



UNIVERSIDAD
FASTA

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS



Tesis de Grado
Licenciatura en Nutrición



ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DIRIGIDA POR EL BEBÉ

Agustina Emilia Ugalde

Tutora: Lic. Yamila González

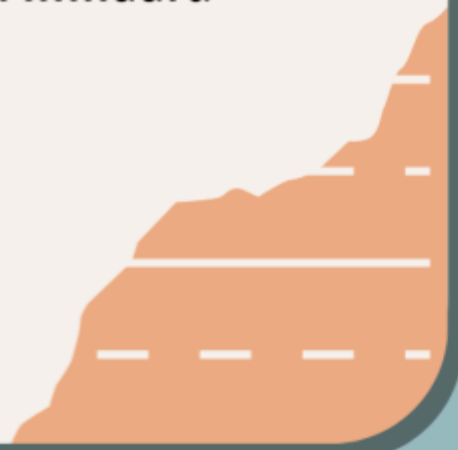
Asesoramiento metodológico: Prof. Lic. Ma. de los

Ángeles Gaggini - Dra. Mg. Vivian Minnaard -

Lic. Carolina Suhit



2024



“Sé firme en tus actitudes y perseverante en tu ideal. Pero sé paciente, no pretendiendo que todo llegue de inmediato. Haz tiempo para todo, y todo lo que es tuyo, vendrá a tus manos en el momento oportuno”.

Mahatma Gandhi.

Dedicatoria

A todos aquellos que han sido parte de estos años. Gracias por estar conmigo en cada paso de este recorrido.

Agradecimientos

A mi mamá Gabriela y a mi papá Leandro por las palabras de aliento en los momentos difíciles y por darme la oportunidad de estudiar esta carrera. Esta tesis es un reflejo del esfuerzo y dedicación que siempre me mostraron y enseñaron.

A mis hermanos Sebastián y Santiago, mis cómplices de vida. Nada sería igual sin ellos.

A mis abuelos, tíos y primos que siempre están para mí, acompañando cada uno de mis logros. Gracias por sus consejos, historias y enseñanzas que fueron una fuente de inspiración a lo largo de este trayecto.

A mis amigos de la infancia, por estar presentes en esta etapa de crecimiento. A aquellos amigos que hice estos últimos años, por alentarme cada vez que lo necesité.

A mis facuamigas, Micaela, Sofia, Emilia, Lucía y Trinidad por todos estos años de estudio que hicieron más placentero este camino. También a Candela, con quien compartí el último tramo de esta carrera, gracias por haber hecho todo más fácil.

A la Prof. Lic. María de los Ángeles Gaggini por el respaldo, guía y apoyo continuo que me brindó desde el inicio para llevar a cabo esta investigación.

A la Dra. Mg. Vivian Minaard y a Lic. Carolina Suhit por ayudarme a concluir este trabajo.

A la Lic. Yamila González por aceptar el desafío de ser mi tutora de tesis y por haberme acompañado en esta etapa, brindándome sus conocimientos en la materia.

A la Universidad FASTA, mis docentes y tutoras de prácticas. Fueron una parte fundamental para mi desarrollo como estudiante y mi futuro profesional brindándome su valiosa sabiduría.

Por último, pero no menos importante, quiero expresar mi sincero agradecimiento a cada una de las madres que dedicaron su tiempo para responder la encuesta.

Nada de esto hubiera sido posible sin todos ellos.

Resumen

Tradicionalmente, la Alimentación Complementaria (AC) se ha introducido mediante papillas ofrecidas con cuchara, pero métodos autodirigidos por el/la bebé han ganado popularidad en los últimos años, siendo utilizados por madres y padres de niños/as para ofrecer alimentos que complementan a la lactancia humana o sus sucedáneos.

Objetivo: Analizar el patrón de alimentación complementaria ofrecido con el método autorregulado, la percepción sobre el grado de aceptación y las ventajas y desventajas percibidas por madres de niños/as de 6 a 24 meses, que pertenecen a un grupo de red social de alimentación complementaria, en Argentina en el año 2024.

Materiales y métodos: El tipo de diseño del estudio es descriptivo no experimental de observación transversal. La muestra incluye a 71 madres de niños y niñas de 6 a 24 meses que pertenecen a un grupo de red social de alimentación complementaria. Los datos se obtienen a través de un cuestionario online autoadministrado a modo de obtener información sobre el patrón de alimentación complementaria ofrecido con el método autorregulado la percepción sobre el grado de aceptación y las ventajas y desventajas percibidas por dichas madres.

Resultados: El análisis de la encuesta online aplicada a 71 madres de niños de entre 6 y 24 meses muestran patrones importantes en la introducción de la AC autorregulada. El 85% de los niños fue introducido a la AC a los 6 meses. En cuanto al patrón alimentario, las frutas y vegetales tienen una frecuencia de ofrecimiento de “todos los días” por la mayoría de los niños. Los diferentes tipos de carnes se ofrecen con una frecuencia de “1 a 2 veces por semana”, aumentando gradualmente conforme los niños crecen. Los cereales, son ofrecidos con una frecuencia variable, mientras que los alimentos ultraprocesados “nunca” están presentes en la mayoría de los casos. En general, se observa el seguimiento de una dieta equilibrada y saludable. Las ventajas percibidas incluyen una mayor autonomía de los niños en el proceso alimentario, mayor confianza y seguridad en la alimentación, así como la integración de alimentos más saludables y menos procesados en la dieta familiar. Por otro lado, las madres identificaron a la suciedad generada durante las comidas como la principal desventaja del método.

Conclusión: La implementación del método de alimentación complementaria autorregulada ha mostrado resultados positivos en la mayoría de los casos, promoviendo una alimentación más saludable y el desarrollo de habilidades motoras en los niños. Este trabajo refuerza la importancia de continuar educando a las familias sobre la importancia de una alimentación adecuada durante los primeros años de vida.

Palabras clave: alimentación complementaria, autorregulación, alimentos semisólidos, nutrición temprana, desarrollo infantil.

Índice

Introducción.....	7
Estado de la cuestión.....	13
Materiales y métodos.....	24
Análisis de resultados.....	31
Conclusiones.....	91
Bibliografía.....	98



INTRODUCCIÓN



La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018)¹ sostiene que una alimentación adecuada en los dos primeros años de vida tiene una gran importancia para la salud, el crecimiento y el desarrollo óptimos del individuo. Las prácticas de alimentación inapropiadas en esta etapa continúan representando la principal amenaza para la salud y la supervivencia infantil en todo el mundo. Las repercusiones de una alimentación deficiente duran toda la vida y son, entre otras, los malos resultados escolares, una productividad reducida y las dificultades de desarrollo intelectual y social. La OMS recomienda a los Estados, como estrategia de salud pública mundial, proteger, promover y apoyar la Lactancia Materna Exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida, por sus múltiples beneficios tanto para el/la niño/a como para la madre. A partir de esa edad, sugiere prolongar la lactancia hasta mínimo los dos años; sin embargo, los requerimientos de energía y nutrientes del bebé se vuelven evolutivamente superiores a los aportados por la leche humana, por lo que es necesario introducirlo/a a la Alimentación Complementaria (AC) oportuna, adecuada e inocua.

El Ministerio de Desarrollo Social (2023)² define a la AC como el proceso de introducir en la dieta de los/as niños/as, alimentos que complementan a la leche humana y/o sus sucedáneos.

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, los y las bebés han comido alimentos subdivididos, aplastados e incluso previamente masticados por sus madres. Pero a principios del siglo XX, en occidente, coexistieron dos hechos para que se imponga la alimentación complementaria tradicional de alimentar a los/as niños/as con papillas en cuchara. Por un lado, comenzó el auge de la industria alimentaria junto con la práctica médica de prescribir pautas de alimentación a las madres y padres de lactantes. Por otro, los alimentos se introducían a partir de los 4 meses, edad en la que las habilidades funcionales y la maduración a nivel neurológica, renal, gastrointestinal e inmune de los/as bebés no han alcanzado aún suficiente desarrollo para manejar alimentos sólidos o autoalimentarse con las manos. Por esto, se comenzaron a ofrecer papillas con cubiertos, quedando así a criterio del adulto, el ritmo y la cantidad que el/la infante debe ingerir, independientemente de su sensación de hambre-saciedad. Muchos padres encuentran con este método de alimentación, resistencias en el/la niño/a y posteriormente dificultades en la transición hacia los alimentos sólidos (Martínez y Sánchez, 2019)³.

¹ La OMS describe que la alimentación debe ser variada y equilibrada, y está determinada por factores como la edad, sexo, grado de actividad física, el contexto cultural y alimentos disponibles en el lugar. Los gobiernos desempeñan un papel fundamental en la creación de un entorno alimentario saludable que permita a las personas adoptar y mantener prácticas alimentarias sanas.

² El Ministerio de Desarrollo social refiere que la AC no puede iniciarse en cualquier momento, sino cuando la o el bebé haya alcanzado una maduración y desarrollo adecuados.

³ Los autores refieren que dar papillas no es algo imprescindible, ni la única opción. La textura de los alimentos en la dieta del bebé debe adaptarse y ser progresiva en su incorporación pero esto no significa que tenga que empezar necesariamente con papillas.

Desde que la OMS recomienda retrasar la introducción de alimentos complementarios a los seis meses, edad coincidente con el mayor desarrollo de habilidades funcionales en los y las bebés para autoalimentarse, existe una tendencia creciente a que participen de la dieta familiar de forma autorregulada. Hoy en día, coexisten diferentes formas para iniciar la alimentación infantil, siendo destacado el Método Experimental Dirigido y Autorregulado por el/la Bebé (Gomez Fernandez Vegue, 2018)⁴.

El Ministerio de Desarrollo Social (2023)⁵ define a la Alimentación Autorregulada como aquella que permite comprender que el/la infante es un sujeto activo/a, aunque esto no implica dejarlo/a comer solo/a, ni ofrecerle cualquier alimento que coma la familia y pueda poner en riesgo su salud; sino que está basada en la Alimentación Perceptiva y conlleva una práctica de relación de reciprocidad entre el niño y su cuidador. Incluye observar señales de hambre y saciedad del niño/a y acompañar el proceso de alimentación sin forzar ni obligar, comprendiendo que, en un principio, es un camino exploratorio para llegar paulatinamente a una ingesta adecuada, saludable y agradable. Menciona a la Alimentación Complementaria Dirigida por el/la bebé como un enfoque basado en la alimentación perceptiva para introducir la AC, ya que se le presentan al niño/a alimentos de buena calidad nutricional, con forma, tamaño y textura adaptadas a sus habilidades neuromadurativas promoviendo la autoalimentación.

El método se origina en Reino Unido y comienza a ser utilizado a partir del año 2001, hasta consolidarse en los años 2006 y 2008 con su aparición en libros de nutrición materno-infantil. Propone que los alimentos ofrecidos al lactante conserven su forma entera para facilitar ser agarrados con las manos, en lugar de papillas. De esta manera, el/la niño/a se alimenta de forma autónoma, seleccionando, tomando y llevándose las comidas a la boca por sí mismo y no a través de una cuchara manipulada por el adulto. Esto le permite autorregular la cantidad y el ritmo de la alimentación según sus propias sensaciones de hambre-saciedad. También promueve que acompañe las comidas familiares y que desde el inicio consuma los alimentos de la dieta familiar que sean adecuados a su desarrollo (Arcila Posada, 2020)⁶.

⁴ La autora manifiesta que una introducción precoz puede aumentar la posibilidad de atragantamiento, aumento de gastroenteritis agudas e infecciones del tracto respiratorio superior y mayor tasa de destete precoz.

⁵ El Ministerio Argentino de Desarrollo Social refiere que este modo de alimentación nace a partir de las últimas recomendaciones para la alimentación complementaria que brinda la OMS a partir del 2001.

⁶ En su tesis, Arcila Posada analizó un estudio realizado en el Reino Unido con padres de lactantes de 6 a 12 meses de edad clasificados en 3 grupos, alimentación autorregulada con semisólidos estricta, alimentación autorregulada con semisólidos parcial y alimentación tradicional con papillas. La autora encontró diferencias significativas en la exposición a vegetales y proteínas, que fue mayor ambos grupos de autorregulación comparados con el tradicional donde frecuentemente se usan comidas procesadas como compotas y cereales comerciales.

La alimentación autorregulada favorece a que el/la niño/a acepte de mejor manera nuevos alimentos, haciendo que desarrolle una actitud positiva hacia la comida. Puede decidir qué comer y qué dejar en el plato, lo que le permite rechazar un alimento que no le atrae o no le gusta, favoreciendo a que confíe en la comida y a probar nuevos sabores y texturas, porque sabe que puede decidir dejarlo (Orensanz Álava & Tolosana Lasheras, 2017)⁷.

Hidalgo Serra y Melero Diaz (2017)⁸ recopilaron mil novecientos ochenta y ocho artículos bibliográficos, publicados en revistas científicas electrónicas en inglés, español y catalán entre 2006 y 2016. Analizaron los beneficios de diferentes métodos de introducción de alimentos complementarios en el lactante. Los resultados arrojaron mayor interés científico por los experimentales dirigidos por el bebé, que por sobre los tradicionales. El 61% de las publicaciones encontradas, fueron hechas sobre el método experimental autorregulado. De estos artículos, el 48% versaron sobre sus ventajas respecto al método tradicional en los que se describieron que promueve la autonomía del niño/a, ahorra tiempo y costo en la preparación de las comidas, fomenta la ingesta de alimentos saludables, mejora el gusto por los hidratos de carbono complejos, favorece el reconocimiento y desarrollo de la sensación de saciedad, disminuye la probabilidad de consumo de alimentos ultraprocesados, promueve la incorporación a la mesa familiar, ayuda a un menor número de batallas al momento de comer y promueve el desarrollo de habilidades motoras finas y gruesas. Un 18% de los artículos añadieron que los métodos de introducción experimental permiten una capacidad de masticación de diferentes consistencias, que estimula la erupción de los dientes y favorece el desarrollo de la motricidad oral. Un 13% de la muestra concluye que favorece la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y la prolonga hasta los dos años de edad y otro 13% refiere que contribuye a la disminución de la ansiedad en las madres, así como a menores niveles de restricción, presión para comer y preocupación por el peso del niño/a.

En Argentina, Ceccatto, et al. (2020)⁹ se propusieron construir una herramienta de información sobre el Método de Alimentación Complementaria Autorregulada por el Bebé, que pueda ser utilizada como guía para la capacitación de profesionales de la salud. A tal fin, analizaron 62 encuestas completadas por dichos profesionales, indagando acerca de los

⁷ Las autoras refieren que se deberá conseguir que el pequeño disfrute del momento de comer con la familia, pudiendo elegir qué alimentos comer y cuáles dejar respetando su propio instinto, y así, evitar la tortura de intentar que tome “una cucharadita más”.

⁸ Los autores analizan una muestra de 23 artículos de los cuales un 9% corresponden a América del Sur.

⁹ En su trabajo de tesis, Ceccatto, Foyth y Perroni elaboraron una Guía Orientativa sobre Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé. Para la construcción de la misma se realizó una revisión de la bibliografía disponible hasta el momento en diferentes sitios de internet; y seguidamente, una encuesta a los profesionales de la salud para indagar acerca de su conocimiento y opinión sobre el tema.

conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación de niños menores de 2 años. El 71% de las encuestas pertenecían a médicos/as pediatras y el 29% restante a licenciados/as en nutrición. El 69,4% de los profesionales recomiendan una combinación entre la autoalimentación con semisólidos y papilla tradicional; el 19,4% solo indican papillas y el 11,3% la alimentación autorregulada exclusivamente. El 90,3% de los encuestados conocen el método dirigido por el/la bebé; el 53,2% a veces lo recomiendan, el 37,1% siempre y el 9,7% no lo sugieren en su práctica profesional. El 85% de las personas que fueron indagadas consideran que éste presenta beneficios, el 43,5% considera que puede haber riesgos, mientras que el 16,1% de los encuestados no lo sabe.

Por lo expuesto, los dos primeros años de vida, requieren de una alimentación adecuada en cuanto a energía, macro y micronutrientes y a variedad de alimentos ofrecidos (Romero Velarde et al. 2016)¹⁰. Pérez Escamilla, et al. (2017)¹¹ apuntan a que esta ventana crítica del desarrollo, representa una oportunidad para que los seres humanos aprendan a comer de manera saludable y nutritiva, lo cual depende entre otras cosas, del método que la familia elija para introducir la alimentación complementaria.

Debido a la importancia de las recomendaciones vigentes a nivel mundial y nacional a usar métodos de Alimentación Complementaria Perceptiva Autorregulada por el o la bebé; y el auge en las redes sociales para introducir a niños/as de entre 6 meses y 24 años en la AC, la importancia de esta investigación reside en aumentar los conocimientos sobre el tema, y servir de base para futuras investigaciones, planteando el siguiente problema:

¿Cuál es el patrón de alimentación complementaria ofrecido con el método autorregulado, la percepción sobre el grado de aceptación y las ventajas y desventajas percibidas por madres de niños/as de 6 a 24 meses, que pertenecen a un grupo de red social de alimentación complementaria, en Argentina en el año 2024?

Analizar el patrón de alimentación complementaria ofrecido con el método autorregulado, la percepción sobre el grado de aceptación y las ventajas y desventajas percibidas por madres de niños/as de 6 a 24 meses, que pertenecen a un grupo de red social de alimentación complementaria, en Argentina en el año 2024.

Los objetivos específicos son:

- Evaluar el patrón de alimentación complementaria ofrecido por las madres que utilizan el método autorregulado, clasificando los alimentos semisólidos por grupo,

¹⁰ Los autores observan que la alimentación en los niños que son amamantados es diferente a la de los que se alimentan con fórmula láctea. En un estudio transversal realizado en Reino Unido, se examinaron las características de lactantes y sus madres que se asociaban con la introducción de sólidos. Incluyeron 756 lactantes entre seis y 12 meses de edad. La alimentación al pecho materno se asoció a percepción de hambre en sus hijos o la necesidad de dar algo más que su leche, a diferencia de los niños alimentados con fórmula láctea.

¹¹ Los autores refieren que la edad temprana es crucial porque los patrones dietéticos se desarrollan en la primera infancia.

frecuencia de ofrecimiento, forma de presentación e integración del niño/a a las comidas familiares.

- Sondear conductas percibidas por las madres sobre el grado de aceptación del niño/a de los alimentos semisólidos introducidos con el método.
- Indagar las ventajas percibidas por las madres al introducir al niño/a en la alimentación complementaria de forma autorregulada con alimentos semisólidos.
- Identificar las desventajas percibidas por las madres al introducir al bebé en la alimentación complementaria de forma autorregulada con alimentos semisólidos.



ESTADO DE LA CUESTIÓN



La Sociedad Argentina de Pediatría (2020)¹² afirma que las experiencias que modelan el desarrollo comienzan en la etapa preconcepcional e impactan especialmente en los primeros mil días de vida, que abarcan desde el período gestacional hasta los dos años de vida posnatal. Esta es la etapa más sensible, ya que se producen modificaciones epigenéticas que repercuten en el curso de toda la vida del individuo y pueden transmitirse a las siguientes generaciones. La prevención para reducir las enfermedades crónicas no transmisibles se ha centrado en los adultos y los factores de riesgo, sin embargo, la evidencia sobre el Desarrollo Temprano de la Salud y la Enfermedad o DOHaD por sus siglas en inglés, sugiere que es necesario focalizarse tanto en la optimización de la nutrición como en la reducción de la exposición al estrés y a los tóxicos ambientales en etapas tempranas de la vida.

La Organización Mundial de la Salud (2023)¹³ define a la Alimentación Complementaria (AC) como el proceso de brindar alimentos diferentes a la leche humana cuando ésta o la leche de fórmula no son suficientes para cubrir los requerimientos nutricionales. Generalmente comienza la incorporación a los 6 meses de edad y continúa al menos hasta los 24 meses, siendo ideal que la lactancia materna se prolongue durante este período. Sostiene que es adecuada, cuando se adapta a las necesidades nutricionales del niño/a, a su ritmo de desarrollo, sus gustos, sus hábitos y a la situación socioeconómica y cultural de la familia. Los alimentos deben ser oportunos, es decir, ser introducidos cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia exclusiva y a demanda; ser adecuados, aportando energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un/a infante en crecimiento; ser inocuos, siendo preparados y almacenados de forma higiénica, ofreciéndolos con las manos y/o utensilios limpios. Tienen que brindarse atendiendo a las señales de apetito y saciedad del bebé/a, y con un método de alimentación que aliente activamente a que éste/a consuma alimentos suficientes utilizando los dedos del adulto, una cuchara o alimentándose por sí mismo/a. A su vez, deben ser alimentados responsivamente, esto implica que las prácticas alimentarias lo/la anime a que coma de forma autónoma y en respuesta a factores fisiológicos, fomentando la autorregulación en la alimentación y apoyando el desarrollo cognitivo, emocional y social.

Además de que a los 6 meses los requerimientos nutricionales del niño/a dejan de estar cubiertos con LME, es la edad en la que alcanza la madurez gastrointestinal, renal y

¹² La Sociedad Argentina de Pediatría refiere que los resultados de salud y enfermedad devienen de una trayectoria dinámica en la que se agregan factores protectores para una vida saludable o factores de riesgo para enfermedades del individuo y las comunidades.

¹³ La OMS sostiene que para que la alimentación responsiva pueda desarrollarse es necesario que los profesionales de salud proporcionen la orientación necesaria para los cuidadores. Así mismo, los cuidadores deben estar presentes mientras el niño se alimenta y tener recursos para que la pérdida de alimentos durante la autoalimentación no presente un problema.

neurológica necesarias para la introducción de nuevos alimentos. Es cuando se desarrollan los diferentes sistemas enzimáticos para la digestión de alimentos más complejos, hay secreción suficiente de ácido clorhídrico y se incrementa la capacidad gástrica que permite ir aumentando el consumo. El sistema renal adquiere mayor capacidad de filtrado glomerular por lo que soporta mayor carga de solutos. La madurez neuromuscular implica el sostén cefálico, el desarrollo de las estructuras orofaciales, la desaparición del reflejo de extrusión y aparición progresiva de los movimientos de masticación (Jiménez Ortega, et al. 2017)¹⁴. La textura de las comidas debe ir aumentando a medida que el/la bebé crece, cualquiera sea el método elegido para introducir la AC (Romero Velarde et al., 2016)¹⁵. Existe una correlación entre la consistencia de los alimentos y el desarrollo de la cavidad oral; aquellos blandos no favorecen el desarrollo muscular y óseo siendo responsables de muchas de las atrofas cuando no se progresa a otras formas de presentación que requieran de masticación. Por lo tanto, siempre que el/la niño/a esté preparado, se pueden ofrecer alimentos semisólidos (Brunner López, et al, 2019)¹⁶. Para esto, se requiere que el infante haya alcanzado una serie de hitos como la habilidad para la sedestación con poco o ningún apoyo, lo que aumenta la movilidad y capacidad para manejar las manos y dirigirse hacia objetos que le atraen; la coordinación ojo-mano-boca y dar muestras de interés por la comida (Arana Cañedo Argüelles, et al., 2019)¹⁷.

Martínez y Sánchez (2019)¹⁸ apuntan a que la técnica de AC Tradicional se inició en la sociedad occidental a principios del siglo XX, cuando los médicos empezaron a proporcionar pautas para el comienzo de la misma. Estos prescribían la introducción progresiva de determinados alimentos, según la edad en meses del niño, e indicaban que debían cocinarse y triturarse hasta lograr una papilla. Las madres y los padres alimentan a sus hijos/as con una cuchara, tendiendo a dar todo el contenido del plato, pudiendo así, sobrepasar sus necesidades nutricionales y sensación de saciedad. Anterior a esto, durante la mayor parte de la historia de la humanidad, los bebés han comido alimentos subdivididos. Algunos de ellos pueden ofrecerse sin triturar o pisar ya que pueden ser aplastados perfectamente entre sus encías, aunque aún no tengan dientes. Este método, donde el niño consume comida en trozos, se llama Alimentación Dirigida o Autorregulada por el/la Bebé;

¹⁴ Los autores manifiestan que existe evidencia de que la introducción de AC antes de los 4 meses aumenta el riesgo de alergias alimentarias, enfermedad celíaca y obesidad.

¹⁵ Romero-Velarde, et al. refieren que el desarrollo neuromuscular depende también de la imitación, por lo que es deseable que el niño pueda observar cómo la familia se alimenta y el proceso donde mastican y tragan.

¹⁶ Los autores llegan a esta conclusión luego de analizar un estudio de dos poblaciones de niños, en las cuales a unos se les administra pan duro a partir de los 6 meses y a los otros se les alimenta con alimentos blandos durante 1 o 2 años.

¹⁷ Los autores afirman que esta serie de hitos no se da siempre a una edad determinada, sino que es variable al desarrollo individual del niño/a.

¹⁸ Martínez y Sanchez afirman que la papilla es, en sí misma, un tipo de alimento moderno y su textura se obtiene gracias al uso de utensilios de cocina e incluso electrodomésticos.

donde se lo considera un sujeto activo en su alimentación, ya que le permite seleccionar los alimentos para introducirlos en su boca con sus propias manos, marcando su propio ritmo y cantidad de la ingesta y permite la exploración sensorial en lo que respecta al sabor, textura, color y olor.

Satter (2015)¹⁹ alienta a los padres a una alimentación responsiva, donde el adulto lea las señales del niño/a y responda a ellas apropiadamente; existiendo además, una división de responsabilidades a la hora de las comidas. El/la cuidador/a es responsable de qué ofrece al niño/a, dónde y cuándo; de comprar y preparar los alimentos, proveerlos regularmente sosteniendo una rutina, hacer que las horas de las comidas sean placenteras y ser considerado/a con la falta de experiencia de los infantes. El/la bebé es responsable de decidir si come esos alimentos, cuánto ingiere, cómo y a qué ritmo.

