha presentado para efectos de revisión y aprobación el trabajo de investigación denominado **“COMPARACIÓN DE LOS PATRONES DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA TRADICIONAL RESPECTO A ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA GUIADA POR EL BEBÉ, QUE REALIZAN LAS MADRES EN NIÑOS (AS) MENORES DE UN AÑO, QUE ACUDEN A UNA FUNDACIÓN DE GRUPO DE APOYO A LAS MADRES, 2017 ”**, el cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos, la consistencia de los datos recopilados y la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



Dra. Kailan Cubero González
Nutricionista, Carné CPN-267-10
Lector de la tesis

Anexo 6
Carta del Filólogo

San José, 20 de julio, 2017

Señores

Carrera de Nutrición

Universidad Hispanoamericana, Sede Aranjuez

Leí y corregí el Trabajo Final de Graduación, denominado: “Comparación de los patrones de alimentación complementaria respecto a la alimentación complementaria guiada por el bebé, que realizan las madres en niños (as) menores de un año, que acuden a una fundación de grupo de apoyo a las madres, 2017”, elaborado por la estudiante Karla María Rodríguez Vásquez, cédula 1-1514-0447, para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición.

Corregí el trabajo en aspectos, tales como: construcción de párrafos, vicios del lenguaje que se trasladan a lo escrito, ortografía, puntuación y otros relacionados con el campo filológico, y desde ese punto de vista considero que está listo para ser presentado como Trabajo Final de Graduación, por cuanto cumple con los requisitos establecidos por la Universidad.

Atentamente,



MSc. Edgar Rojas González

Carné 2443