Los alimentos ofrecidos con el método autodirigido son de tipo finger food, es decir, que se pueden tomar con los dedos. Para evitar riesgos y que la alimentación sea segura, hay puntos a tener en cuenta. Uno de ellos es el tamaño, el/la niño/a debe poder tomarlo con su mano inexperta, por lo que el largo tiene que sobresalir de su puño cerrado, aproximadamente como el dedo índice de un adulto. La forma en bastón favorece que sea colocado lateralmente entre las encías y consecuentemente estimula los movimientos laterales de la lengua y el mascado. A medida que el/la bebé crece, su mano se desarrolla pudiendo hacer una pinza entre el índice y el pulgar, que junto con la aparición de los movimientos masticatorios y la erupción de los dientes, permite ofrecer al niño progresivamente, el alimento en porciones cada vez más pequeñas. Un aspecto a tener en cuenta para que éstos sean seguros es la forma y la consistencia; no deben ser redondos ni duros porque aumenta las posibilidades de que pase a la vía aérea, lo cual no implica que no puedan ser ofrecidos, sino que hay que adaptarlos antes de incluirlos en preparaciones. Por último se debe considerar que el alimento debe ser firme para poder ser tomado con la mano, pero también debe poder deshacerse si se aprieta entre el índice y el pulgar de un adulto (Critzmann, 2019)²⁰.

El Ministerio de Desarrollo Social (2023)²¹ apunta todos los grupos de alimentos pueden ofrecerse desde el inicio de la AC. Las verduras y frutas son fuente principal de vitaminas A y C, fibra, agua y minerales como el potasio y el magnesio. Se ofrecen en trozos o en bastoncitos sin piel ni semillas o carozos. Aquellas duras como la manzana, la pera no madura o la zanahoria deben cocerse para ablandarlas si se quieren ofrecer en forma de

¹⁹ Satter ha desarrollado modelos simples pero profundos para alimentar tanto a su familia como a otras, los ha validado a través de investigaciones y ha transmitido sus enfoques a profesionales de la salud y educadores de todo el mundo.

²⁰ Critzmann es médica pediatra formada en el Hospital Elizalde. Está especializada en nutrición infantil, siendo además la directora de una Escuela en Argentina de formación profesional en Alimentación Complementaria.

²¹ El Ministerio de Desarrollo Social refiere que si bien la acelga y la espinaca son de consumo muy popular en Argentina, no hay casos descritos de metahemoglobinemia.

bastón o cubo para evitar que se rompan y pasen a la vía aérea o pueden ofrecerse en crudo si se rallan previamente. Las que sean redondas como el tomate cherry y las uvas, se podrán ofrecer crudas con el corte correspondiente, es decir, de forma no esférica. También pueden agregarse a preparaciones como tortas o budines y se debe evitar ofrecerlas exprimidas, ya que no ofrecen ningún beneficio nutricional respecto a la fruta y verdura entera. La ingesta elevada de jugos puede contribuir a la ganancia inadecuada de peso, al desplazar el consumo de otros alimentos. Además, aumentan el riesgo de caries. Es recomendable evitar ofrecer acelga, espinaca y remolacha durante el primer año de vida, ya que presentan riesgo de metahemoglobinemia debido a su alto contenido en nitratos. Si se deciden introducir, no deben superar el 20% del contenido total del plato. Para los niños mayores de 1 año y hasta los 3 años, se sugiere no consumir estos vegetales más de una vez al día.

Gómez Fernández Vegue (2018)²² sostiene que los vegetales del grupo C, como papa, batata, choclo y mandioca junto con los cereales y sus derivados, tales como trigo, avena, cebada, centeno, arroz; son fuente principal de hidratos de carbono complejos que aportan energía, vitaminas del complejo B y fibra en el caso de que éstos últimos sean integrales. También se pueden ofrecer pseudocereales, como quinoa, amaranto, trigo sarraceno, que además, aportan hierro y proteína vegetal. Es importante lavar el arroz con abundante agua antes de cocinarlo por su alto contenido en arsénico, y se debe hacer lo mismo con la quinoa por las saponinas que contiene. Pueden incorporarse en diferentes preparaciones que sean adecuadas para los niños/as una vez que ya se hayan probado los alimentos de manera individual. Las pastas simples deben poder tomarse con la mano como mostacholes y tirabuzones; y en caso de las rellenas, se debe optar por las caseras para que no sean altas en sodio y tengan rellenos permitidos. Los cereales además pueden ofrecerse como postrecitos caseros con leche materna o de fórmula. Las legumbres también aportan hidratos de carbono complejos, vitaminas del complejo B y fibra. Por su forma y tamaño, deben ser adaptadas para su consumo seguro, pudiendo ofrecerse aplastadas en montoncitos para que se puedan tomar con los dedos o procesadas. Luego que ya hayan sido probadas por separado se pueden ofrecer en harinas para preparaciones, humus, croquetas, hamburguesas, fideos de legumbres, entre otras. Deben remojarse antes de la cocción para que tengan menos antinutrientes. Tanto las legumbres como los cereales aportan proteínas de bajo valor biológico pero si se complementan, contienen todos los aminoácidos esenciales. También aportan hierro no hemínico, que debe acompañarse con alimentos que contengan vitamina C para facilitar su absorción.

²² Gómez Fernández-Vegue afirma que si la madre se extrae leche por diferentes motivos, podría añadirse a la misma cereales para dar al niño en alguna de las tomas, pero es un error sustituir una toma de pecho por dar leche de fórmula con el único objetivo de dar cereales. Esto último podría condicionar a un destete precoz innecesario.

Los alimentos de origen animal como los huevos, pescados y carnes proveen proteínas de alto valor biológico que ayudan al crecimiento y desarrollo. Además contienen vitamina A, B12, riboflavina, calcio, zinc y hierro, los cuales tienen una biodisponibilidad más alta que los contenidos en alimentos de origen vegetal. Estos micronutrientes suelen ser deficitarios en muchas poblaciones, incluidas las de países de altos ingresos. Las carnes no deben contener huesos, deben estar bien cocidas, ser tiernas, y ofrecerse en forma de tiras. El pescado debe ser fresco y sin espinas; evitando ofrecer los enlatados por su alto contenido de sodio. Aporta omega 3, que es un ácido graso esencial poliinsaturado de cadena larga, siendo el predominante en el cerebro humano y apoya la neurogénesis, la neurotransmisión, la mielinización y la plasticidad sináptica, entre otras funciones. Los huevos contienen una alta concentración de colina, que es un nutriente crítico para muchas vías de crecimiento, neurotransmisión, memoria y procesos de aprendizaje. Se puede incluir en preparaciones como tortillas, hamburguesas, hervidos, entre otras opciones y deben estar siempre bien cocidas. (OMS, 2023)²³.

No se debe ofrecer carne picada por riesgo de Síndrome Urémico Hemolítico (SUH). Esta patología se da por la toxiinfección por *Escherichia Coli* productora de toxina Shiga o verocitotoxina. Es una enfermedad endémica en Argentina, que afecta principalmente a niños/as menores de 5 años, siendo la primera causa de insuficiencia renal aguda pediátrica y la segunda de insuficiencia renal crónica, responsable del 20% de los trasplantes renales de esta población. El ganado vacuno es el principal reservorio ya que durante el proceso de faenamiento pueden debilitarse las paredes del intestino del animal, pudiendo entrar en contacto la materia fecal contaminada con la carne. La cocción de un corte entero asegura la destrucción de la bacteria que puede encontrarse en la superficie del mismo. En cambio, en la carne picada, la *E. Coli* se dispersa entre todas las fracciones de la misma y es muy difícil asegurar que se llegue a la temperatura segura en el centro de cada una de ellas. Se corre el mismo riesgo al pedir que piquen una porción cruda en la carnicería. Por lo tanto, si se necesita hacer una preparación con esta presentación lo ideal es cocinar la pieza entera y luego procesarla. Además, este microorganismo puede encontrarse en carnes enteras mal cocidas, en el agua, la leche cruda y sus derivados sin pasteurizar, las frutas y verduras mal lavadas, jugos de fruta no pasteurizados y embutidos fermentados (Anmat, 2022)²⁴.

²³ La OMS indica que, entre 2014 y 2019, un 55% de los niños de entre 6 a 23 meses de edad que vivían en países de ingresos medianos y bajos no consumió alimentos de origen animal el día anterior al estudio. El mayor porcentaje de consumidores se encontraba en América Latina y el Caribe (71%).

²⁴ La Anmat refiere que hay entre 400 a 500 casos nuevos cada año, siendo mayor la frecuencia de aparición durante los meses cálidos aunque se presentan durante todo el año.

Critzmann (2019)²⁵ afirma que los lácteos no están recomendados en niños menores de un año, ya que la concentración de proteínas en la leche de vaca es mayor que en la leche humana, lo que genera sobrecarga a los riñones. La presencia de cloro, potasio y sodio es también tres veces mayor, pudiendo causar trastornos hidroelectrolíticos y generar microhemorragias intestinales que propician la anemia, además de que el calcio presente en el alimento puede interferir en la absorción de hierro. Se puede utilizar leche de fórmula en el caso de que se desee o sea necesario, aunque también puede utilizarse la leche humana para cocinar. Luego del año de vida, los lácteos pueden incorporarse sin que su consumo supere los 500 ml diarios. Los alimentos fuentes de grasas aportan principalmente vitamina E, alta densidad energética y antioxidantes, encontrando en este grupo aceites, manteca, crema y ghee. Los aceites vegetales, preferentemente puros, deben utilizarse crudos para evitar alteraciones en su valor nutricional ya que contienen ácidos grasos que son imprescindibles durante el primer año de vida, aseguran un aporte energético adecuado y constituyen una parte estructural de los tejidos, participando en el desarrollo neurológico y de las funciones visuales. Los frutos secos y las semillas también son fuente de grasas, pero se deben ofrecer en preparaciones adecuadas a las habilidades orales del niño; en consistencia de crema, untados como pasta o rallados en otros alimentos para evitar el riesgo de asfixia.

La miel de abejas no debe introducirse hasta los dos años, ya que puede contener esporas de *Clostridium Botulinum* causante de la enfermedad botulismo del lactante. Se caracteriza por parálisis de todos los músculos, inclusive los respiratorios, causando en un primer momento dificultad para moverse y luego imposibilidad para respirar (Ministerio Argentino de Desarrollo Social, 2023)²⁶.

En las últimas décadas, el consumo de bebidas azucaradas, golosinas y productos ultraprocesados ha aumentado drásticamente en la alimentación infantil. El azúcar libre es aquel que se añade a las preparaciones y puede tener consecuencias fisiológicas diferentes que las del azúcar intrínseco presente en las paredes celulares intactas de frutas, hortalizas y productos lácteos no ultraprocesados. Entre estos efectos negativos se encuentran las caries dentales, desplazamiento de alimentos de buena calidad nutricional, sobrepeso y obesidad, molestias gastrointestinales, diarrea crónica, distensión, dolor abdominal y retraso en el crecimiento. La preferencia por sabores muy dulces es aprendida y se encuentra influenciada por la disponibilidad de alimentos y por el impacto cultural en los padres.

²⁵ La autora refiere que la leche no es un alimento mágico que todo lo cubre, es decir, existe una percepción errónea acerca de la necesidad absoluta de consumir lácteos sino que es una decisión familiar. El calcio puede obtenerse de otros alimentos como acelga, brócoli, kale, sardina, semillas de sésamo, almendras, entre otros.

²⁶ El Ministerio de Desarrollo Social indica que los/as niños/as mayores a dos años pueden consumir miel ya que sus intestinos son más maduros y las esporas son destruidas por los jugos gástricos que imposibilitan su desarrollo.

También se desaconseja el agregado de sal a la comida de niños/as hasta al menos los 2 años. La leche humana o los sucedáneos de la misma y los alimentos contienen la cantidad de sodio necesaria para las funciones metabólicas (Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2020)²⁷.

Tampoco se recomienda el consumo de infusiones porque interfieren en la absorción de nutrientes importantes como el hierro y el calcio, además de carecer de valor nutricional, pudiendo desplazar el consumo de alimentos que sí lo tienen; y algunos tés de hierbas tienen alto riesgo de toxicidad. Con respecto a las bebidas vegetales, que si bien pueden ofrecerse, no deben ser consideradas un sustituto de la leche humana o sucedáneos de la misma, ya que no poseen la misma composición química y su consumo como tal puede generar carencias de nutrientes (Ministerio de Salud de Neuquén, 2022)²⁸.

No es necesario que los lactantes que iniciaron la AC eviten consumir alimentos alergénicos comunes como huevos, leche, maní, frutos secos, pescado, mariscos y trigo. Se deben tener algunas consideraciones para su administración, como dar de a uno por vez para en el caso de que haya una reacción, poder identificar qué alimento la generó. Se deben ofrecer de día y en la tranquilidad del hogar para poder darse cuenta de la misma y acudir al centro de salud en caso de ser necesario. Además, hay que tener en cuenta que estas reacciones adversas casi nunca aparecen en la primera exposición, sino que se dan en la segunda o tercera; por lo que se debe prestar cuidado y atención las primeras veces de introducción de alérgenos. Si alguno de los padres biológicos tiene alergias a cualquier alimento, se recomienda hablar con el médico del niño/a sobre las precauciones que deba tomar con respecto a la introducción de los mismos (Pérez Escamilla, et al., 2017)²⁹. Los frutos rojos, los cítricos y el tomate pueden causar picazón o enrojecimiento alrededor de la boca. Esto no es una alergia sino una respuesta a la histamina contenida en dichos frutos y pueden ser introducidos desde el inicio sin problemas (Ministerio de Desarrollo Social, 2023)³⁰.

Hay dos estrategias principales al introducir la alimentación complementaria; una de ellas es la exposición repetida a un alimento; y la otra implica ofrecer una amplia variedad de los mismos tanto en sabor como textura. Esto logra aumentar la disposición del bebé no sólo a comer aquello que ya conoce, sino a probar cosas nuevas (Arana Cañedo Argüelles, et al.,

²⁷ El Comité recomienda que la ingesta de azúcar libre en bebés y niños menores de 2 años se reduzca a menos de un 5% de la ingesta energética, es decir, menos de 15 gramos diarios.

²⁸ El Ministerio de Salud de Neuquén refiere que controlar la ingesta de sal colabora a prevenir enfermedades cardiovasculares en el futuro y a preferir sabores naturales.

²⁹ Pérez-Escamilla, et al. manifiestan que las alergias alimentarias afectan entre el 4 y 6% de los niños y jóvenes menores de 18 años.

³⁰ El Ministerio de Desarrollo Social explica que las reacciones adversas no siempre son a los alimentos en sí, sino a químicos, compuestos, agroquímicos, o sustancias propias de su empaquetamiento.

2019)³¹. El/la niño/a indicará que quiere comer a través de acciones motoras, expresiones faciales o vocalizaciones. Demuestra interés por la alimentación cuando se lleva los utensilios o los alimentos a la boca, señala la comida, expresa deseo cuando ve la comida y se emociona. (Pérez Escamilla, et al., 2017)³². Compartir el momento de la comensalidad le permite imitar conductas tales como manejar cubiertos o tomar alimentos con sus manos y disfruta porque interpreta que es un juego del que participa toda la familia; siendo para él/ella una experiencia fascinante descubrir la forma, el tamaño, el peso, la textura, consistencia y el sabor de los alimentos (Orensanz Álava & Tolosana Lasheras, 2017)³³

Es importante que los cuidadores no se guíen únicamente por las reacciones faciales del niño a la hora de comer, sino por su disposición a seguir tomando el alimento. Un aspecto clave es que en este período se establecen las bases para el desarrollo de preferencias de sabor durante toda la vida. Se nace con una preferencia de sabor innata por lo dulce y un rechazo por lo agrio y lo amargo, por lo que en esta etapa se puede facilitar la aceptación de estos últimos, que caracterizan a ciertos vegetales (Arana Cañedo Argüelles, et al., 2019)³⁴. No se debe interpretar como permanente un rechazo inicial a un nuevo alimento; sino que se tiene que seguir ofreciendo en los siguientes días o semanas sin presionar ya que pueden ser necesarias hasta 10 o 15 ocasiones para lograr que sea aceptado. La exposición regular y gradual a los alimentos favorece su tolerancia y aceptación, a corto y largo plazo (Gómez Fernández Vegue 2018)³⁵. Es de gran relevancia resaltar que lo que no se consigue en ese momento se puede aprender o lograr otro día, lo fundamental es volver a intentarlo. Frente a señales de rechazo al alimento, la comida debe finalizar. Por el contrario, si un niño/a finaliza su plato y quiere seguir comiendo, se sugiere ofrecer otra porción u otro alimento (Ministerio de Desarrollo Social, 2023)³⁶

Una de las ventajas percibidas por las madres de ofrecer la AC de forma autorregulada con semisólidos es que permite ofrecer comidas con mayor calidad nutricional, permitiendo incorporar alimentos naturales que son más difíciles de ofrecer en

³¹ Los autores manifiestan que en esta etapa hay un periodo sensitivo en el que el niño tiene una predisposición para aceptar nuevos sabores que declina con el tiempo. La evidencia sugiere que los niños nacidos de madres que consumieron frutas y verduras durante el embarazo y el período de lactancia son más propensos a aprender a adquirir gusto por estos alimentos.

³² Pérez Escamilla, et al. realizan una guía con el objetivo de que esté basada en la evidencia para la alimentación dentro del contexto del niño/a en crecimiento y la crianza perceptiva.

³³ Orensanz Álava y Tolosana Lasheras son enfermeras que trabajan en Atención Primaria de la Salud con población infantil.

³⁴ Los autores expresan que es primordial informar a los padres que la alimentación es un proceso voluntario y consciente, por ende, educable. Si se quieren establecer buenos hábitos alimentarios, estos deben ser inculcados desde el primer momento.

³⁵ Gómez Fernández-Vegue manifiesta que el establecer rutinas puede ayudar, seleccionando un horario aproximado de comidas, evitando distracciones como pantallas, sirviendo raciones apropiadas para su edad y cuidando el ambiente emocional siendo paciente con el ritmo del niño/a para la adquisición de nuevos logros.

³⁶ El Ministerio de Desarrollo Social hace hincapié en que no se debe obligar a los/las bebés si no quieren quedarse sentados, ya que el tiempo de atención es muy corto a esa edad y tal vez ese día están ocupados en otras habilidades que están aprendiendo como gatear, caminar, entre otras.

forma de papillas y se brindan menos ultraprocesados para bebés. Si se planifica la alimentación del niño/a para que sea completa y adecuada a sus requerimientos y, a su vez, consume lo mismo que su familia, indirectamente ésta podría beneficiarse con menús más equilibrados convirtiéndose en un factor protector para todos los habitantes del hogar (Schilling y Peterson, 2017)³⁷. Permite que el/la infante tenga una mayor aceptación de alimentos nuevos, ya que no se siente obligado a comer y es partícipe y protagonista de su autocuidado, fomentando la seguridad en sí mismo. Los alimentos que se le ofrecen al niño y los tiempos de comida son los mismos que los de su grupo conviviente, lo que facilita la incorporación del lactante a los hábitos de la familia y fortalece los vínculos (Fuentes Alfaro, et al. 2022)³⁸.

Otro beneficio es que se permite que el bebé tenga el control de la ingesta, es por ello que registra mejor las señales de hambre y saciedad, siendo el adulto el responsable de responder oportunamente a estas señales. La mayoría de los/as niños/as comen cuando tienen hambre y lo que necesitan. Por el contrario, cuando el cuidador determina qué y cuánto debe ingerir, se inhibe el desarrollo de su propia motivación interna y su proceso de regulación de la ingesta, logrando que no pueda identificar cuando se encuentra saciado/a (Klein, 2020)³⁹. Los bebés que fueron alimentados de manera autorregulada tienen menor irritabilidad por la comida y mayor capacidad de respuesta a la saciedad en comparación con aquellos que se alimentaron con papillas. Si bien el método se asocia a menores niveles de comportamientos alimentarios obesogénicos, no es posible determinar que esto se atribuya específicamente a éste o a aspectos de la alimentación responsiva. También se utilizan menos utensilios para la alimentación y hay menos presión mientras se comparte el momento de la comida (Boswell, 2021)⁴⁰.

Una de las mayores preocupaciones es que los niños/as tengan un bajo consumo de hierro y un aumento insuficiente de peso. Se debe tener en cuenta que las frutas y verduras, que son comúnmente los primeros alimentos que se ofrecen, son bajos en dicho mineral y en energía, por lo que el consumo es deficitario si la alimentación sólo se basa en ellos. Es por esto que se deben ofrecer tres tipos de alimentos en cada comida los cuales incluyen uno que sea rico en hierro como las carnes rojas, pescado, pollo, legumbres o huevo; uno alto en energía como cereales, harinas, palta y aceites vegetales; y una fruta o verdura

³⁷ Las autoras refieren que la edad a la que se recomendaba empezar a introducir sólidos se fue reduciendo con el pasar de los años.

³⁸ Sin embargo, los autores también analizaron un estudio que indica que no hay correlación entre el método y el cambio de hábitos por parte de los padres, aunque contó solo con 11 participantes.

³⁹ Klein es una destacada terapeuta ocupacional especializada en alimentación. Toma como referencia su propia experiencia probando saltamontes en México, a partir de la cual proporciona estrategias prácticas, comprobadas y compasivas para padres y profesionales que trabajan con niños.

⁴⁰ Boswell realiza una revisión de 29 estudios y los hallazgos indican que los padres que implementan el método autodirigido por el/la bebé tienen niveles más altos de educación, amamantan durante más tiempo y difieren en otros rasgos de personalidad.

(Daniels, et al., 2015)⁴¹. No se busca que los/as bebés coman todo lo que se presenta en el plato, pero sí es importante el ofrecimiento diario de estos grupos de alimentos para asegurar los nutrientes necesarios para su desarrollo. Se deberán ofrecer alejados de los lácteos de vaca e infusiones ya que pueden inhibir la absorción de hierro y ser un factor de riesgo para anemias infantiles (Ministerio de Desarrollo Social, 2023)⁴².

Otra desventaja identificada es que puede haber mucho desperdicio de comida, suciedad y desorden. Con el tiempo, el bebé va mejorando sus habilidades motoras necesarias para el manejo de los alimentos, por lo que esto disminuye gradualmente. El/la cuidador/a debe tener expectativas realistas sobre la posibilidad de que el/la niño/a se ensucie y tire la comida (Spyreli et al., 2023)⁴³.

Una inquietud importante de los padres es la posibilidad de atragantamiento. Sin embargo, no se ha demostrado que el riesgo de asfixia o broncoaspiración sea mayor en aquellos niños/as que practican la alimentación con semisólidos con respecto a los que realizan AC tradicional. El problema se da, tanto con uno u otro, cuando se ofrecen alimentos que no son seguros. Es fundamental entender la diferencia entre arcada y asfixia. Las arcadas son movimientos naturales que alejan de las vías respiratorias los trozos de comida demasiado grandes, empujándolos hacia la parte anterior de la lengua para expulsarlos fuera; siendo un comportamiento normal en infantes que están aprendiendo a comer y que suelen ser ruidosas. En cambio, la asfixia ocurre cuando hay un bloqueo total de las vías respiratorias, impidiendo que el niño pueda emitir sonidos o respirar debido a la falta de paso del aire (Brown, 2018)⁴⁴. Rubiales Ordax (2019)⁴⁵ sugiere que para mayor tranquilidad y seguridad, cualquiera sea el método de alimentación elegido, es importante que los cuidadores del niño/a conozcan la maniobra de Heimlich que es la indicada a realizar cuando se produce el atragantamiento por un cuerpo extraño que obstruye la vía aérea.

⁴¹ Los autores del estudio Baby-Led Introduction to Solids tienen como objetivo evaluar posibles preocupaciones del método autorregulado por el/la bebé. Reclutaron a 200 familias de Dunedin, Nueva Zelanda, donde los padres fueron asignados aleatoriamente a un grupo de intervención o de control durante un período de 12 meses y con seguimiento adicional inclusive hasta los 24 meses de edad.

⁴² El Ministerio de Desarrollo Social aclara que la leche materna puede darse junto con los alimentos que son fuente de hierro, ya que la misma también contiene dicho mineral y es además, biodisponible.

⁴³ Spyreli, et al., revisaron estudios existentes para resumir cuales son los factores a tener en cuenta por los padres a la hora de elegir un método para la Alimentación Complementaria.

⁴⁴ Brown realizó un estudio con una muestra de 1151 madres para explorar el riesgo de asfixia en niños/as de entre 4 a 12 meses de edad que fueron introducidos a alimentos sólidos con Alimentación Autorregulada o Alimentación Complementaria Tradicional.

⁴⁵ El autor, en su tesis de grado, manifiesta que una gran cantidad de muertes podrían haberse evitado por los acompañantes de las víctimas si éstas tuvieran conocimientos en primeros auxilios y en la maniobra de desobstrucción.



MATERIALES Y MÉTODOS



La presente investigación es de tipo descriptiva y tiene como objetivo analizar el patrón de alimentación complementaria ofrecido con el método autorregulado, la percepción sobre el grado de aceptación y las ventajas y desventajas percibidas por madres de niños/as de 6 a 24 meses, que pertenecen un grupo de red social de alimentación complementaria, en Argentina en el año 2024. Es cuali-cuantitativa porque busca describir, analizar y comprender los fenómenos mediante las percepciones y significados derivados de las experiencias de las personas participantes; al mismo tiempo que pretende medir la frecuencia de los mismos.

El diseño es no experimental, debido a que se observan los fenómenos tal cuál son en su contexto natural y no implica la manipulación de las variables, la situación, circunstancias o la experiencia de las participantes. Según la temporalidad que se investiga, es de corte transversal ya que se mide a la unidad de análisis en un momento específico, sin la realización de un seguimiento a lo largo del tiempo.

La población está compuesta por todas las madres de niños y niñas de 6 a 24 meses que pertenecen a un grupo de red social de alimentación complementaria.

La unidad de análisis comprende a cada una de las madres de niños y niñas de 6 a 24 meses que pertenecen a un grupo de red social de alimentación complementaria, en Argentina en el año 2024.

La muestra es no probabilística por conveniencia e incluye a 71 madres de niños y niñas de 6 a 24 meses que pertenecen a un grupo de red social de alimentación complementaria, en Argentina en el año 2024.

Las variables sujetas a estudio se presentan en el siguiente cuadro:

Variables	Dimensiones o indicadores	Instrumento de recolección de datos
	<p>Edad del niño/a en la que la madre comenzó a introducir alimentos complementarios.</p> <p>Motivo por el cual introdujo la alimentación complementaria a esa edad.</p>	<p>Encuesta online con pregunta cerrada de opción múltiple cuyas opciones de respuesta son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antes de los 4 meses. - Después de los 4 y antes de los 6 meses. - A los 6 meses. - Después de los 6 meses. <p>Encuesta online con pregunta cerrada de opción múltiple cuyas opciones de respuesta son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicación del pediatra.

Patrón de alimentación complementaria ofrecido con el método autorregulado.		<ul style="list-style-type: none"> - Me parecía que el bebé tenía hambre. - Por sugerencia de terceros/otras madres/familiares. - Por asesoramiento en redes sociales.
	Tipo de alimentación ofrecida al niño/a.	<p>Encuesta online con pregunta cerrada de opción múltiple cuyas opciones de respuesta son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leche humana. - Leche de fórmula. - Leche de vaca u otra especie diluida y enriquecida. - Alimentos complementarios.
	Frecuencia de ofrecimiento de alimentos.	<p>Encuesta online con preguntas de tipo combinada con escala de Likert de 5 puntos y opción múltiple, donde se consultará la frecuencia de ofrecimiento (todos los días, de cinco a seis veces por semana, de tres a cuatro veces por semana, de una a dos veces por semana, nunca) de alimentos por grupos (frutas y vegetales, cereales y derivados, pseudocereales, legumbres, carnes, huevos, lácteos, semillas y frutos secos, ingredientes para cocinar y/o condimentar, alimentos ultraprocesados).</p>
	Forma de presentación de los alimentos.	<p>Encuesta online con pregunta cerrada de opción múltiple cuyas opciones de respuesta son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cortados en bastón.

		<ul style="list-style-type: none"> - Cortados en cubo. - Cortados en rodajas. - Adaptados en preparaciones semisólidas o sólidas: galletitas, croquetas, budines, hamburguesas, etc. - Adaptados en preparaciones blandas como: hummus o pastas untables, purés. - Procesados en forma de puré o aplastados con utensilios.
	<p>Elemento utilizado para ofrecer alimentos.</p>	<p>Encuesta online con pregunta cerrada de opción múltiple cuyas opciones de respuestas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con cuchara o tenedor manejada por la persona adulta que alimenta. - Con cuchara o tenedor manejada por el/la niño/a. - Con los dedos de la persona adulta que alimenta. - El bebé se autoalimenta con sus propias manos.
	<p>Tipo de adaptación en la consistencia de alimentos duros para que sean seguros.</p>	<p>Encuesta online con pregunta cerrada de opción múltiple cuyas opciones de respuesta son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cortados en cubos crudos. - Cortados en cubos cocidos. - Rallados. - En bastones crudos. - En bastones cocidos. - En preparaciones (galletitas, purés, budines, entre otras). - No se los ofrezco.

	<p>Tipo de adaptación en la forma de alimentos esféricos para que sean seguros.</p>	<p>Encuesta online con pregunta cerrada de opción múltiple cuyas opciones de respuesta son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enteros. - Cortados de forma no esférica. - Hummus, untables o pastas. - Procesados o triturados. - En harinas. - En preparaciones (croquetas, hamburguesas, galletitas, purés, budines, entre otras). - No se los ofrezco.
	<p>Frecuencia de inclusión del niño en las comidas familiares.</p>	<p>Encuesta online con preguntas de tipo combinada con escala de Likert de 5 puntos y opción múltiple, donde se consultará la frecuencia de inclusión (siempre, casi siempre, a veces, pocas veces, nunca) para cada una de las comidas principales (desayuno, almuerzo, merienda y cena).</p>
	<p>Frecuencia con la que se le ofrece al niño/a los mismos alimentos que al resto de la familia.</p>	<p>Encuesta online con pregunta cerrada de opción múltiple cuyas opciones de respuesta son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siempre. - Casi siempre. - A veces. - Pocas veces. - Nunca.
<p>Conductas percibidas por las madres sobre el grado de aceptación del niño/a de los alimentos introducidos con el método autorregulado.</p>	<p>Tipo de conductas del niño observadas.</p> <p>Frecuencia de los comportamientos observados.</p>	<p>Encuesta online con preguntas de tipo combinada con escala de Likert de 5 puntos y opción múltiple, donde se consultará la frecuencia (siempre, casi siempre, a veces, pocas veces, nunca) de las conductas observadas por la madre del niño al momento de la alimentación (Enfocado y confiado</p>

		durante la alimentación / Muestra interés por la comida / Explora sensorialmente el alimento / Toma el alimento con los dedos, se lo lleva a la boca, saborea, traga / No demuestra interés por la comida).
Ventajas percibidas del método autorregulado.		Encuesta online con preguntas de tipo combinada con escala de Likert de 5 puntos y opción múltiple, donde se consultará qué tan de acuerdo se encuentra la madre (sumamente de acuerdo, muy de acuerdo, de acuerdo, poco de acuerdo, nada de acuerdo) sobre los posibles beneficios que proporciona el método autorregulado (El/la niño/a deja de comer cuando está saciado / Explorar y decidir qué comer le da seguridad al niño/a / Los alimentos ofrecidos son nutritivos / El consumo de alimentos ultraprocesados es menor / La alimentación con semisólidos permite brindar alimentos que son más difíciles de ofrecer en forma de papilla / Los alimentos semisólidos ayudan al desarrollo de la masticación / La autoalimentación favorece la coordinación ojo-mano-boca / Hay menos estrés y presión durante las comidas / La familia adopta hábitos más saludables.
Desventajas percibidas del método autorregulado.		Encuesta online con preguntas de tipo combinada con escala de Likert de 5 puntos y opción múltiple, donde se consultará qué tan de acuerdo se encuentra la madre (sumamente de

		<p>acuerdo, muy de acuerdo, de acuerdo, poco de acuerdo, nada de acuerdo) sobre las posibles desventajas que proporciona el método autorregulado (La alimentación dirigida por el/la bebé genera más suciedad / La alimentación con semisólidos tiene mayor riesgo de atragantamiento que las papillas / Intranquilidad de que el/la niño/a no ingiere suficiente energía o tenga déficit de nutrientes).</p>
--	--	---

Consentimiento Informado

La presente encuesta forma parte del Trabajo Final de Investigación para la Tesis de Grado realizada por Agustina Ugalde, estudiante de la carrera de Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad FASTA de la ciudad de Mar del Plata. El objetivo de este estudio es indagar sobre el patrón de alimentación complementaria ofrecido con el método autorregulado, la percepción del grado de aceptación y las ventajas y desventajas percibidas por madres de niños/as de entre 6 a 24 meses a través de una breve encuesta.

La participación es voluntaria, no implica riesgo a su persona ni tampoco una remuneración de ningún tipo, y será de mucha ayuda para poder concretar esta investigación. Usted es libre de negarse a participar o decidir retirarse en cualquier momento de la investigación sin recibir ninguna amonestación o coerción.

La información obtenida es confidencial y anónima, respetándose el secreto estadístico de datos y siendo utilizada únicamente con fines académicos, según lo indicado por la Ley 17.622.

A su vez, se le informa que el estudio puede ser publicado en eventos académicos, revistas científicas, para participar de congresos, disertaciones y otros de rigor científico.

Cualquier inquietud puede comunicarse conmigo al correo electrónico: agusugalde@ufasta.edu.ar

Habiendo sido informada, habiendo leído y comprendido los puntos que el presente consentimiento informado le explicaron. ¿Acepta participar de la encuesta?

- Sí.
- No.



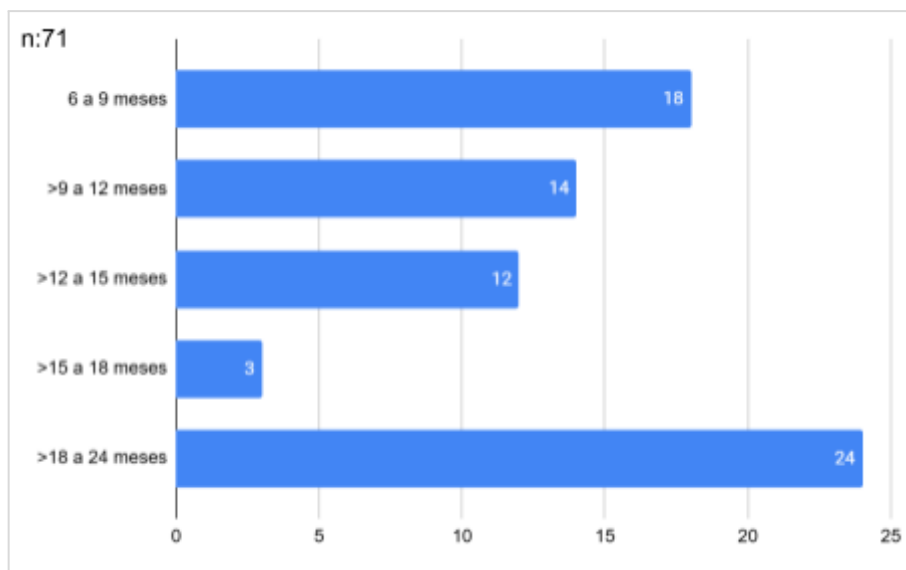
ANÁLISIS DE RESULTADOS



La información que se detalla a continuación es el resultado del análisis de los datos obtenidos de una encuesta online realizada a madres de niños/as de 6 a 24 meses, quienes forman parte de un grupo de red social sobre Alimentación Complementaria Dirigida por el Bebé, en Argentina en el año 2024.

En el siguiente gráfico se muestra la distribución de los individuos según edad.

Gráfico N°1: Distribución de la muestra por edades.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede observar que la mayor proporción de madres tiene hijos de más 18 a 24 meses representando el 33,8% del total de la muestra. Luego hay una ligera disminución en los porcentajes: los rangos de 6 a 9 meses tienen un porcentaje de 25,35% y el de más de 9 a 12 meses alcanza el 19,71%. Las madres de infantes de más 12 a 15 meses y más de 15 a 18 meses representan un porcentaje menor en comparación con los grupos anteriores, constituyendo el 16,9% y el 4,22% respectivamente.

ANÁLISIS DE DATOS DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 9 MESES.

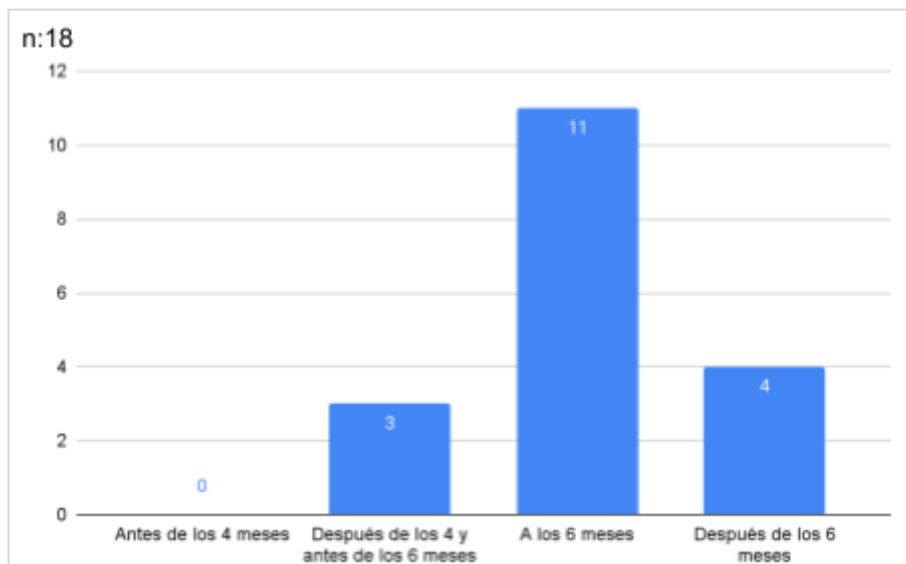
Tabla N°1: Edad de hermanos (n:5)

UA	Edades
B22	9 y 13
B36	14 y 7
B58	4
B68	11 y 4
B69	12 y 9

Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En la tabla se pueden observar las edades de los hermanos de niños de 6 a 9 meses, las cuales van de un rango de 4 a 13 años, con un promedio de 9 años.

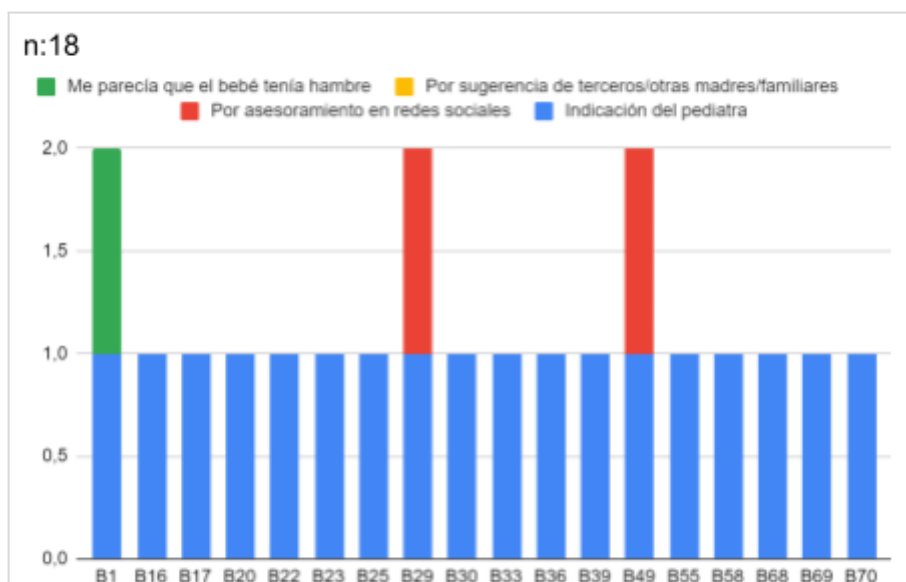
Gráfico N°2: Edad de introducción de niños de entre 6 a 9 meses a la Alimentación Complementaria (AC).



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

El gráfico muestra que el 61,1% de las madres de niños de 6 a 9 meses introdujeron la AC a los 6 meses. Le sigue el 22,2% que lo hizo después de los 6 meses, mientras que el 16,7% comenzó a ofrecer alimentos después de los 4 meses y antes de los 6 meses.

Gráfico N°3: Motivo de inicio de la AC de niños de entre 6 a 9 meses.

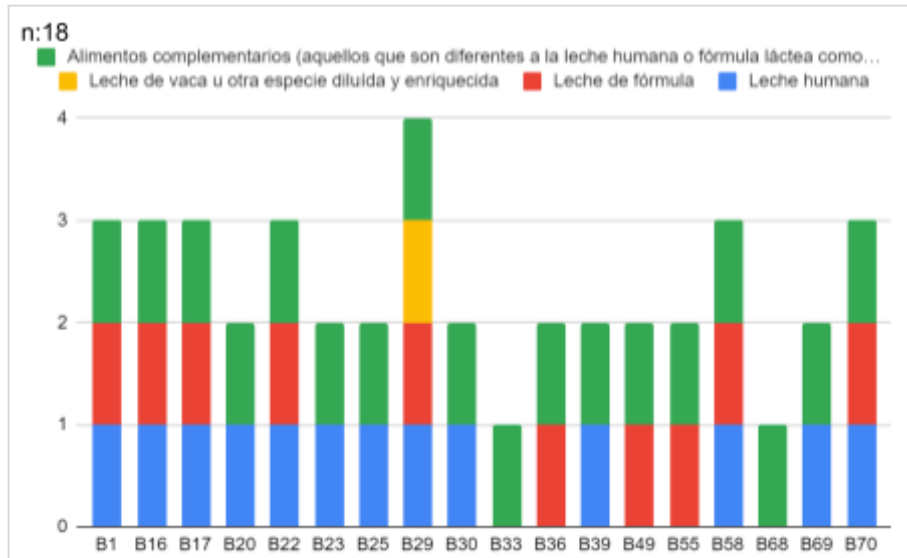


Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede observar que todas las madres introdujeron la AC por indicación del pediatra. Además, el 11,1% lo hizo por sugerencia de terceros mientras que

el 5,55% también por asesoramiento en redes sociales y en la percepción de que el bebé tenía hambre.

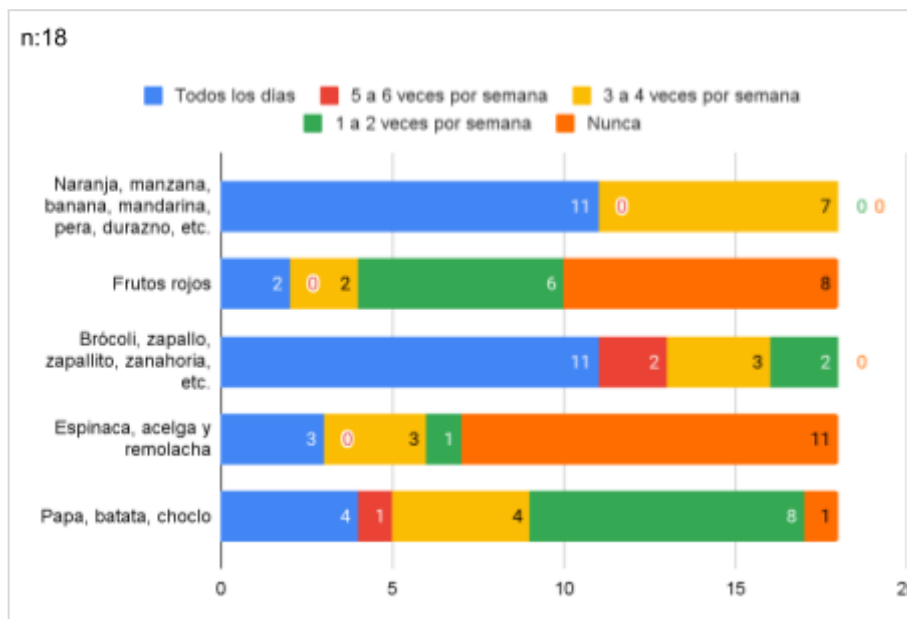
Gráfico N°4: Tipo de alimentación ofrecida a niños de entre 6 a 9 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

El gráfico muestra que todos los/as niños/as fueron introducidos a la alimentación complementaria. Además, el 66,67% continúa con lactancia materna, el 50% consume leche de fórmula y al 5,55% se le ofrece leche diluida y enriquecida.

Gráfico N°5: Frecuencia de ofrecimiento de vegetales y frutas a niños de entre 6 a 9 meses.

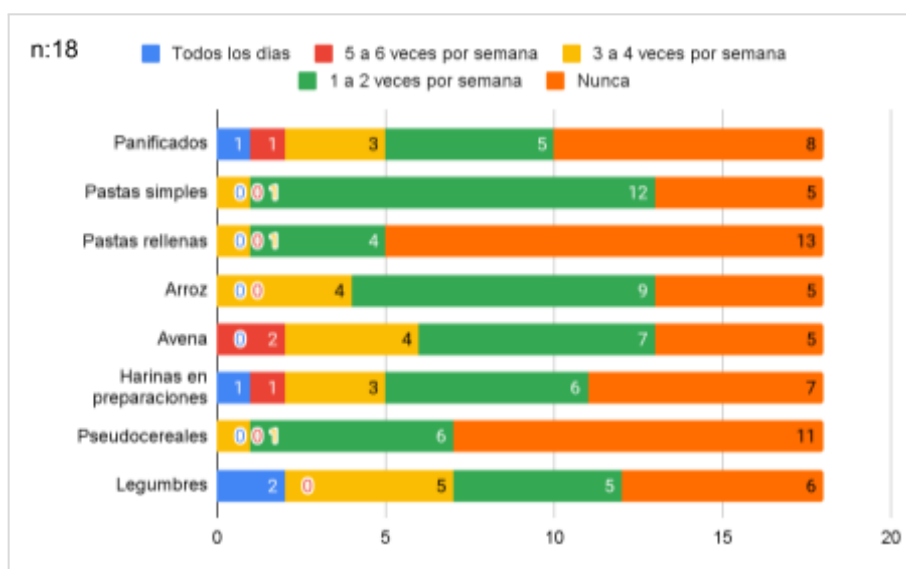


Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede observar que las frutas se ofrecen con mayor frecuencia “todos los días”, seguido de “3-4 veces por semana”. En cuanto a los frutos rojos,

predominan las respuestas “nunca”, seguido de “1 a 2 veces por semana”. Los vegetales, se ofrecen también con una frecuencia de “todos los días”, seguido de “3 a 4 veces por semana”. La acelga, espinaca y remolacha son ofrecidas principalmente con una frecuencia de “nunca” seguido de “3 a 4 veces por semana”. El ofrecimiento de vegetales fuentes de hidratos de carbono como papa, batata y choclo, se da en mayor medida con una frecuencia de “1 a 2 veces por semana”, seguido de “todos los días”.

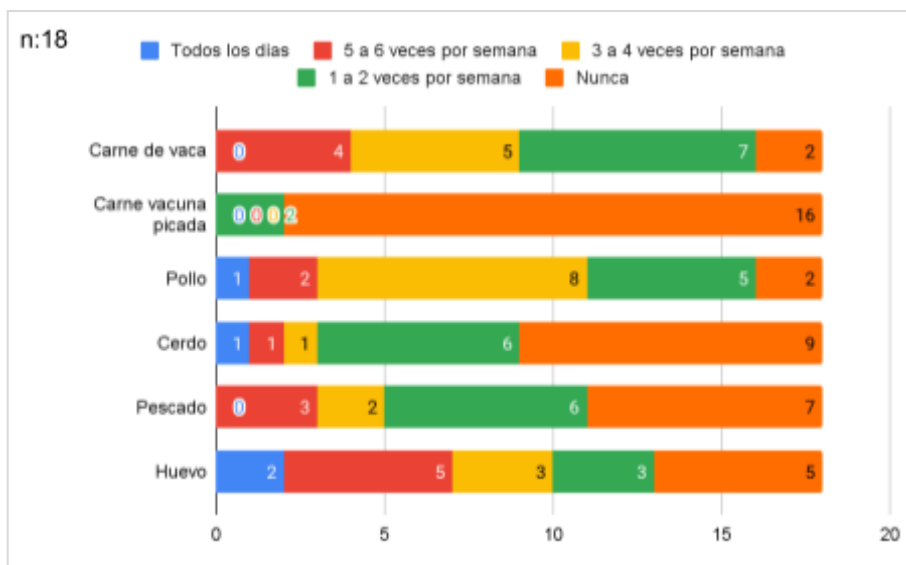
Gráfico N°6: Frecuencia de ofrecimiento de cereales, pseudocereales y legumbres a niños de entre 6 a 9 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

Como se puede ver en el gráfico, los panificados se ofrecen con una frecuencia de “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”. Las pastas simples se presentan “1 a 2 veces por semana” seguido de “nunca”. Las pastas rellenas se encuentran en los platos de la AC con una frecuencia de “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”. El arroz es ofrecido en mayor medida “1 a 2 veces por semana”, seguido de “nunca” y “3 a 4 veces por semana”. La avena se presenta “1 a 2 veces por semana” y “nunca”. En cuanto al consumo de harinas (en galletitas, tortas, etc.), la mayoría de las respuestas indican un ofrecimiento de “nunca”, seguido de “1-2 veces por semana” en menor medida. Los pseudocereales tienen una frecuencia similar, con predominancia de “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”. Finalmente, las legumbres “nunca” son ofrecidas seguido de “1 a 2 veces por semana”.

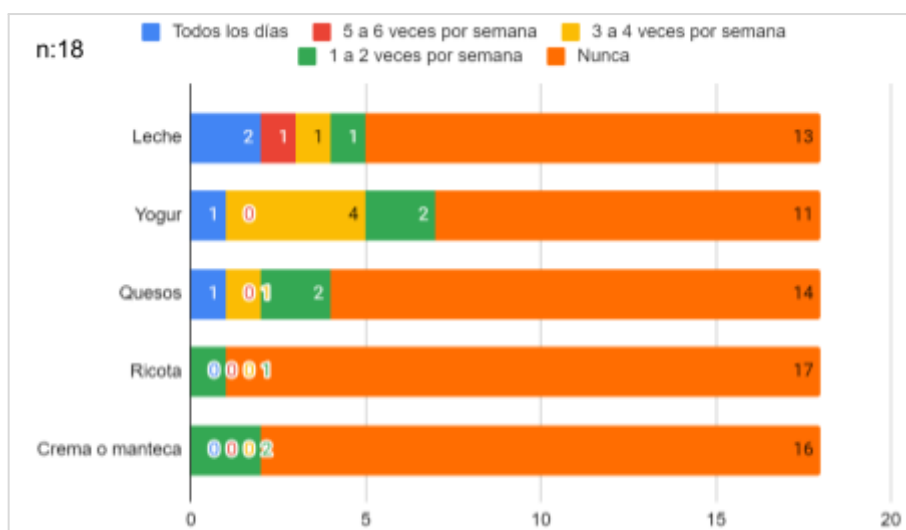
Gráfico N°7: Frecuencia de ofrecimiento de carnes y huevo a niños de entre 6 a 9 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que la carne vacuna se ofrece “1 a 2 veces por semana” seguido de “3 a 4 veces por semana”. En el caso de la carne vacuna picada, la mayoría de las respuestas indican que se ofrece mayormente con una frecuencia de “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”. El pollo se incluye en la AC con una frecuencia de “3 a 4 veces por semana” seguido de “1 a 2 veces por semana”. En cuanto a la carne de carne de cerdo y el pescado, ambos se ofrecen con frecuencia predominante “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”. El huevo se ofrece con una frecuencia de “nunca” y “5 a 6 veces por semana”.

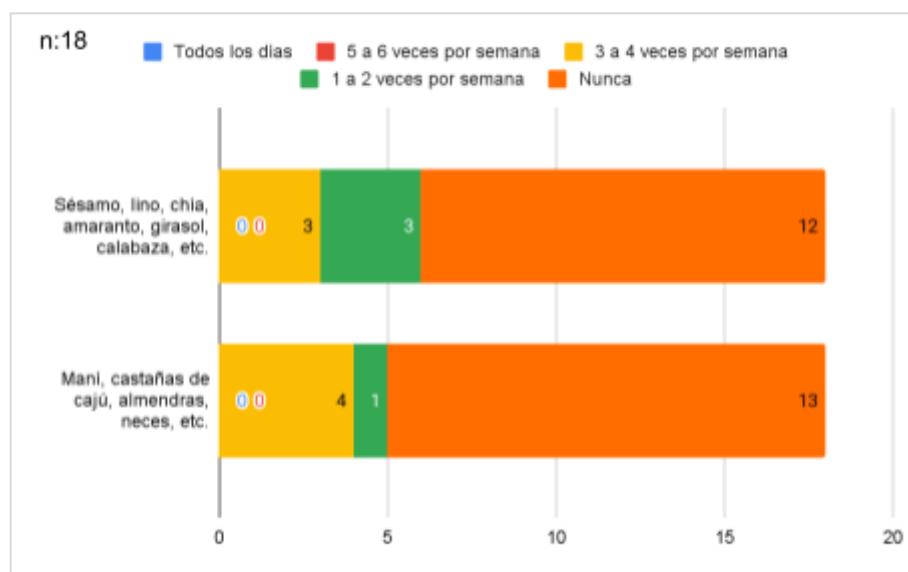
Gráfico N°8: Frecuencia de ofrecimiento de lácteos y derivados a niños de entre 6 a 9 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede ver que la frecuencia más alta de ofrecimiento de lácteos en general es de “nunca”. La leche es ofrecida a algunos niños con una frecuencia de “todos los días”, los yogures también son ofrecidos en un pequeño grupo con una frecuencia de “3 a 4 veces por semana” y los quesos “1 a 2 veces por semana”. La crema, manteca y ricota “nunca” están presentes en la AC aunque hay un grupo menor que las ofrece “1 o 2 veces por semana”.

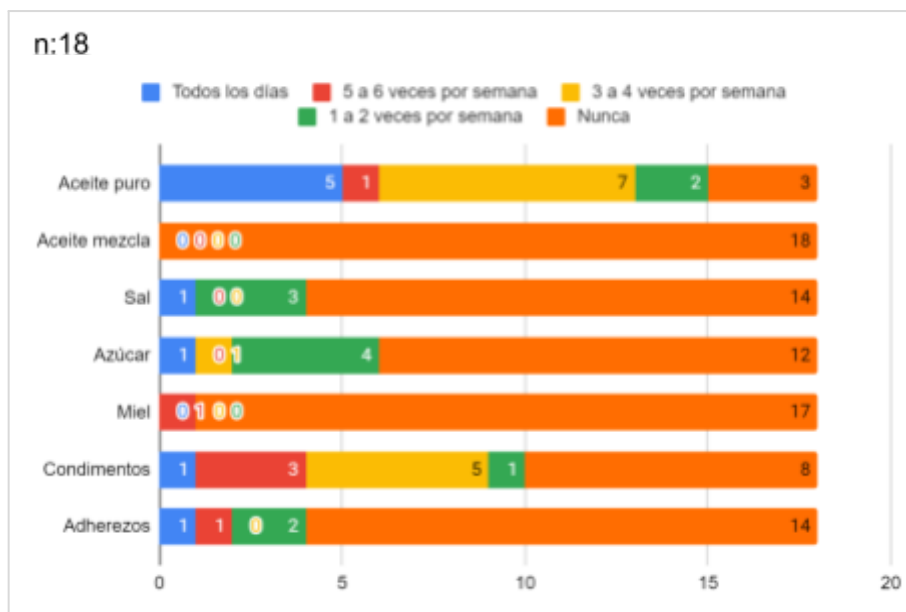
Gráfico N°9: Frecuencia de ofrecimiento de semillas y frutos secos a niños de entre 6 a 9 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que las semillas “nunca” están presentes en la mayoría de los platos, seguido de una frecuencia de ofrecimiento “3 a 4 veces por semana” y “1 a 2 veces por semana”. Los frutos secos son ofrecidos con una frecuencia de “nunca” seguido de “3 a 4 veces por semana”.

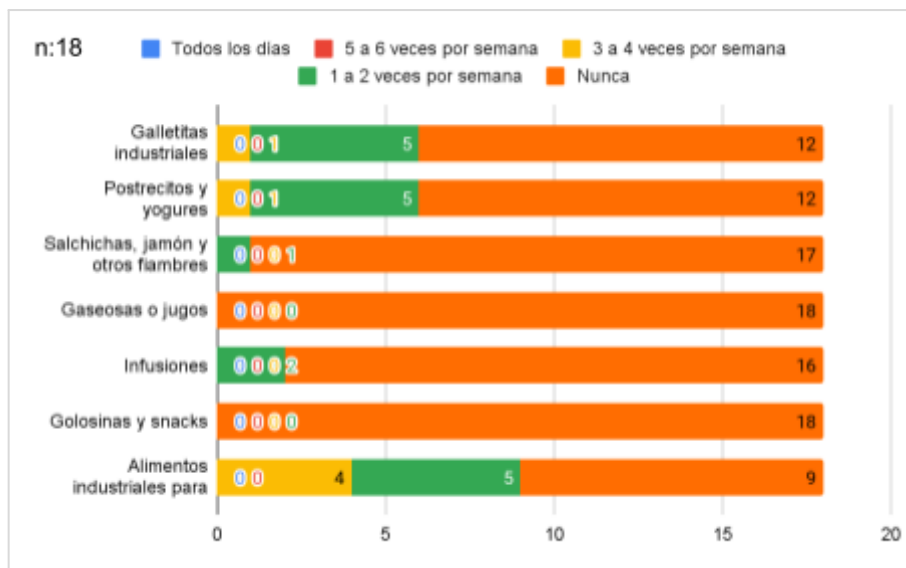
Gráfico N°10: Frecuencia de uso de alimentos para cocinar o condimentar preparaciones de niños de 6 a 9 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

Se observa en el gráfico que el aceite puro es ofrecido con mayor frecuencia “todos los días” seguido de “3 a 4 veces por semana”. Por otro lado, el aceite mezcla “nunca” se ofrece. En cuanto a la sal, la frecuencia predominante es “nunca”, seguida de “1 a 2 veces por semana”. Para el azúcar, también se destaca “nunca” como la opción más elegida, seguida por “1 a 2 veces por semana”. La miel no se ofrece “nunca”, y en menor medida, se incorpora con una frecuencia de “5 a 6 veces por semana”. Los condimentos se ofrecen con una frecuencia de “nunca” seguido de “3 a 4 veces por semana”. Finalmente, los aderezos “nunca” son ofrecidos por la mayoría de las madres.

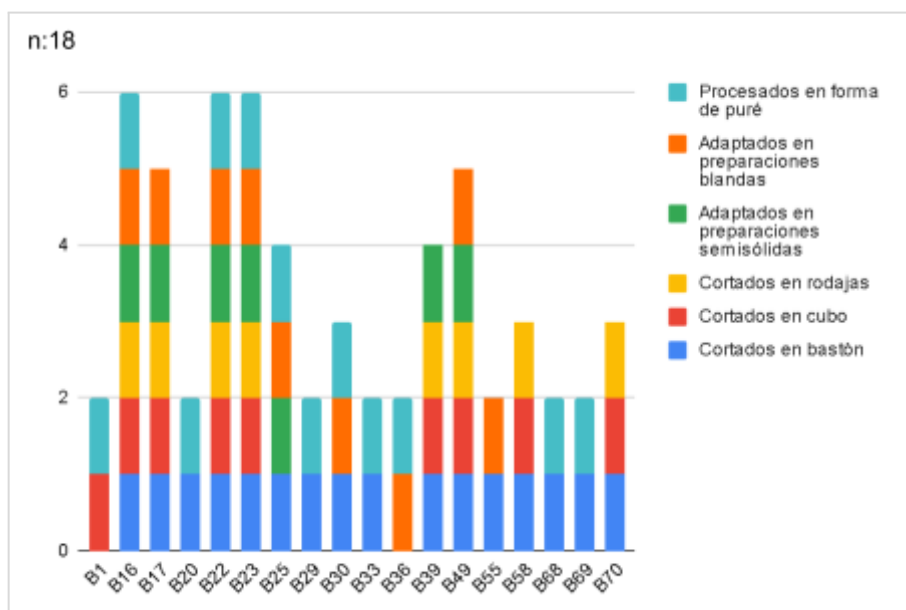
Gráfico N°11: Frecuencia de ofrecimiento de alimentos procesados a niños de entre 6 a 9 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que las galletitas industriales, los postresitos y yogures, las salchichas y fiambres, así como las infusiones y los alimentos industriales para bebés, se ofrecen principalmente con una frecuencia de “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”. Las gaseosas, jugos, golosinas y snacks “nunca” son ofrecidas a los niños/as.

Gráfico N°12: Forma de presentación de los alimentos a niños de entre 6 a 9 meses.

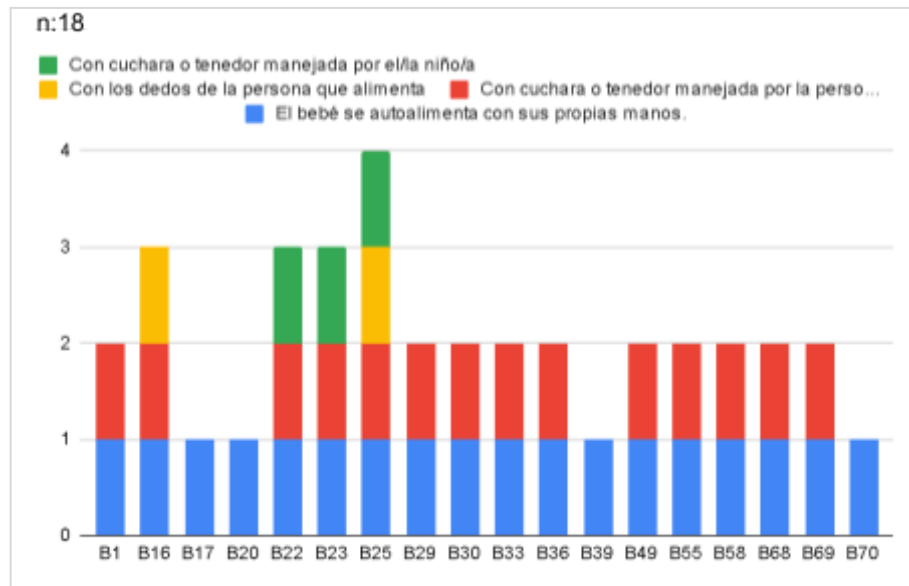


Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede observar que el 88% de las madres ofrece los alimentos cortados con forma de bastón, el 66,66% los procesa en forma de puré y el 50% los corta en forma de cubo. Además un 44,44% los ofrece en rodajas y en la misma proporción, los

adapta en preparaciones blandas. Por último, el 38,88% los presenta en preparaciones semisólidas.

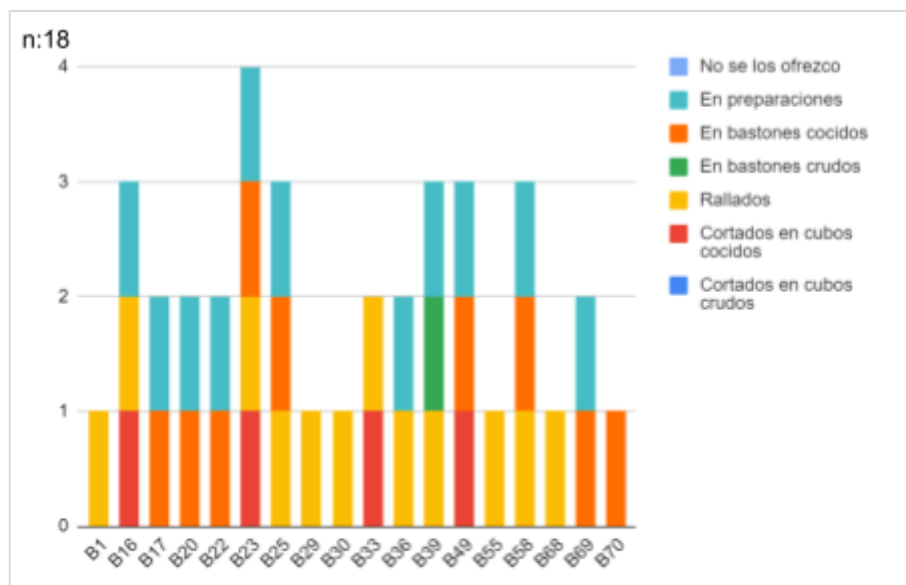
Gráfico N°13: Elemento utilizado para el consumo/ofrecimiento de alimentos a niños de entre 6 a 9 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico anterior se observa que todas las madres permiten que los niños se autoalimenten con sus propias manos, aunque sólo el 22,22% permite que lo haga exclusivamente el bebé por sí mismo/a. El 77,77% de los/as infantes, además, es alimentado por cuchara o tenedor manejado por la persona que alimenta, el 16,66% permite que el utensilio lo maneje el niño/a y en el 11,11% intervienen los cuidadores para alimentar con sus propias manos.

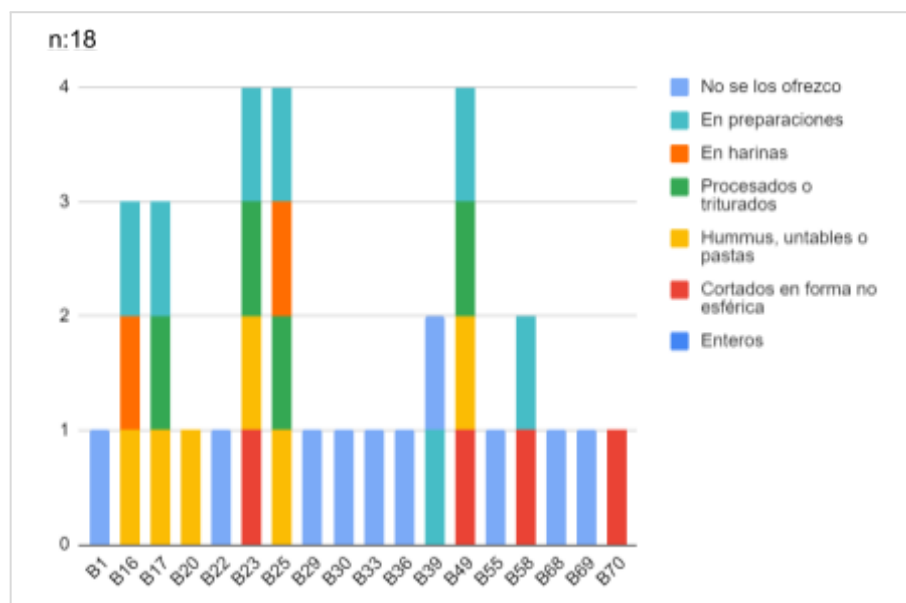
Gráfico N°14: Forma de ofrecimiento de alimentos duros como manzana o zanahoria a niños de entre 6 a 9 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que los alimentos de consistencia dura que tienen riesgo de asfixia son ofrecidos por las madres de las siguientes maneras: en forma de cubo cocido (22,22%), rallados (66,67%), en preparaciones (61,11%) bastones cocidos (50%), y bastones crudos (5,55%).

Gráfico N°15: Forma de ofrecimiento de alimentos pequeños y esféricos como maní y arvejas a niños de entre 6 a 9 meses.

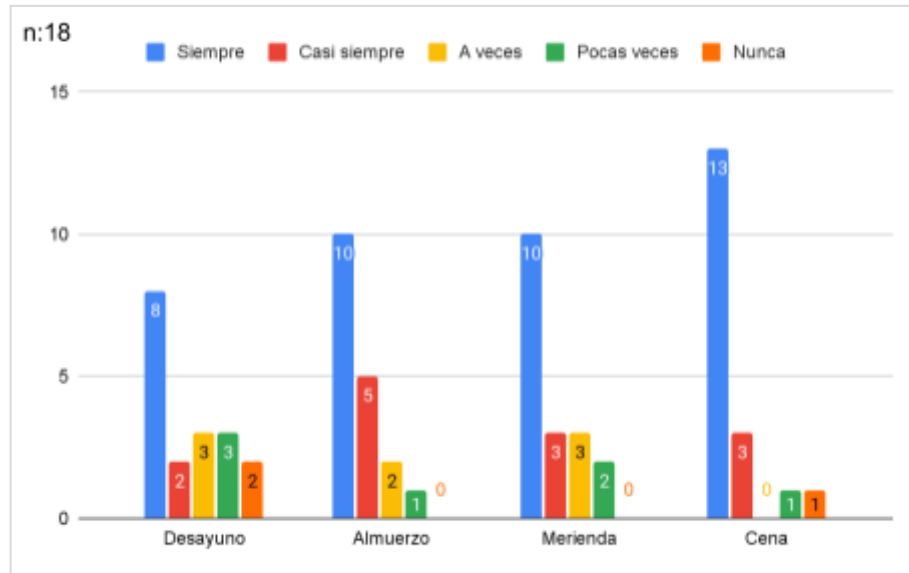


Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede ver que el 55,55% de las madres refiere no ofrecer alimentos esféricos mientras que, el 38,88% los incluye en preparaciones, el 33,33% los adapta en

forma de hummus o pastas untables, el 22,22% los procesa o corta de forma no esférica y el 11,11% los utiliza en forma de harinas.

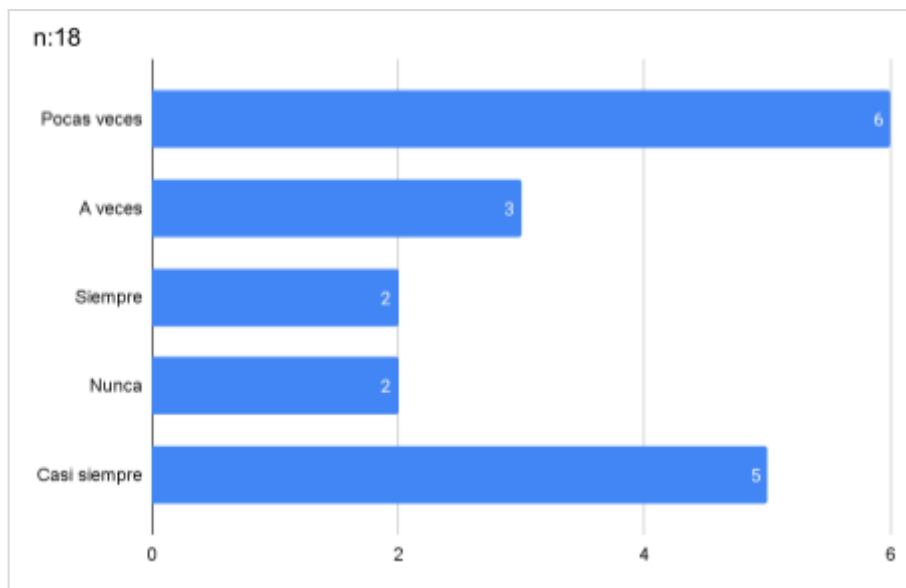
Gráfico N°16: Frecuencia de inclusión de niños de entre 6 a 9 meses en las comidas principales familiares.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que los niños/as son incluidos en el desayuno familiar con una frecuencia de “siempre” seguido de “a veces” y “pocas veces”. En cuanto al almuerzo, los datos indican que lo comparten “siempre” seguido de “casi siempre”. La merienda tiene una frecuencia de inclusión del bebé de “siempre” en primer lugar, seguido de “casi siempre” y “a veces”. La cena es la comida que la gran mayoría de las familias comparten “siempre”.

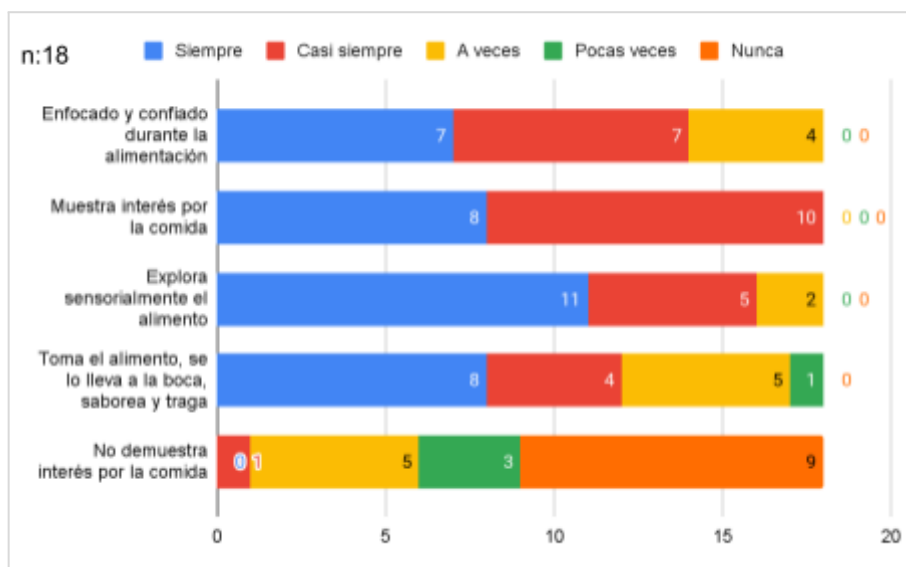
Gráfico N°17: Frecuencia de ofrecimiento de los mismos alimentos que consume la familia a niños de entre 6 a 9 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede observar que los niños consumen los mismos alimentos que sus familias con una mayor frecuencia de “pocas veces” (33,33%), seguido de “casi siempre” (27,77%) y “a veces” (16,67%). En menor medida son ofrecidos con una frecuencia de “siempre” y “nunca” (11,11%).

Gráfico N°18: Frecuencia comportamientos observados de niños de entre 6 a 9 meses frente al acto de comer.

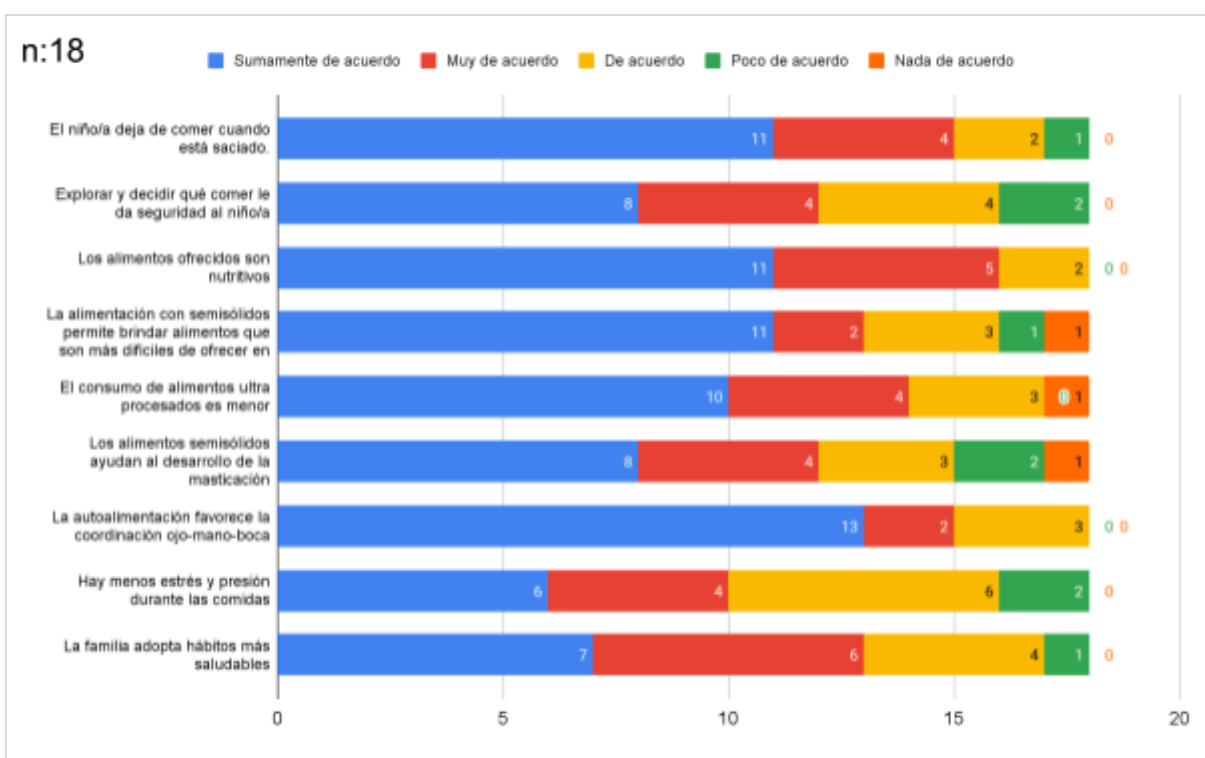


Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

El gráfico muestra que la mayoría de los niños se encuentran “siempre” y “casi siempre” enfocados y confiados durante la alimentación, seguido de “a veces”. En cuanto a

la percepción de las madres, los bebés “casi siempre” muestran interés por la comida seguido de una frecuencia de “siempre”. La exploración sensorial del alimento ocurre “siempre” en la mayoría de los casos, seguido de “casi siempre” y “a veces”. Un comportamiento observado con una frecuencia de “siempre” como opción más elegida es la toma del alimento y la llevada a la boca, seguido por “a veces”. La falta de interés al momento de las comidas es una conducta que ocurre mayormente con una frecuencia de “nunca”, seguido de “a veces”.

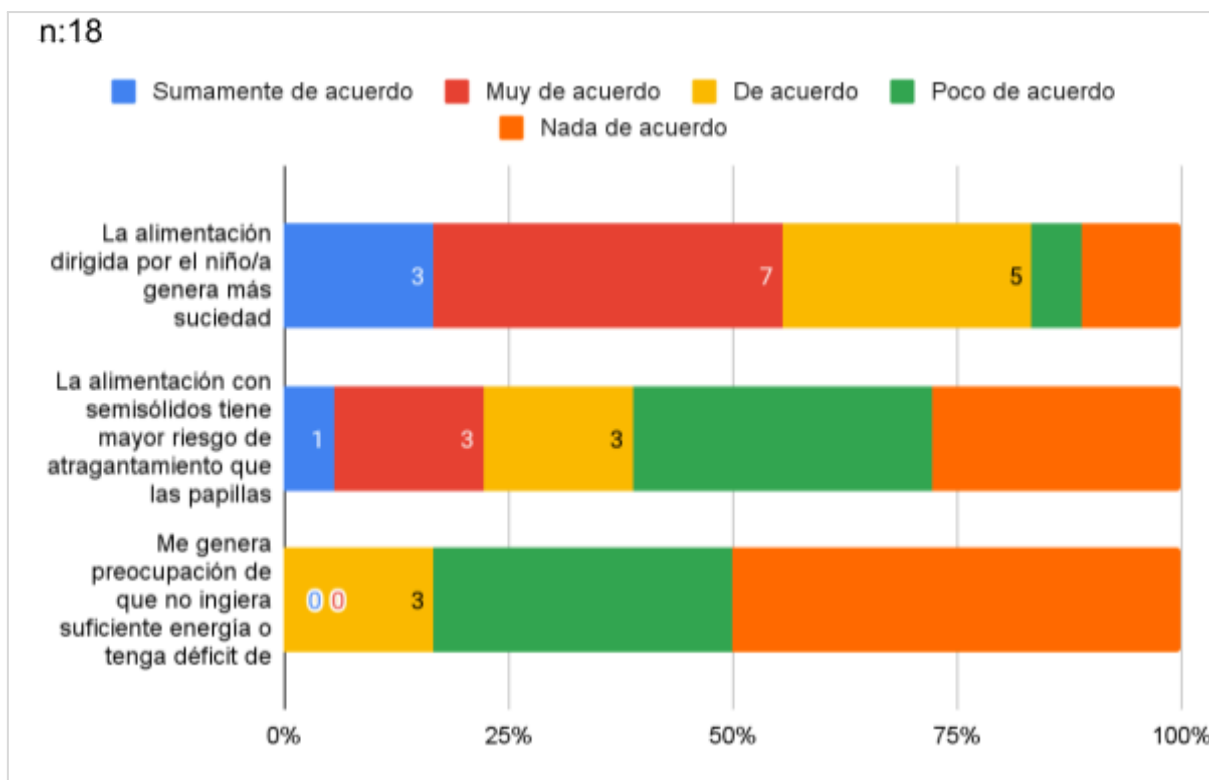
Gráfico N°19: Grado de acuerdo de madres de niños de 6 a 9 meses con las posibles ventajas que promueve el método autorregulado.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que las madres presentan un alto grado de acuerdo de “sumamente de acuerdo” seguido de “muy de acuerdo” sobre varias ventajas: el niño/a deja de comer cuando está saciado, los alimentos ofrecidos son nutritivos, el consumo de alimentos ultraprocesados es menor, los alimentos semisólidos ayudan al desarrollo de la masticación y la familia adopta hábitos más saludables. Respecto a la seguridad que le da al niño el explorar y decidir qué comer, hay un grado de acuerdo de “sumamente de acuerdo” seguido de “muy de acuerdo” y “de acuerdo”. Además, las madres están “sumamente de acuerdo” y “de acuerdo” con que la alimentación con semisólidos permite brindar alimentos que son más difíciles de ofrecer en papillas, Los beneficios sobre que la autoalimentación favorece la coordinación ojo-mano-boca y que hay menos estrés y presión al momento de las comidas presentaron un acuerdo de “sumamente de acuerdo” y “de acuerdo”.

Gráfico N°20: Grado de acuerdo de madres de niños de 6 a 9 meses con las posibles desventajas que promociiona el método autorregulado.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observan las posibles desventajas del método dirigido por el bebé. Por un lado, las madres refirieron estar “muy de acuerdo” seguido de “de acuerdo” con respecto a la suciedad generada al permitir que los bebés se autoalimenten. En lo que refiere a la percepción sobre un mayor riesgo de atragantamiento en la alimentación con semisólidos comparado con las papillas, las respuestas obtenidas indican estar “poco de acuerdo” seguido de “nada de acuerdo”. Por último, se observa que las encuestadas estuvieron “nada de acuerdo” seguido de “poco de acuerdo” acerca de la preocupación de que los infantes no ingieran suficiente energía o tengan déficit de nutrientes.

ANÁLISIS DE DATOS DE MADRES DE NIÑOS DE 9 A 12 MESES

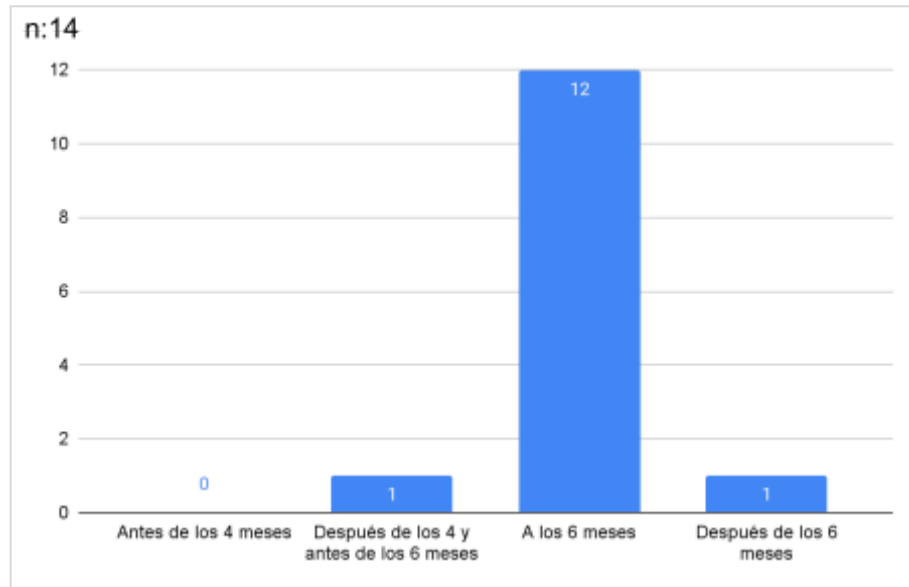
Tabla N°2: Edad de hermanos (n: 4).

Unidad de análisis	Edades años
B11	21 años
B14	9 años
B28	7 años
B67	8 años

Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En la tabla se observan las edades de los niños de 9 a 12 meses. El rango va desde 8 a 21 años, con un promedio de 11 años.

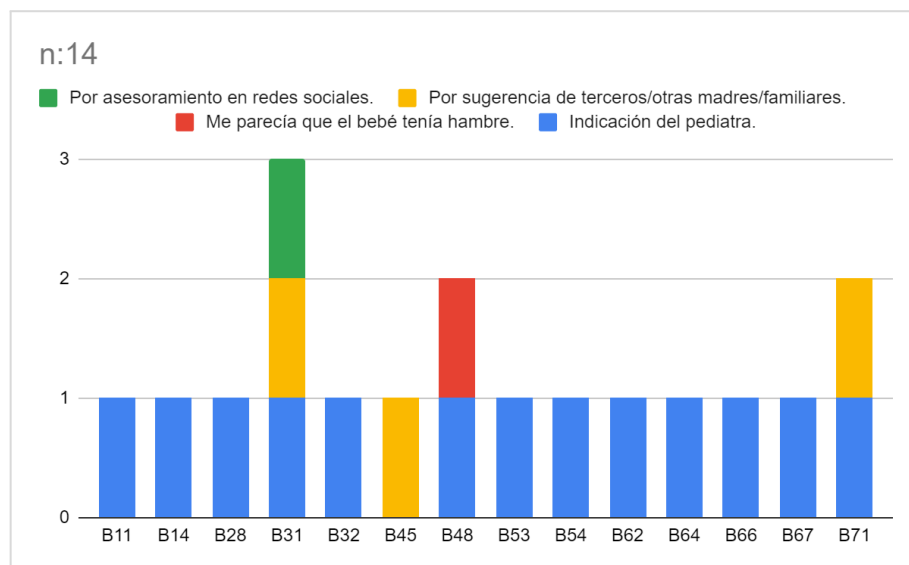
Gráfico N° 21: Edad de introducción de niños de entre 9 a 12 meses a la AC.



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

Se puede observar en el gráfico que los niños de 9 a 12 meses fueron introducidos a la AC en un 85,71% de los casos a los 6 meses de edad, mientras que el 7,14% lo hizo después de los 4 y antes de los 6 meses y el 7,14% después de los 6 meses.

Gráfico N°22: Motivo de inicio de la AC de niños de entre 9 a 12 meses.

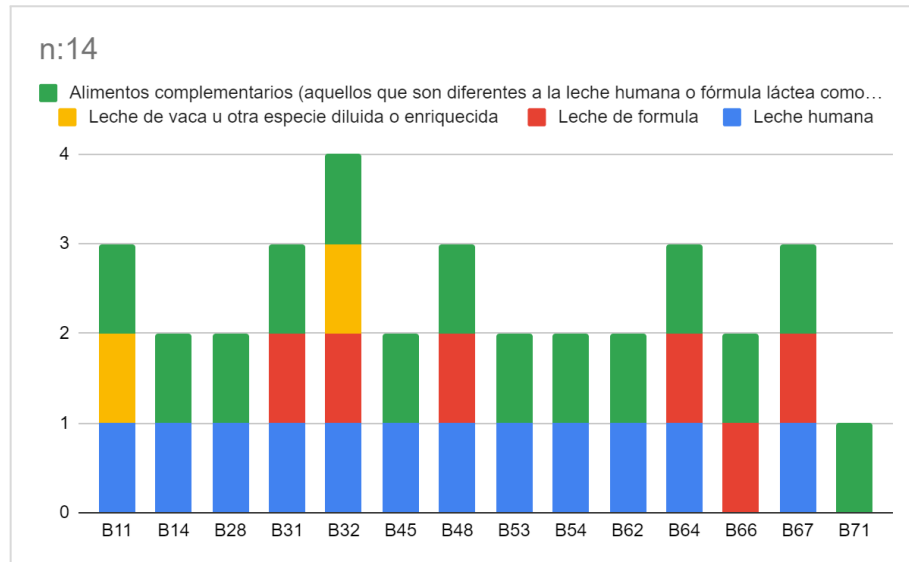


Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que el 92,85% de las madres introdujo la AC por indicación del pediatra. Un 21,42% lo hizo, además, por sugerencia de terceros/otras

madres/familiares, mientras que el 7,14% se basó en asesoramiento en las redes sociales y otro 7,14% consideró que el bebé tenía hambre.

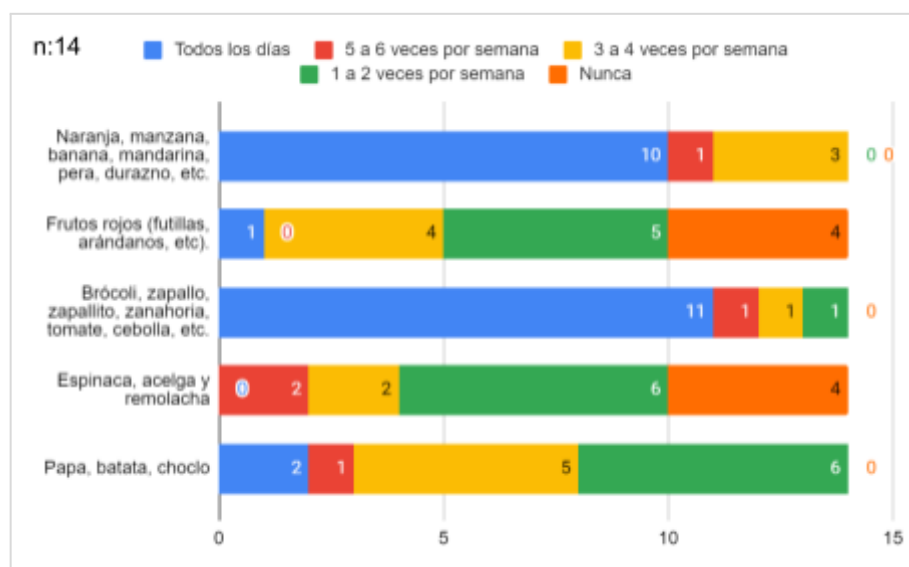
Gráfico N°23: Tipo de alimentación ofrecida a niños de entre 9 a 12 meses.



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación.

Se observa en el gráfico que todos los niños fueron introducidos a la AC mientras el 85,71% continúa con lactancia materna. El 42,85% consume leche de fórmula y el 14,28% ingiere leche de vaca diluida y enriquecida.

Gráfico N°24: Frecuencia de ofrecimiento de vegetales y frutas a niños de entre 9 a 12 meses.

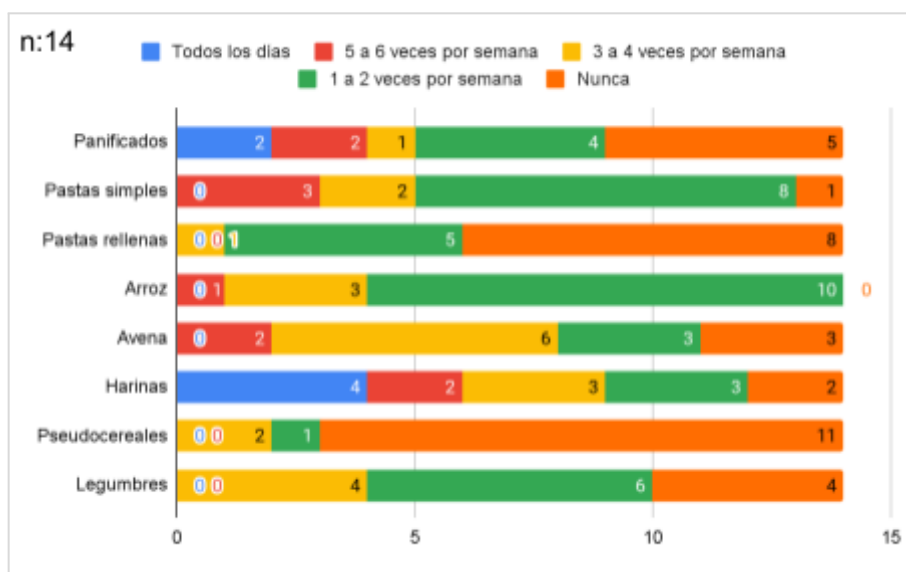


Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación.

Como se puede ver en el gráfico las frutas se ofrecen con una frecuencia de “todos los días”, seguido de “3-4 veces por semana”. Los frutos rojos tienen una frecuencia de “1 a

2 veces por semana”, seguido de “3 a 4 veces por semana” y “nunca”. En cuanto a los vegetales, tienen una mayor frecuencia de ofrecimiento de “todos los días”. Con respecto a las hojas verdes, como la acelga, la espinaca y la remolacha se ofrecen “1 a 2 veces por semana” seguido de “nunca”. Los vegetales fuentes de hidratos de carbono como papa, batata y choclo, tienen una frecuencia de ofrecimiento de “1 a 2 veces por semana”, seguido de “3 a 4 veces por semana”.

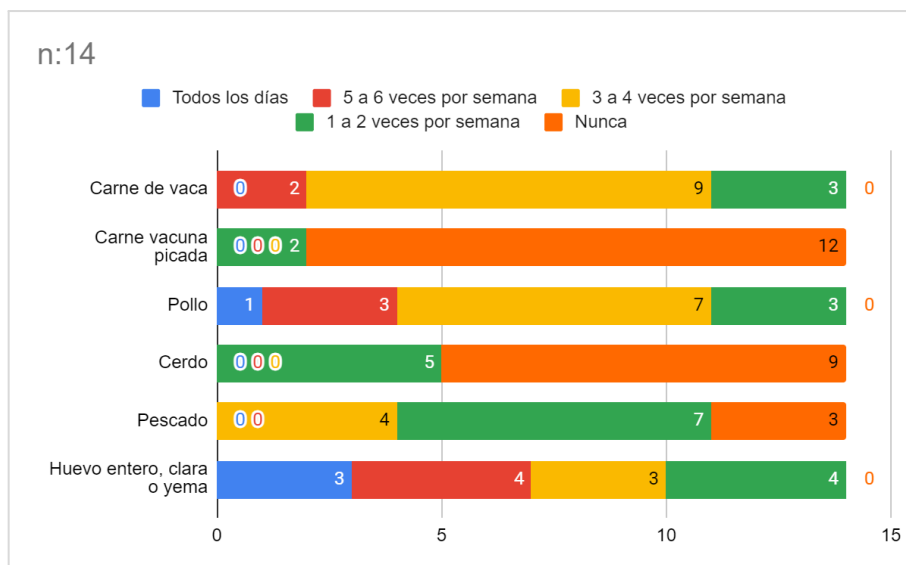
Gráfico N°25: Frecuencia de ofrecimiento de cereales, pseudocereales y legumbres a niños de entre 9 a 12 meses.



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación.

Como se puede ver en el gráfico, los panificados se ofrecen con una frecuencia de “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”. Las pastas simples se ofrecen “1 a 2 veces por semana” seguido de “5 a 6 veces por semana”. Las pastas rellenas tienen una frecuencia de ofrecimiento de “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”. El arroz es ofrecido “1 a 2 veces por semana”, seguido de “3 a 4 veces por semana”. La avena se presenta con una frecuencia de “3 a 4 veces por semana” seguido de “nunca” y “1 a 2 veces por semana”. En cuanto al consumo de harinas, la mayoría indica un ofrecimiento de “nunca”, seguido en menor medida con “1-2 veces por semana”. Los pseudocereales y las legumbres tienen una mayor frecuencia de “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”.

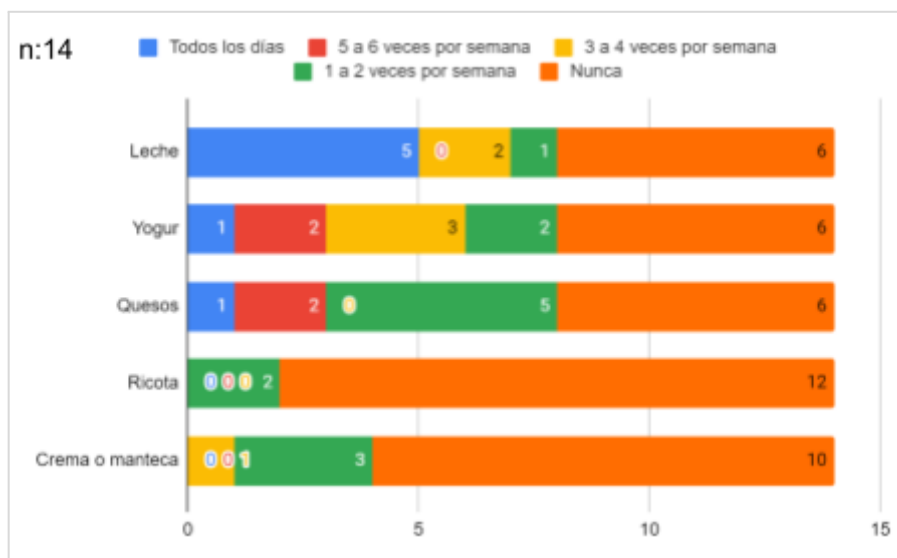
Gráfico N°26: Frecuencia de ofrecimiento de carnes y huevo a niños de entre 9 a 12 meses.



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que la frecuencia de ofrecimiento de carne vacuna es de “3 a 4 veces por semana” seguido de “nunca”. La carne vacuna picada se ofrece “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”. En cuanto al pollo, se incluye en la AC con una frecuencia de “3 a 4 veces por semana” seguido de “5 a 6 veces por semana” y “1 a 2 veces por semana”. El cerdo se ofrece “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana” mientras que el pescado se presenta “1 a 2 veces por semana” seguido de “3 a 4 veces por semana”. El huevo se incluye con una frecuencia de “5 a 6 veces por semana” y “1 a 2 veces por semana” seguido de “todos los días” y “3 a 4 veces por semana”.

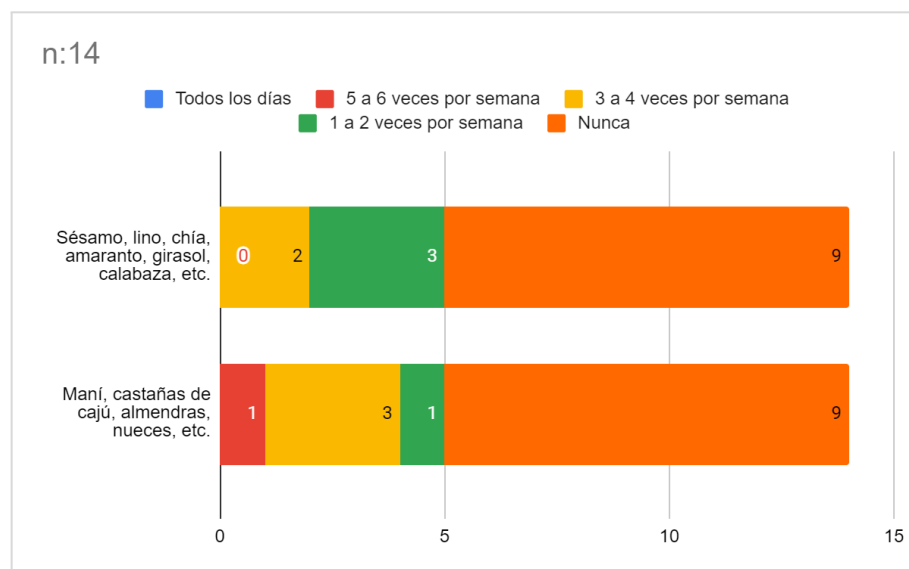
Gráfico N°27: Frecuencia de ofrecimiento de lácteos y derivados a niños de entre 9 a 12 meses.



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación.

El gráfico muestra que el ofrecimiento de leche a niños de 9 a 12 meses tiene una frecuencia de "nunca", seguido de "todos los días". En cuanto al yogur, también se ofrece "nunca" seguido de "3 a 4 veces por semana". El queso se presenta con una frecuencia de "nunca" seguido de "1 a 2 veces por semana". Por su parte, la ricota, crema y manteca se ofrecen "nunca" seguido de "1 a 2 veces por semana".

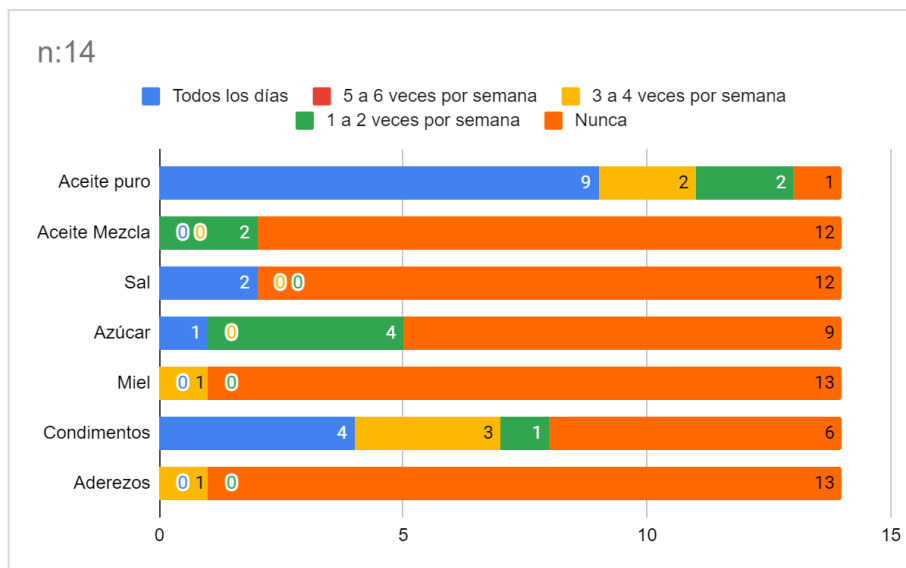
Gráfico N°28: Frecuencia de ofrecimiento de semillas y frutos secos a niños de 9 a 12 meses.



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que las semillas tienen una frecuencia de ofrecimiento de "nunca" seguido de "1 a 2 veces por semana". Los frutos secos son ofrecidos con una frecuencia de "nunca" seguido de "3 a 4 veces por semana".

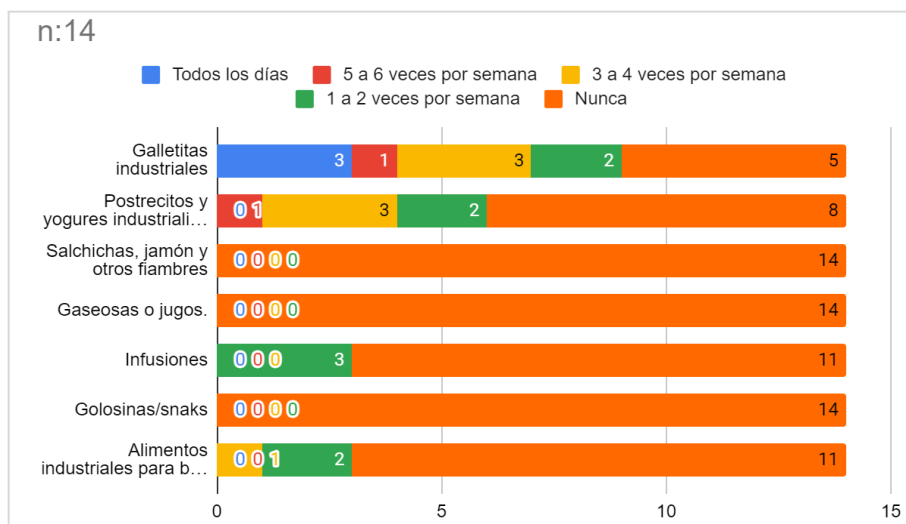
Gráfico N°29: Frecuencia de uso de alimentos para cocinar o condimentar preparaciones de niños de 9 a 12 meses.



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que el aceite puro se ofrece con una frecuencia de “todos los días” seguido de “3 a 4 veces por semana” y “1 a 2 veces por semana”. El aceite mezcla “nunca” es ofrecido seguido de “1 a 2 veces por semana”. La sal se incluye en las preparaciones con una frecuencia de “nunca”, seguida “todos los días”. En cuanto al azúcar la opción “nunca” es la más elegida, seguida por “1 a 2 veces por semana”. La miel no se ofrece “nunca”, y en menor medida, se incorpora con una frecuencia de “5 a 6 veces por semana”. Los condimentos se ofrecen “nunca” seguido de “3 a 4 veces por semana”. Finalmente, los aderezos “nunca” son ofrecidos por la mayoría de las madres.

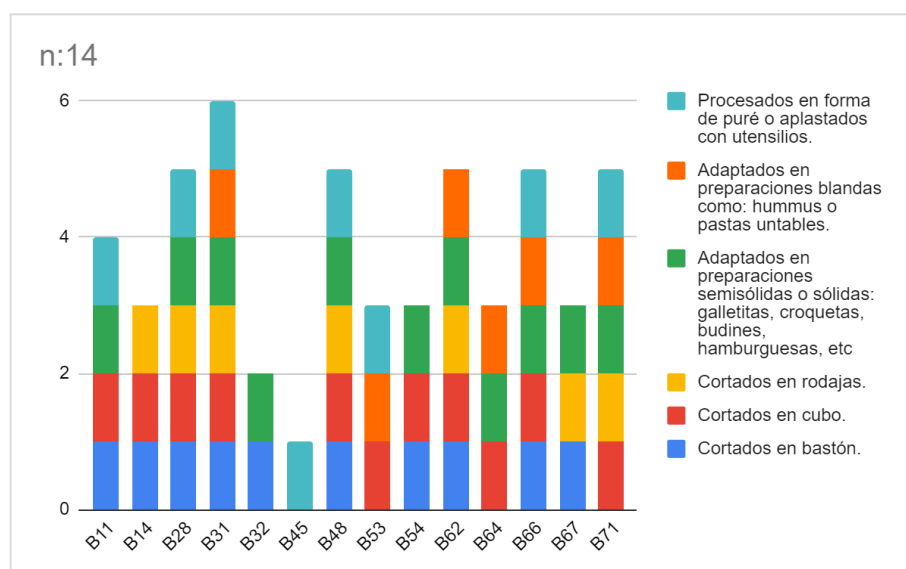
Gráfico N°30: Frecuencia de ofrecimiento de alimentos procesados a niños de 9 a 12 meses.



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que las galletitas industriales tienen una frecuencia de ofrecimiento de “nunca” seguido de “todos los días” y “3 a 4 veces por semana”. Los postrecitos y yogures se ofrecen “nunca” seguido de “3 a 4 veces por semana”. Las salchichas y fiambres, las gaseosas o jugos y las golosinas o snacks se ofrecen con una frecuencia de “nunca”. Las infusiones y los alimentos industriales para bebés se incluyen en la AC con una frecuencia de “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”.

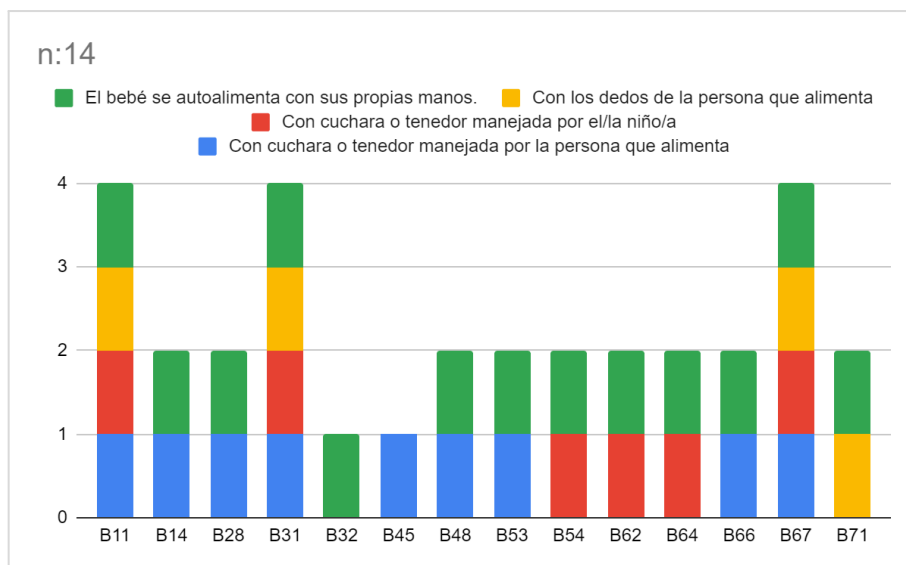
Gráfico N°31: Forma de presentación de los alimentos a niños de entre 9 a 12 meses.



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que el 78,57% de las madres corta los alimentos en forma de cubo y el 71,43% los ofrece en forma de bastón. Además, el 57,14% presenta los alimentos procesados en forma de puré, mientras que el 50% los corta en rodajas. El 78,57% se sirve en preparaciones semisólidas, y 35,71% adaptados en preparaciones blandas.

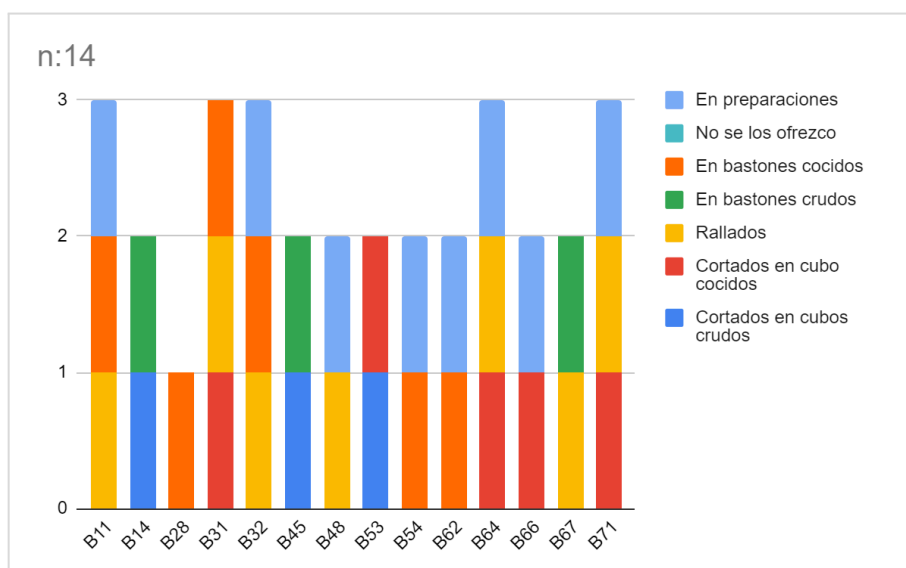
Gráfico N°32: Elemento utilizado para el consumo/ofrecimiento de alimentos a niños de entre 9 a 12 meses.



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico anterior se puede observar que el 92,85% de los niños se autoalimentan con sus propias manos y el 42,85% manejan utensilios para alimentarse por sí mismos. El 64,28%, además, es alimentado/a con cuchara o tenedor manejado por la persona que alimenta, y en el 28,57% intervienen los cuidadores para alimentar con sus propias manos. Sólo el 28,57% de los cuidadores no se interpone permitiendo exclusivamente la alimentación dirigida por el bebé ya sea utilizando sus propias manos o con un utensilio.

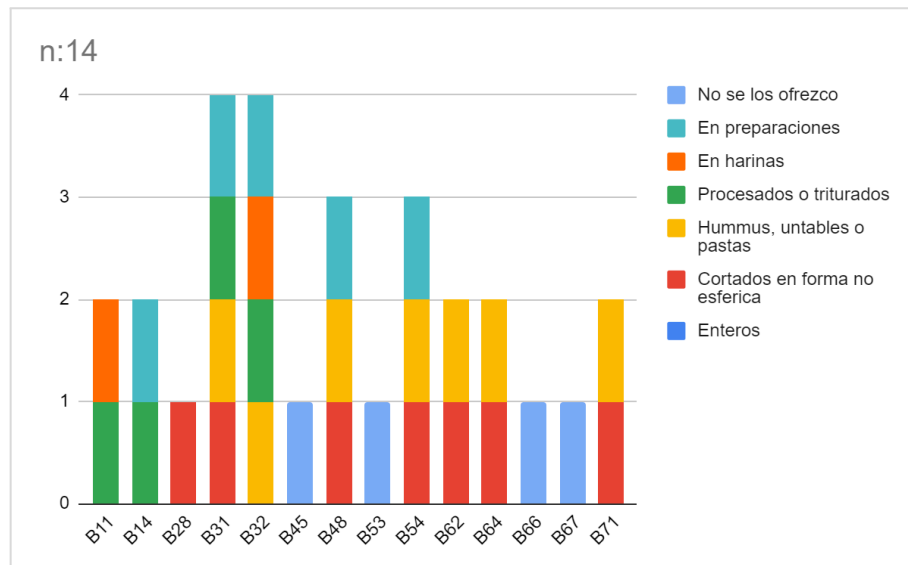
Gráfico N°33: Forma de ofrecimiento de alimentos duros como la manzana o zanahoria a niños de entre 9 a 12 meses.



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que los alimentos de consistencia dura, que presentan riesgo de asfixia son ofrecidos por las madres de las siguientes maneras: en preparaciones (57,14%), rallados (50%), en forma de bastones cocidos (42,85%) y cubos cocidos (35,71%. En menor medida se presentan como cubos crudos (21,42%) y bastones crudos (21,42%).

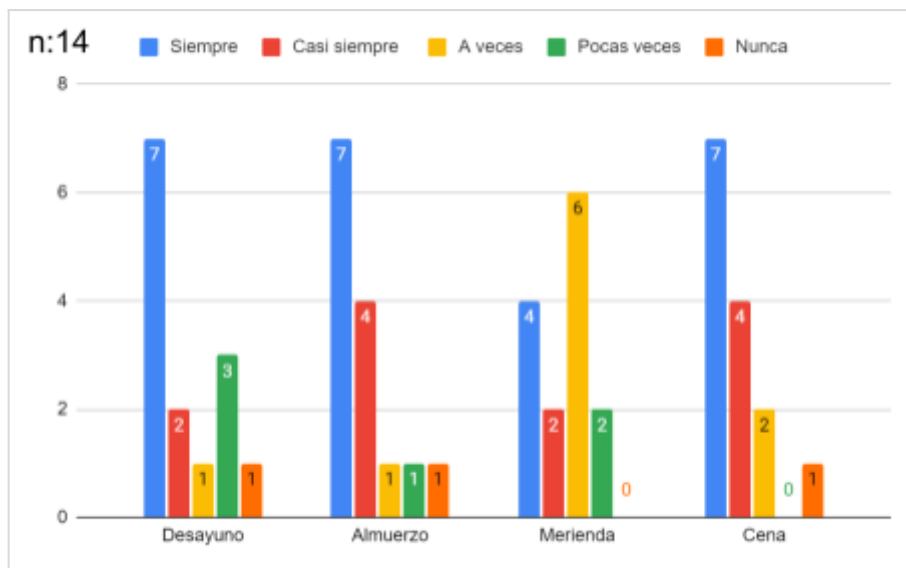
Gráfico N°34: Forma de ofrecimiento de alimentos pequeños y redondos como maní o arvejas a niños de entre 9 a 12 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede ver que el 50% adapta los alimentos pequeños y redondos en forma de hummus o pastas untables, otro 50% los corta de forma no esférica y el 35,71% los incluye en preparaciones. El 28,57% de las madres refiere no ofrecer alimentos esféricos mientras que el otro 28,57% los procesa y el 14,28% los utiliza en forma de harinas.

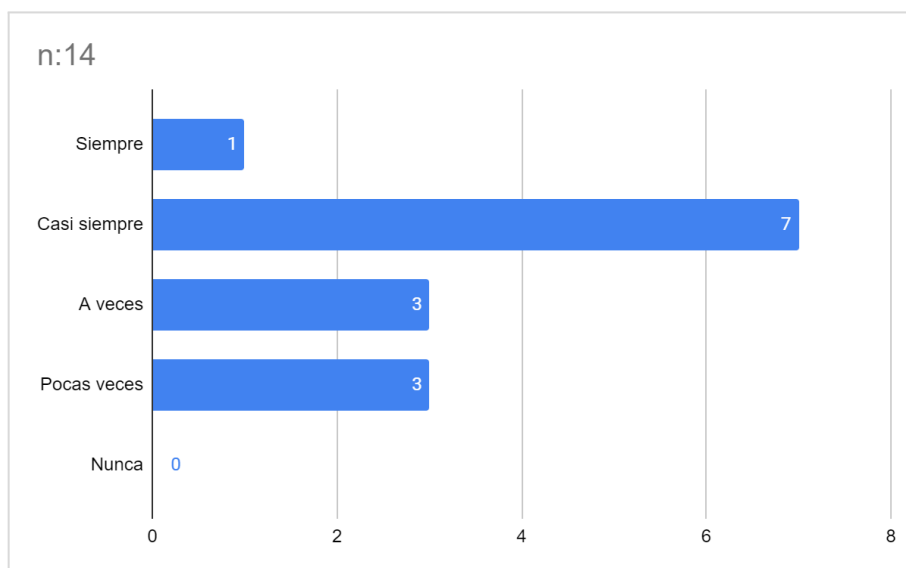
Gráfico N°35: Frecuencia de inclusión de niños de entre 9 a 12 meses en las comidas principales familiares.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que los niños/as son incluidos en el desayuno familiar con una frecuencia de “siempre” seguido de “pocas veces”. En cuanto al almuerzo, los datos indican que se comparte “siempre”, seguido de “casi siempre”. Durante la merienda, el bebé se incluye con una frecuencia de “a veces” seguido de “siempre”. La cena es la comida que se comparte con una frecuencia de “siempre” por la gran mayoría de las familias seguido de “casi siempre”.

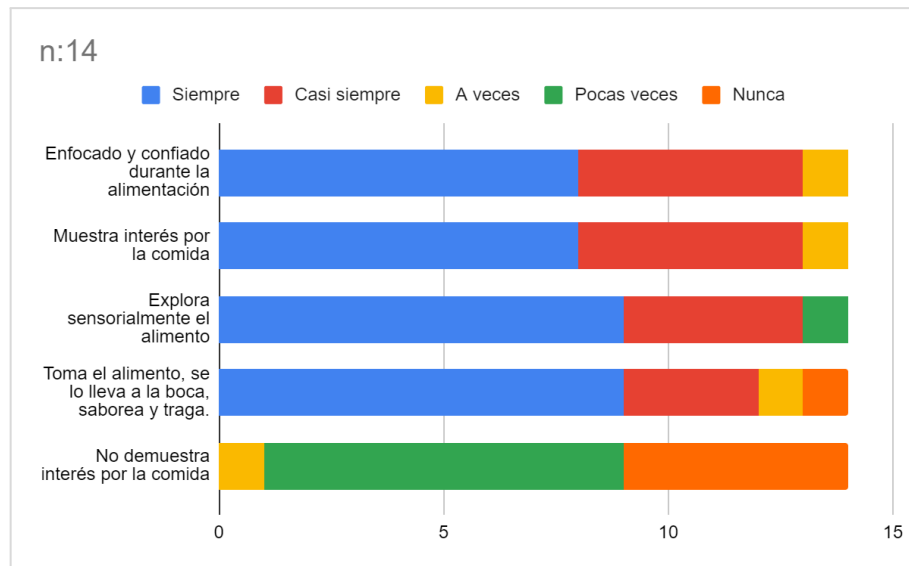
Gráfico N°36: Frecuencia de ofrecimiento de los mismos alimentos que consume la familia a niños de entre 9 a 12 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico anterior se puede ver que los bebés introducidos a la AC consumen los mismos alimentos que sus familias con una mayor frecuencia de “casi siempre” (50%), seguido de “a veces” (16,67%) y “pocas veces” (16,67%). En menor medida son ofrecidos con una frecuencia de “siempre” (7,14%).

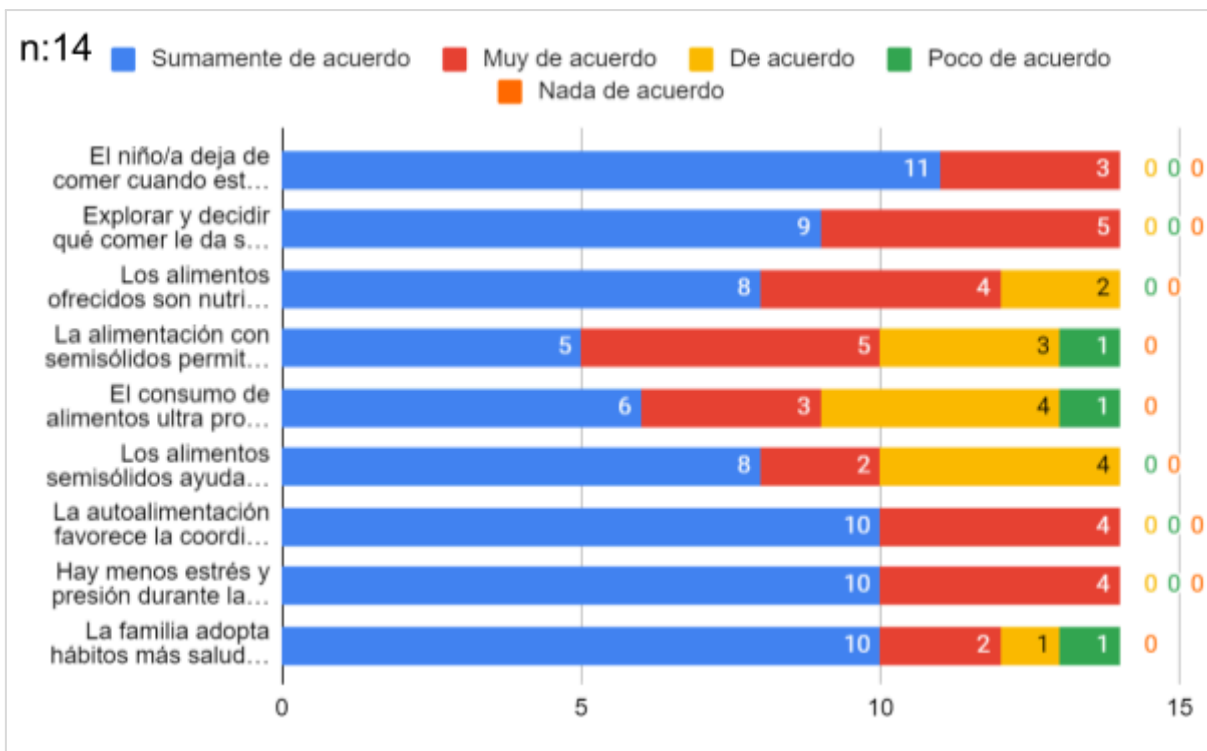
Gráfico N°37: Frecuencia de comportamientos observados de niños de entre 9 a 12 meses frente al acto de comer.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que las madres perciben que la mayoría de los niños se encuentran enfocados y confiados durante la alimentación, muestran interés por la comida, exploran sensorialmente el alimento, lo toman y se lo llevan a la boca para luego saborearlos y tragarlos con una frecuencia de “siempre” y “casi siempre”. Por el contrario, la falta de interés frente al acto de comer se presenta “pocas veces” seguido de “nunca”.

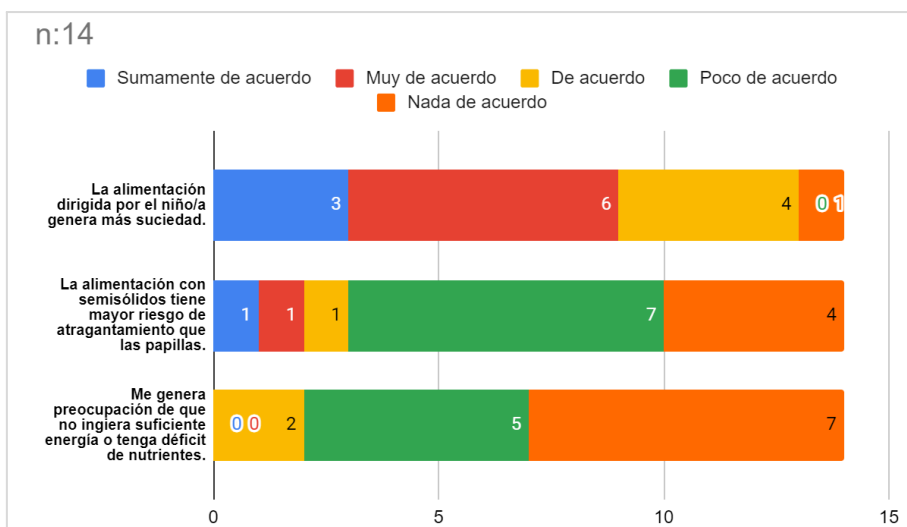
Gráfico N°38: Grado de acuerdo de madres de niños de 9 a 12 meses con las posibles ventajas que promociona el método autorregulado.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que las madres expresan un alto grado de acuerdo destacando “sumamente de acuerdo” seguido de “muy de acuerdo” en relación con diversas ventajas: el niño/a deja de comer cuando está saciado, explorar y decidir qué comer le da seguridad, los alimentos ofrecidos son nutritivos, la autoalimentación favorece la coordinación ojo-mano-boca, hay menor estrés y presión al momento de la comida y la familia adopta hábitos más saludables. En cuanto a la alimentación con semisólidos, manifiestan estar “sumamente de acuerdo” y “muy de acuerdo” en que permite brindar alimentos que son más difíciles de ofrecer en papillas. El grado de acuerdo sobre el menor consumo de alimentos ultraprocesados y que los alimentos semisólidos ayudan al desarrollo de la masticación es de “sumamente de acuerdo” seguido de “de acuerdo”.

Gráfico N°39: Grado de acuerdo de madres de niños de 9 a 12 meses con las posibles desventajas que promociona el método autorregulado.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que las madres se muestran “muy de acuerdo” seguido de “de acuerdo” con respecto a una mayor suciedad generada al practicar la alimentación dirigida por el bebé. En relación con la percepción sobre un mayor riesgo de atragantamiento al ofrecer semisólidos en comparación con las papillas, las respuestas indican que están “poco de acuerdo” seguido de “nada de acuerdo”. Por último, se observa que las madres expresaron estar “nada de acuerdo” seguido de “poco de acuerdo” en cuanto a la preocupación de que los infantes no ingieran suficiente energía o presenten déficit de nutrientes.

ANÁLISIS DE DATOS DE MADRES DE NIÑOS DE 12 A 15 MESES

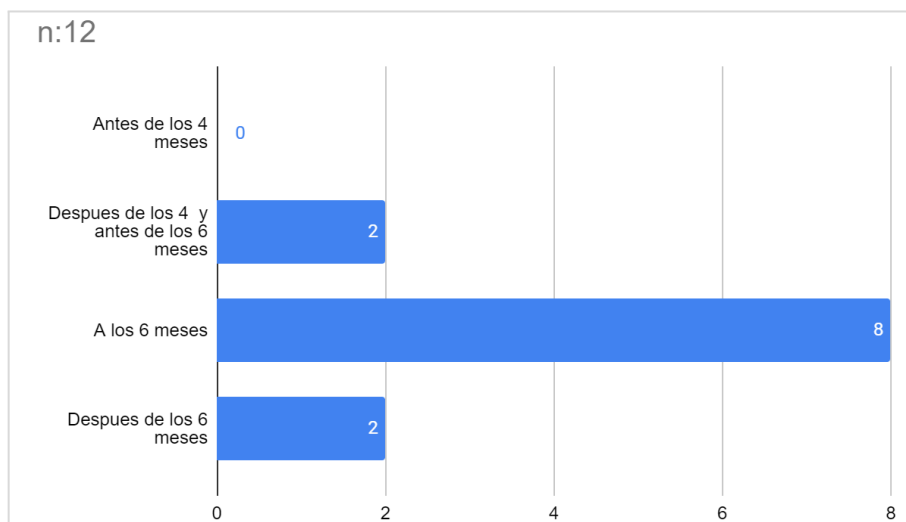
Tabla N°3: Edad de hermanos (n: 5).

UA	Edades en años
B4	10
B15	7
B24	3
B47	5
B59	12 y 16

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación

En la tabla se observa que las edades de los hermanos de los niños de 12 a 15 meses van de un rango de 3 a 16 años, con un promedio de 8 años.

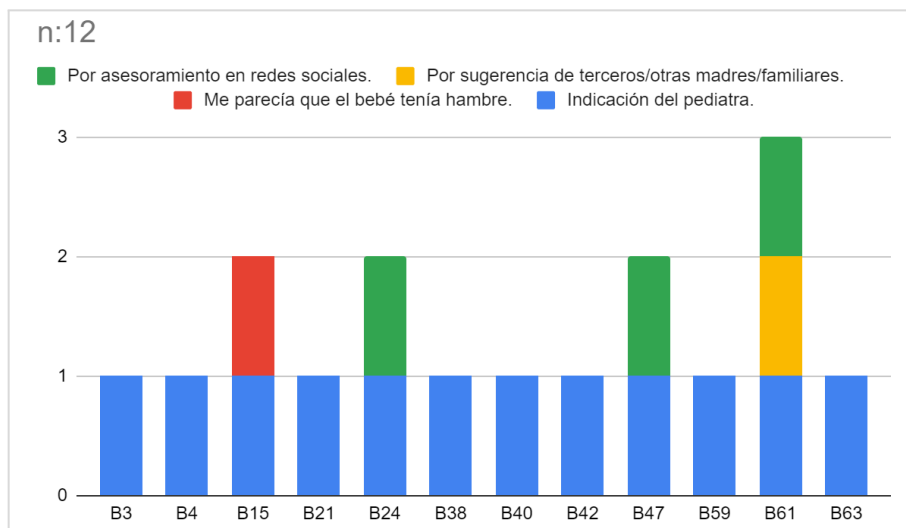
Gráfico N°40: Edad de introducción de niños de entre 12 a 15 meses a la AC.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede observar que el 66,67% de los bebés fueron introducidos a la AC a los seis meses mientras que el 16,67% lo hizo después de los 4 y antes de los 6 meses y el 16,67% después de los 6 meses.

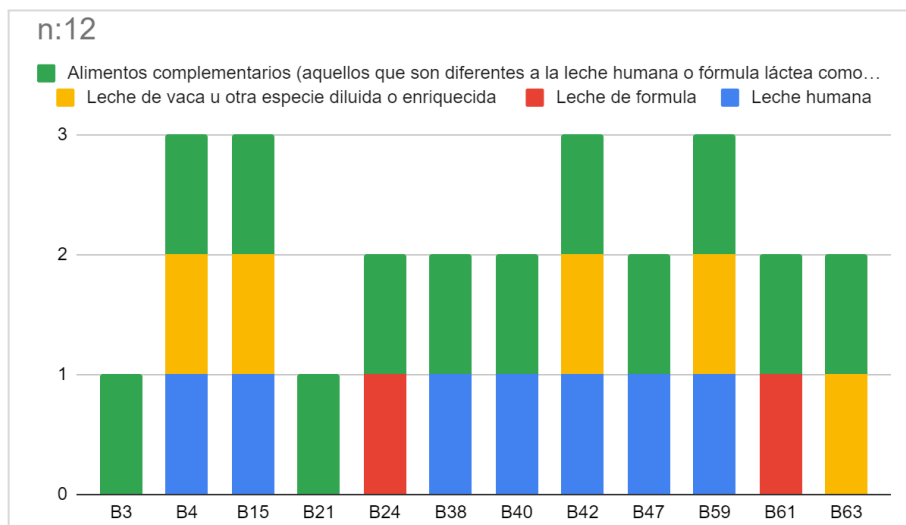
Gráfico N°41: Motivo de inicio de la AC de niños de entre 12 a 15 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que todas las madres introdujeron a los niños a la AC por indicación del pediatra mientras que el 25% también lo hizo por asesoramiento en redes sociales y el 8,33% por creer que el bebé tenía hambre/por sugerencia de terceros.

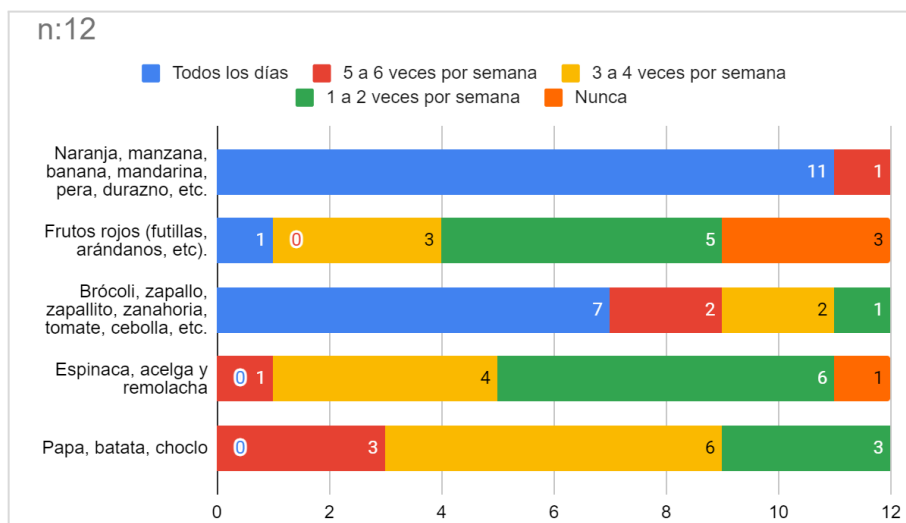
Gráfico N°42: Tipo de alimentación ofrecida a niños de 12 a 15 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico anterior se observa que todos los niños/as fueron introducidos a la alimentación complementaria. Además, el 58,33% continúa recibiendo lactancia materna, el 41,66% recibe leche de vaca diluida y enriquecida mientras que el 16,66% es alimentado con leche de fórmula.

Gráfico N°43: Frecuencia de ofrecimiento de vegetales y frutas a niños de entre 12 a 15 meses.

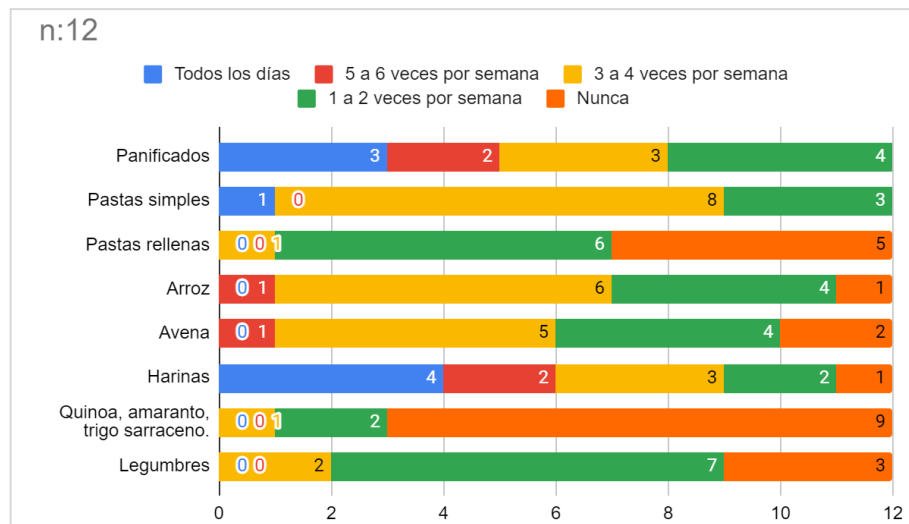


Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que las frutas como naranja, manzana, banana entre otras se ofrecen con una frecuencia de “todos los días” seguido de “5 a 6 veces por semana”. Los frutos rojos se presentan con una frecuencia de “1 a 2 veces por semana” seguido de “3 a 4 veces por semana” y “nunca”. Los vegetales, excluyendo las hojas verdes, se ofrecen “todos los días” seguido de “5 a 6 veces por semana” y “3 a 4 veces por semana”. En el caso de la

espinaca, la acelga y la remolacha, su frecuencia de ofrecimiento es de “1 a 2 veces por semana” seguido de “3 a 4 veces por semana”. La papa, batata y choclo, se ofrecen con una frecuencia de “3 a 4 veces por semana” seguido de “5 a 6 veces por semana” y “1 a 2 veces por semana”.

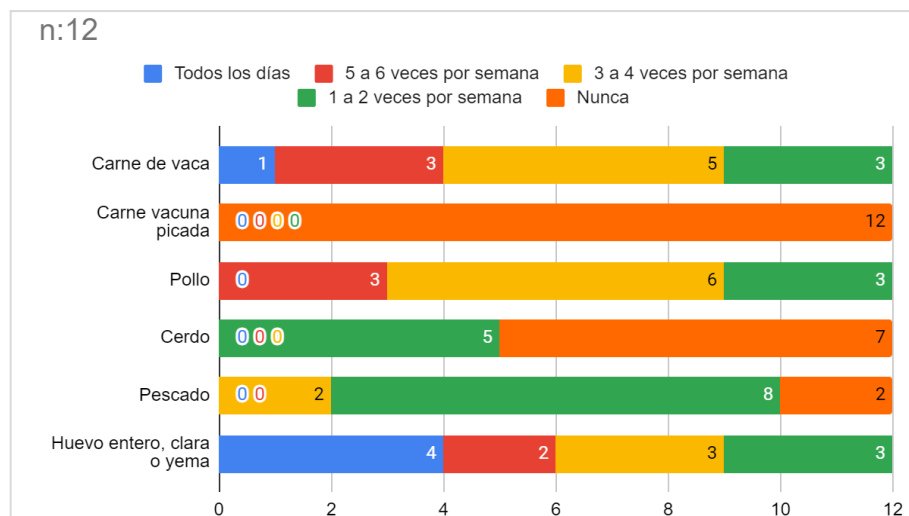
Gráfico N°44: Frecuencia de ofrecimiento de cereales, pseudocereales y legumbres a niños de entre 12 a 15 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede observar que los panificados se ofrecen con una frecuencia de “1 a 2 veces por semana” seguido de “todos los días” y “3 a 4 veces por semana”. Las pastas simples se presentan con una frecuencia de “3 a 4 veces por semana” seguido de “1 a 2 veces por semana”, mientras que las rellenas se ofrecen “1 a 2 veces por semana” seguido de “nunca”. El arroz se ofrece “3 a 4 veces por semana” seguido de “1 a 2 veces por semana”. La avena tiene una frecuencia de “3 a 4 veces por semana” seguido de “1 a 2 veces por semana”. Las harinas se presentan “todos los días” seguido de “3 a 4 veces por semana”. Los pseudocereales se ofrecen “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana” mientras que las legumbres tienen una frecuencia de “1 a 2 veces por semana” seguido de “nunca”.

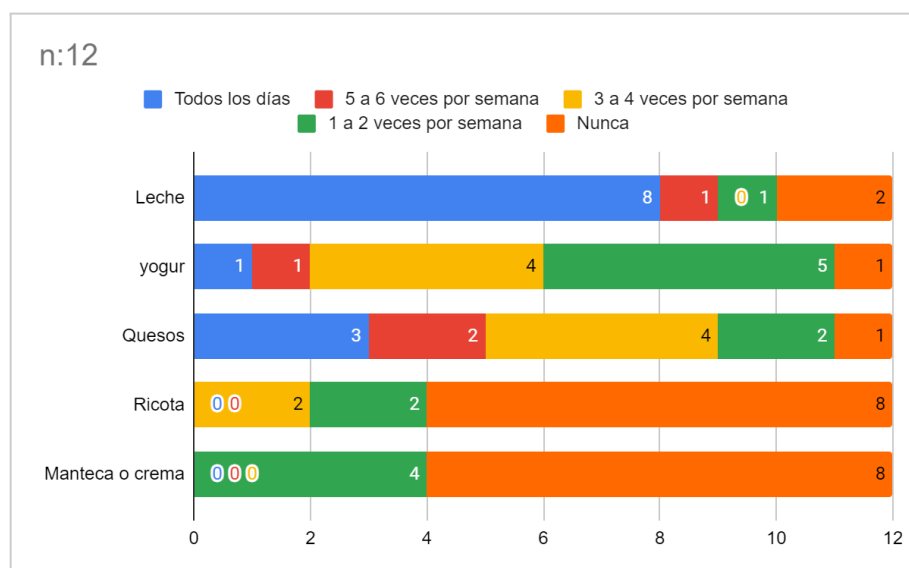
Gráfico N°45: Frecuencia de ofrecimiento de carnes y huevo a niños de entre 12 a 15 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

Se observa en el gráfico que la carne vacuna tiene una frecuencia de ofrecimiento de “3 a 4 veces por semana” seguido de “5 a 6 veces por semana” y “1 a 2 veces por semana”. Por el contrario, la carne vacuna picada “nunca” está presente en la AC. El pollo se incluye con una frecuencia de “3 a 4 veces por semana” seguido de “1 a 2 veces por semana” y “5 a 6 veces por semana”. El cerdo se ofrece “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana” mientras que el pescado tiene una frecuencia de ofrecimiento de “1 a 2 veces por semana” seguido de “nunca” y “5 a 6 veces por semana”. El huevo es ofrecido con una frecuencia de “todos los días” seguido de “3 a 4 veces por semana” y “1 a 2 veces por semana”.

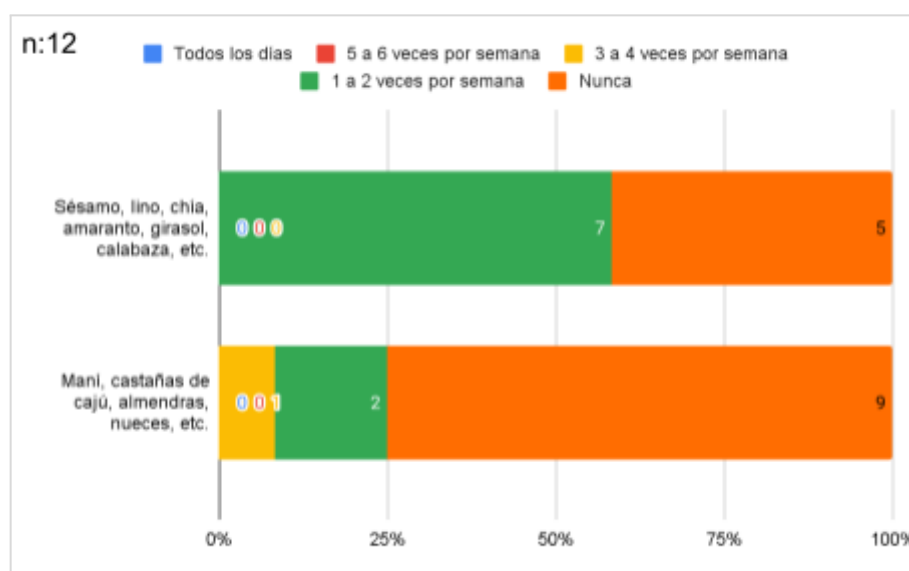
Gráfico N°46: Frecuencia de ofrecimiento de lácteos y derivados a niños de entre 12 y 15 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que la leche es ofrecida con una frecuencia de “todos los días” seguido de “nunca”. El yogur se ofrece “1 a 2 veces por semana” seguido de “3 a 4 veces por semana”. Los quesos tienen una frecuencia de ofrecimiento de “3 a 4 veces por semana” seguido de “todos los días”. La ricota “nunca” está presente en la alimentación, seguido de “1 a 2 veces por semana” mientras que la crema y/o manteca se ofrece con una frecuencia de “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”.

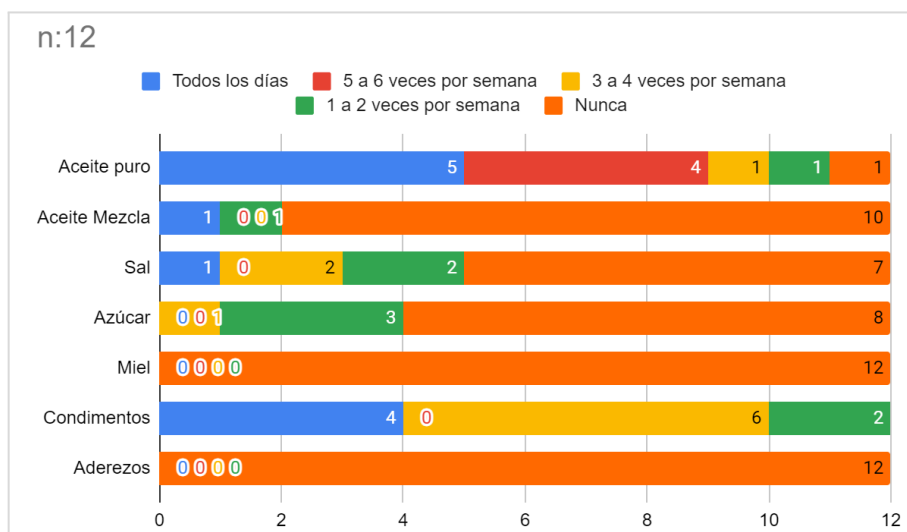
Gráfico N°47: Frecuencia de ofrecimiento de semillas y frutos secos a niños de entre 12 y 15 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que las semillas tienen una frecuencia de ofrecimiento de “1 a 2 veces por semana” seguido de “nunca” mientras que los frutos secos tienen una frecuencia de ofrecimiento de “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”.

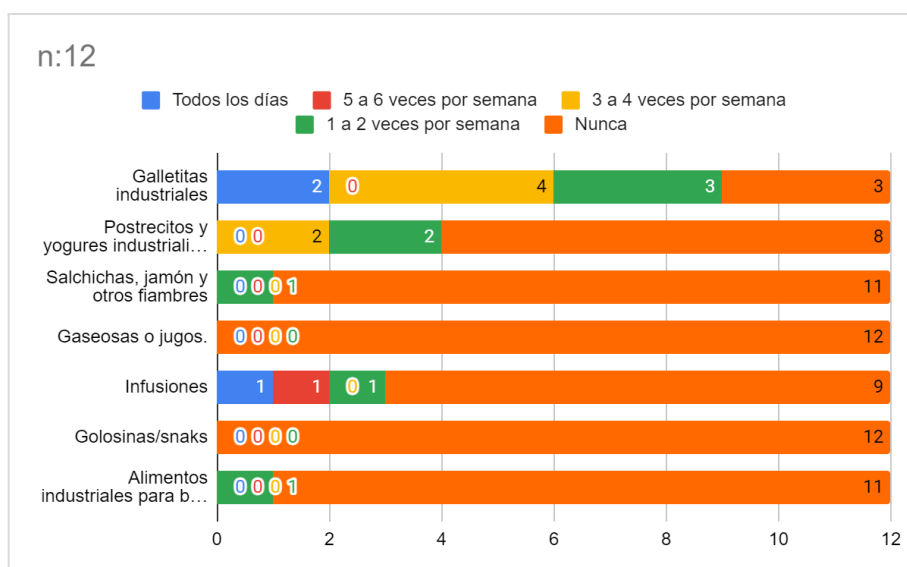
Gráfico N°48: Frecuencia de uso de alimentos para cocinar o condimentar preparaciones de niños de 12 a 15 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede observar que el aceite puro se utiliza con una frecuencia de “todos los días” seguido de “5 a 6 veces por semana”, mientras que el aceite mezcla se usa “nunca” en la mayoría de los casos. La sal está presente en las preparaciones con una frecuencia de “nunca”, seguido de “1 a 2 veces por semana” y “3 a 4 veces por semana”. El uso de azúcar tiene una frecuencia de “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”. La miel se incluye “nunca” en la AC. Los condimentos tienen una frecuencia de inclusión de “3 a 4 veces por semanas” seguido de “todos los días” mientras que los aderezos se utilizan “nunca”.

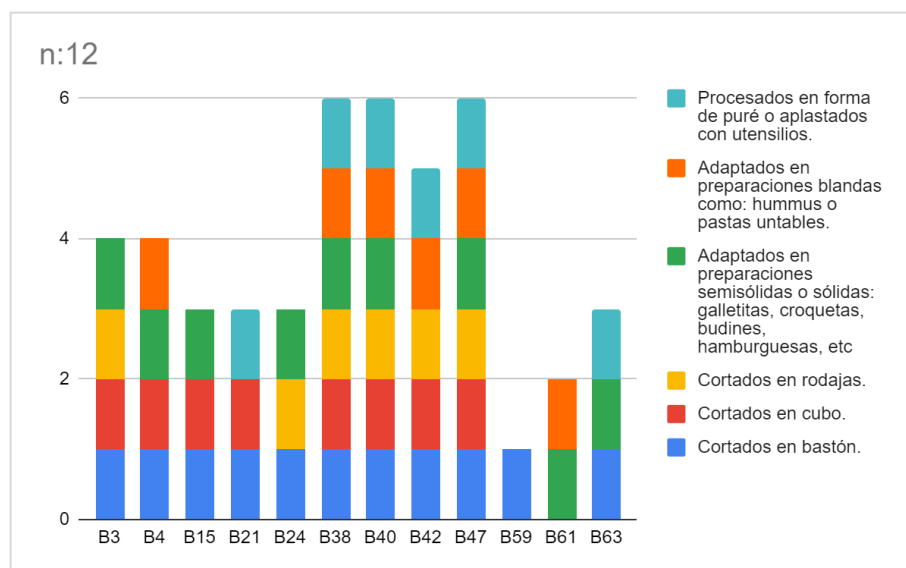
Gráfico N°49: Frecuencia de ofrecimiento de alimentos procesados a niños de entre 12 y 15 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que el ofrecimiento de galletitas industriales tiene una frecuencia de “3 a 4 veces por semana” seguido de “1 a 2 veces por semana” y “nunca”. Los postrecitos y yogures industriales “nunca” se ofrecen, seguido de “1 a 2 veces por semana” y “3 a 4 veces por semana”. Las salchichas y fiambres tienen un ofrecimiento de “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”. Respecto a las gaseosas o jugos, las golosinas y los snacks “nunca” están presentes en la AC. Las infusiones se ofrecen con una frecuencia de “nunca” y en menor medida se dan “todos los días”, “5 a 6 veces por semana” y “1 a 2 veces por semana”. Los alimentos industriales para bebés se ofrecen “nunca”, seguido de “1 a 2 veces por semana”.

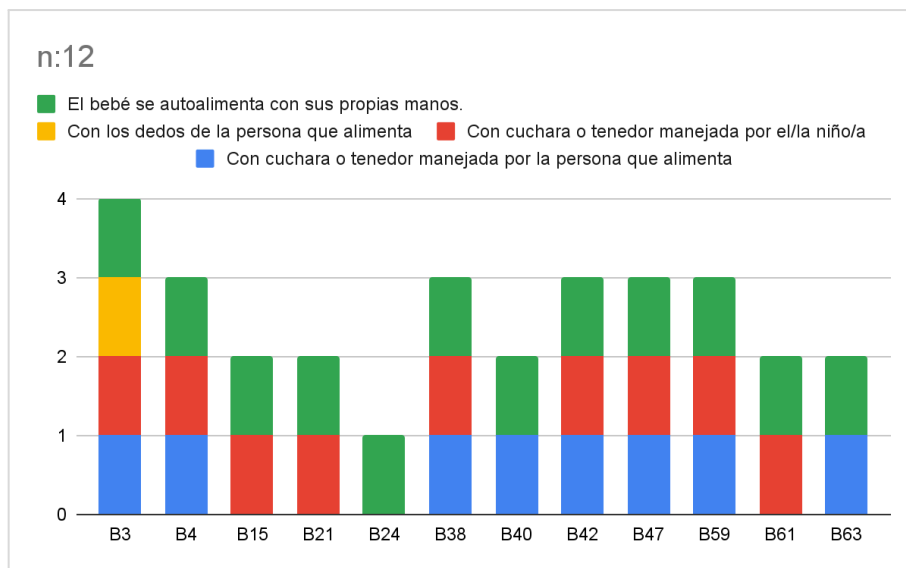
Gráfico N°50: Forma de presentación de los alimentos a niños de entre 12 a 15 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que el 91,66% de las madres ofrece alimentos cortados en forma de bastón mientras que el 66,67% lo hace en forma de cubo y un 50% como rodajas. El 75% los ofrece en forma de preparaciones semisólidas y el 50% en preparaciones blandas. Con respecto a los procesados o purés, son ofrecidos a los niños por el 50% de las madres.

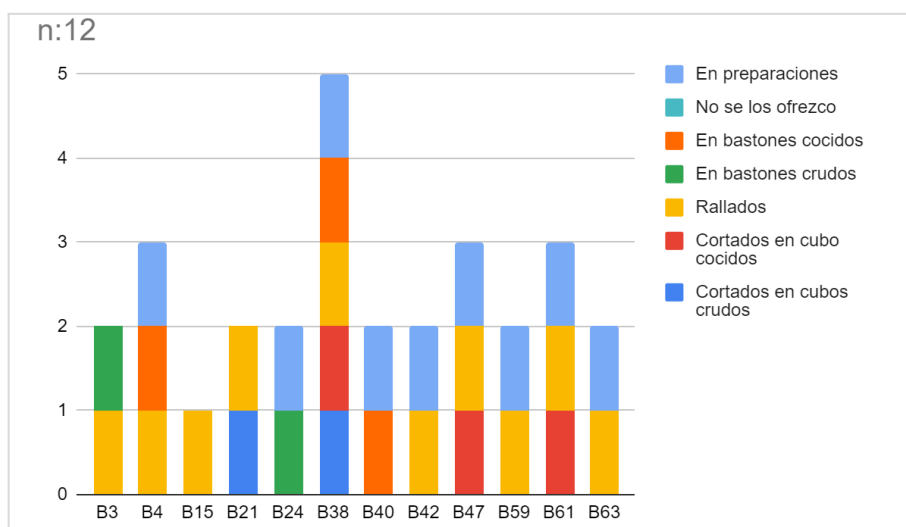
Gráfico N°51:Elemento utilizado para el consumo/ofrecimiento de alimentos a niños de entre 12 a 15 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

Se observa en el gráfico que todos los niños se autoalimentan utilizando sus propias manos mientras que el 75% lo hace manejando por sí mismo diferentes utensilios. En el 66,67% de los casos, la alimentación también es llevada a cabo a través de una cuchara o tenedor manejada por la persona que alimenta, mientras que el 8,33% también utiliza los dedos para ofrecer los alimentos a los bebés.

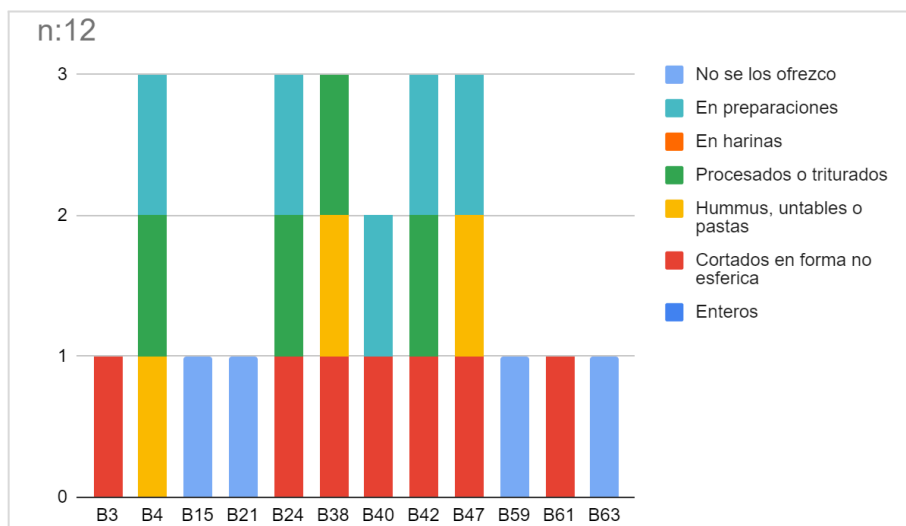
Gráfico N°52: Forma de ofrecimiento de alimentos duros como la manzana o zanahoria a niños de entre 12 a 15 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede ver que los alimentos de consistencia dura son ofrecidos a los niños de las siguientes maneras: rallados (83,33%), en preparaciones (75%), en bastones y cubos cocidos (25%), en bastones y cubos crudos (16,67%).

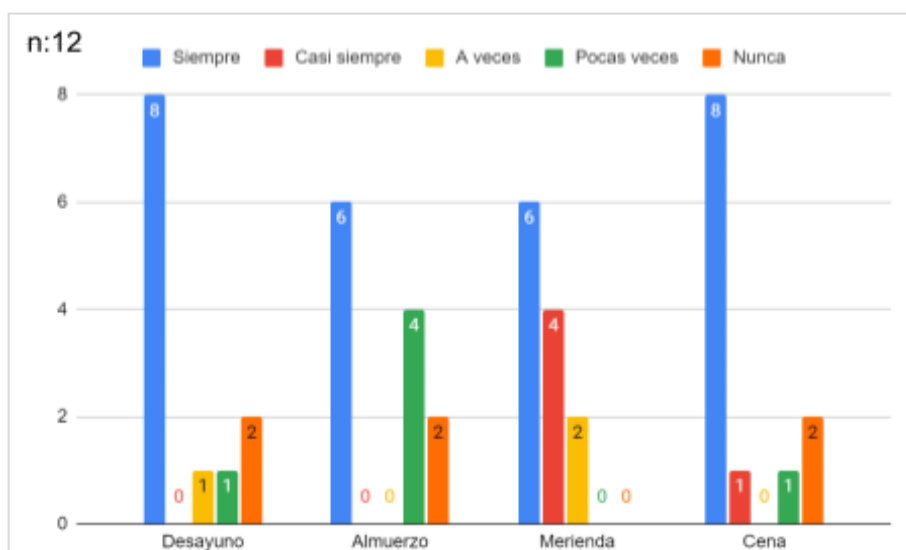
Gráfico N°53: Forma de ofrecimiento de alimentos pequeños y esféricos como el maní o las arvejas a niños de entre 12 a 15 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede ver que el 33,3% refiere no ofrecer alimentos esféricos a los bebés mientras que, el 58,33% los corta de forma no esférica, el 41,67% los incluye en preparaciones, el 33,33% los procesa y el 25% los adapta en forma de hummus o pastas untables.

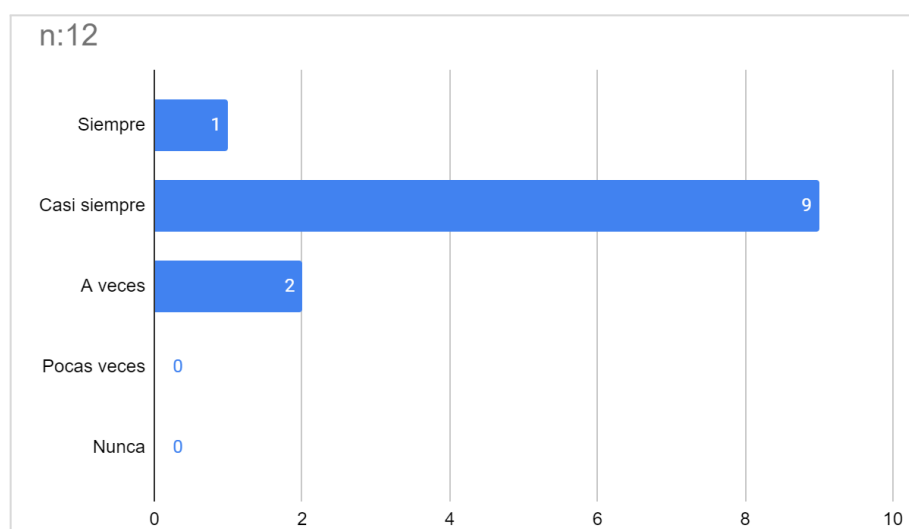
Gráfico N°54: Frecuencia de inclusión de niños de entre 12 a 15 meses en las comidas principales familiares.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

El gráfico muestra que los niños comparten las comidas familiares con diversas frecuencias. En el desayuno, la opción de “siempre” es la más elegida, seguido de “nunca” para el desayuno. Para el almuerzo la frecuencia predominante es “siempre” seguido de “pocas veces”. En la merienda la opción “siempre” también es la más común, seguido de “casi siempre”. Finalmente, en relación a la cena, los infantes son incluidos con una frecuencia de “siempre”, seguido de “nunca”.

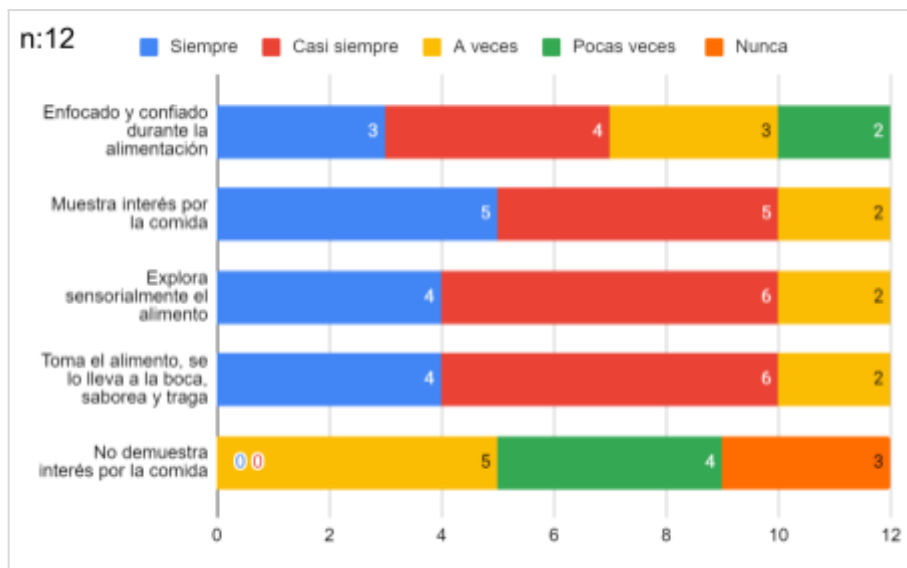
Gráfico N°55: Frecuencia de ofrecimiento de los mismos alimentos que consume la familia a niños de 12 a 15 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que la frecuencia de ofrecimiento a los niños de los mismos alimentos que consume la familia es de “casi siempre” para el 75%, mientras que el 16,67% lo hace “a veces” y el 8,33% “siempre”.

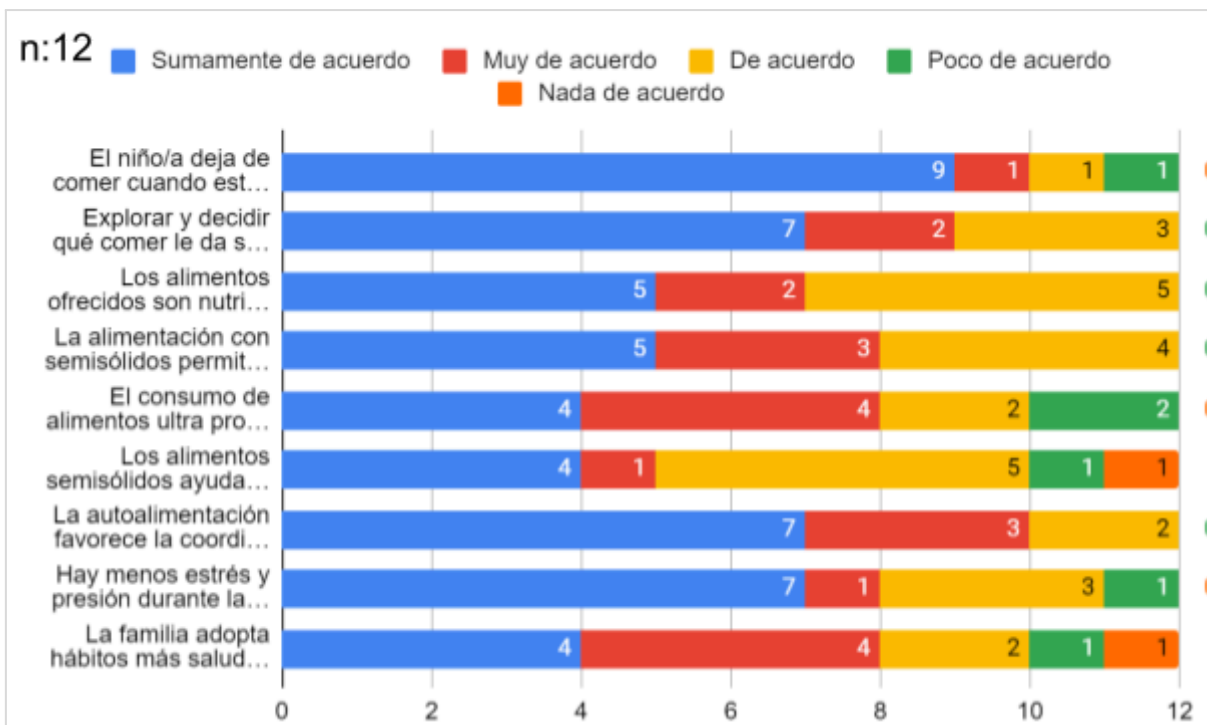
Gráfico N°56: Frecuencia de los comportamientos observados de niños de entre 12 a 15 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

El gráfico muestra que la mayoría de los niños se encuentran “casi siempre” enfocados y confiados durante la alimentación, seguido de las opciones “siempre” y “a veces”. En cuanto a la percepción de las madres, los bebés muestran interés por la comida con una frecuencia de “casi siempre” y “siempre”. La exploración sensorial del alimento se presenta “casi siempre” en la mayoría de los casos, siendo “siempre” la segunda opción. Un comportamiento que se observa “casi siempre”, seguido por “siempre” es la toma del alimento y su llevada a la boca. Por otro lado, la falta de interés durante las comidas se manifiesta principalmente con una frecuencia de “a veces”, seguida de “pocas veces”.

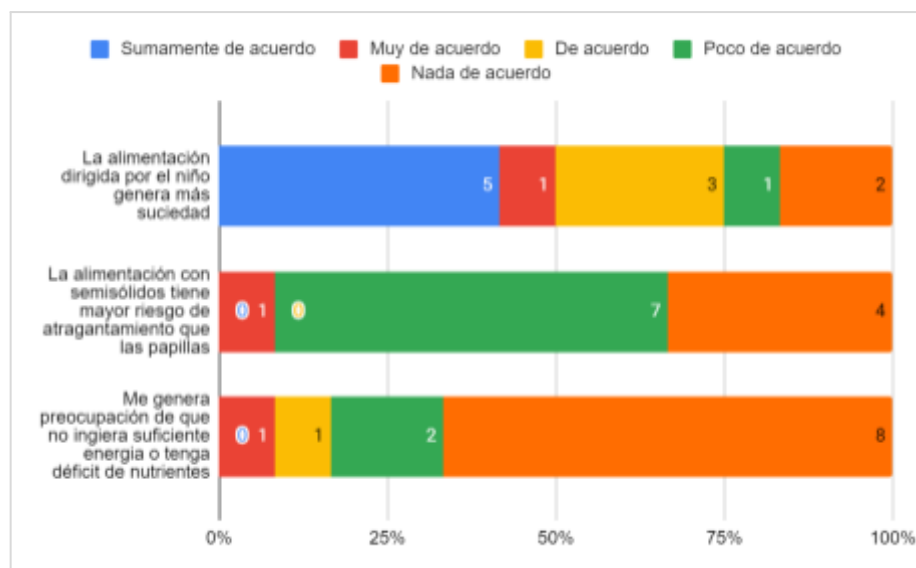
Gráfico N°57: Grado de acuerdo de madres de 12 a 15 meses con las posibles ventajas que promociiona el método autorregulado.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

El gráfico revela que las madres están “sumamente de acuerdo” en que el bebé deja de comer cuando está saciado. Entre las ventajas de la alimentación dirigida, destacan que el niño gana seguridad al poder explorar y decidir qué comer, que la alimentación con semisólidos permite ofrecer alimentos difíciles en papilla, y que hay menos estrés durante las comidas, obteniendo un grado de “sumamente de acuerdo” seguido de “de acuerdo”. También consideran que los alimentos ofrecidos son nutritivos siendo “sumamente de acuerdo” y “de acuerdo” las respuestas. La mayoría está “de acuerdo” en que los semisólidos ayudan al desarrollo de la masticación. Además, hay un consenso de “sumamente de acuerdo” de que el consumo de ultraprocesados es menor y que la familia adopta hábitos más saludables. Finalmente, la autoalimentación se considera beneficiosa para la coordinación ojo-mano-boca, con respuestas de “sumamente de acuerdo”.

Gráfico N°58: Grado de acuerdo de madres de niños de 12 a 15 meses con las posibles desventajas que promueve el método autorregulado.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

El gráfico presenta las posibles desventajas del método dirigido por el bebé. En primer lugar, las madres expresaron estar “sumamente de acuerdo” seguido de “de acuerdo” con respecto a una mayor suciedad, generada al permitir que los/as bebés se autoalimenten. En relación a la percepción de un mayor riesgo de atragantamiento al ofrecer semisólidos en comparación con las papillas, las respuestas indican estar “poco de acuerdo” seguido de “nada de acuerdo”. Además, la preocupación sobre si los infantes no ingieran suficiente energía o tengan déficit de nutrientes se refleja en un grado de acuerdo de “nada de acuerdo” seguido de “poco de acuerdo” .

ANÁLISIS DE DATOS DE MADRES DE NIÑOS DE 15 A 18 MESES.

Tabla N°4: Edad de hermanos (n:3) de niños de entre 15 a 18 meses.

UA	Edades de los hermanos en años	Edad en meses del niño/a le ofreció alimentos diferentes a la leche humana o a la fórmula láctea
B9	5	Después de los 6 meses
B37	8	Después de los 6 meses
B41	7	A los 6 meses

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación

En la tabla se puede ver que todos los niños de 15 a 18 meses tienen hermanos. Con respecto a la edad de la introducción de la AC, el 66,67% lo hizo después de los 6 meses mientras que el 33,33% a los seis meses.

Tabla N°5: Edad y motivo de introducción a la AC de niños de entre 15 a 18 meses.

	Profesional que hizo indicación	Alimentos le ofrece al niño/a
B9	Indicación del pediatra.	Leche de fórmula; Alimentos complementarios (aquellos que son diferentes a la leche humana o fórmula láctea como frutas, vegetales, carnes, etc).
B37	Indicación del pediatra.	Alimentos complementarios (aquellos que son diferentes a la leche humana o fórmula láctea como frutas, vegetales, carnes, etc).
B41	Indicación del pediatra.	Leche humana; Alimentos complementarios (aquellos que son diferentes a la leche humana o fórmula láctea como frutas, vegetales, carnes, etc).

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación

En la tabla se puede ver que todos los niños iniciaron la AC por indicación del pediatra. Con respecto a la alimentación ofrecida, se observa que todos los niños consumen alimentos complementarios, mientras que el 33,33% además continúa con la lactancia y el 33,33% con leche de fórmula.

Tabla N°6: Frecuencia con la que ofrece frutas, vegetales, semillas y frutos secos a niños de entre 15 a 18 meses.

	Naranja, manzana, banana, mandarina, pera, durazno, etc	Frutos rojos (frutillas, arándanos, etc	Brócoli, zapallo, zapallito, zanahoria, tomate, cebolla, etc.	Espinaca, acelga y remolacha	Papa, batata, choclo	Semillas	Frutos secos
B9	Todos los días	Nunca	3 a 4 veces por semana	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana
B37	3 a 4 veces por semana	Nunca	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana	3 a 4 veces por semana	Nunca	Nunca
B41	Todos los días	3 a 4 veces por semana	Todos los días	3 a 4 veces por semana	Todos los días	Nunca	Nunca

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación

En la tabla se observa que al 66,67% de los niños le ofrecen frutas “todos los días” mientras que el 33,33% lo hace “3 a 4 veces por semana”. El 66,67% “nunca” consume frutos rojos mientras que el 33,33% lo hace “3 a 4 veces por semana”. Los vegetales son incluidos “todos los días” (33,33%), “1 a 2 veces por semana” (33,33%) y “3 a 4 veces por semana”. Se puede ver que los frutos secos y las semillas tienen una frecuencia de ofrecimiento de “nunca” para el 66,67% de los bebés y el 33,33% restante los incluye “1 a 2 veces por semana”.

Tabla N°7: Frecuencia de ofrecimiento de cereales, pseudocereales y legumbres de niños de entre 15 a 18 meses.

	Panificados	Pastas simples	Pastas rellenas	Arroz	Avena	Harinas (en galletitas, tortas, budines)	Quinoa, amaranto, trigo sarraceno	Legumbres (lentejas, porotos, garbanzos,
B9	Nunca	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana	3 a 4 veces por semana	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana
B37	Todos los días	3 a 4 veces por semana	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana	Nunca	Todos los días	Nunca	1 a 2 veces por semana
B41	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana	Nunca	1 a 2 veces por semana	3 a 4 veces por semana	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación

En la tabla se observa que los panificados son ofrecidos con una frecuencia para todos los casos del 33,33% siendo las respuestas “nunca”, “todos los días” y “1 a 2 veces por semana”. Las pastas simples las ofrecen con una frecuencia del 66,67% de “1 a 2 veces por semana” seguido del 33,33% de “3 a 4 veces por semana”. El arroz es ofrecido por todas las madres de “1 a 2 veces por semana” al igual que las legumbres. La avena se ofrece “3 a 4 veces por semana” (66,67%) y “nunca” (33,33%). La harina en preparaciones se ofrece “1 a 2 veces por semana” (66,67%) y “todos los días” (33,33%). Los pseudocereales tienen una frecuencia de ofrecimiento de “1 a 2 veces por semana” (66,67%) y “nunca” (33,33%).

Tabla N°8: Frecuencia de ofrecimiento de carnes y huevo de niños de entre 15 a 18 meses.

	Carne de vaca	Carne vacuna picada	Pollo	Cerdo	Pescado	Huevo entero, clara o yema
B9	1 a 2 veces por semana	Nunca	3 a 4 veces por semana	Nunca	3 a 4 veces por semana	3 a 4 veces por semana
B37	1 a 2 veces por semana	Nunca	1 a 2 veces por semana	Nunca	Nunca	1 a 2 veces por semana
B41	3 a 4 veces por semana	Nunca	3 a 4 veces por semana	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana	5 a 6 veces por semana

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación

En la tabla se puede observar que se les ofrece a los niños diferentes variedades de carnes, teniendo la carne de cerdo un menor ofrecimiento. El huevo también está incluido en la alimentación. Por el contrario, la carne vacuna picada no se ofrece “nunca”.

Tabla N°9: Frecuencia de ofrecimiento de lácteos y derivados de niños de entre 15 a 18 meses.

	Leche	Yogur	Quesos	Ricota	Crema o manteca
B9	3 a 4 veces por semana	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana	Nunca	Nunca
B37	Todos los días	3 a 4 veces por semana	3 a 4 veces por semana	Nunca	1 a 2 veces por semana
B41	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación

En la tabla se puede observar que al niño que continúa con lactancia materna nunca le ofrecen lácteos. Por el contrario, el niño que consume leche de fórmula además consume leche con una frecuencia de “3 a 4 veces por semana”, yogur “1 a 2 veces por semana” y quesos “1 a 2 veces por semana”. El niño que solo consume alimentos incluye leche “todos los días” mientras que el yogur y quesos “3 a 4 veces por semana” y crema o manteca “1 a 2 veces por semana”. La ricota “nunca” es ofrecida por ninguna de las madres.

Tabla N°10: Frecuencia de uso de alimentos para cocinar o condimentar preparaciones de niños de 15 a 18 meses.

	Aceite puro	Aceite mezcla	Sal	Azúcar	Miel	Condimentos	Aderezos
B9	Todos los días	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca
B37	1 a 2 veces por semana	Nunca	Todos los días	Nunca	Nunca	3 a 4 veces por semana	Nunca
B41	Todos los días	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	3 a 4 veces por semana	Nunca

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación

Se observa en la tabla anterior que el ofrecimiento de aceite puro tiene una frecuencia de “todos los días” seguido de “1 a 2 veces por semana”. El aceite mezcla “nunca” es ofrecido. Con respecto a la sal, la frecuencia de agregado a las comidas es de “nunca” seguido de “todos los días”. El azúcar, la miel y los aderezos tienen una frecuencia de ofrecimiento de “nunca”. Respecto a los condimentos, se ofrecen con una frecuencia de “3 a 4 veces por semana” seguido de “nunca”.

Tabla N°11: Frecuencia de ofrecimiento de alimentos procesados de niños de entre 15 a 18 meses.

	Galletitas industriales	Postrecitos y yogures industrializados	Salchichas, jamón y otros fiambres	Gaseosas o jugos	Infusiones	Golosinas y snacks	Alimentos industriales para bebés
B9	Nunca	3 a 4 veces por semana	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	1 a 2 veces por semana
B37	5 a 6 veces por semana	3 a 4 veces por semana	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana	Nunca	1 a 2 veces por semana	1 a 2 veces por semana
B41	1 a 2 veces por semana	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación

Se puede observar en el gráfico que los alimentos ultraprocesados y/o no recomendados “nunca” son ofrecidos en la mayoría de los casos aunque uno de los niños los consume con mayor frecuencia.

Tabla N°12: Forma con la que se ofrecen los alimentos, elemento utilizado para el consumo de alimentos, adaptación de alimentos con riesgo de asfixia a niños de entre 15 a 18 meses.

	Forma en que ofrece los alimentos	Manera en que consume el/la bebé los alimentos	Manera en que ofrece alimentos de consistencia dura	Manera en que ofrece alimentos pequeños y redondos
B9	Cortados en bastón.;Cortados en rodajas.	El bebé se autoalimenta con sus propias manos.	Cortados en cubo crudos	No se los ofrezco
B37	Cortados en bastón.;Cortados en cubo.;Adaptados en preparaciones semisólidas o sólidas: galletitas, croquetas, budines, hamburguesas, etc	Con cuchara o tenedor manejada por la persona que alimenta;	Cortados en cubo crudos	Cortados de forma no esférica
		Con cuchara o tenedor manejada por el/la niño/a	Rallados	
B41	Cortados en bastón.;Cortados en cubo.;Adaptados en preparaciones semisólidas o sólidas: galletitas, croquetas, budines, hamburguesas, etc;Adaptados en preparaciones blandas como: hummus o pastas untables.	Con cuchara o tenedor manejada por el/la niño/a;El bebé se autoalimenta con sus propias manos.	Rallados;En bastones cocidos;En preparaciones (galletitas, purés, budines, entre otras).	Hummus, untables o pastas;En harinas;En preparaciones (croquetas, hamburguesas, etc).

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación

En la tabla se puede observar que los niños/as consumen los alimentos con diferentes formas de presentación: todas las madres ofrecen alimentos cortados en forma de bastón, el 66,67% en forma de cubo y el 33,33% como rodajas. Además el 66,67% ofrece

preparaciones semisólidas y el 33,33% preparaciones blandas. Todas las madres permiten que el niño se autoalimente, ya sea con sus propias manos o con el uso de utensilios. Una de ellas refiere intervenir en la alimentación ofreciendo alimentos al infante con cuchara o tenedor. Con respecto al ofrecimiento de alimentos con riesgo de asfixia, todas los adaptan en forma hummus, rallados, cortados de forma no esférica y en preparaciones. Respecto a los alimentos de consistencia dura el 66,67% ofrece cortados y crudos; y el 33,33% restante cortados y cocidos.

Tabla N°13: Frecuencia de inclusión de niños de entre 15 a 18 meses a las comidas familiares principales.

	Desayuno	Almuerzo	Merienda	Cena
B9	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Siempre
B37	Casi siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre
B41	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación

En la tabla se observa que los niños son incluidos en las comidas familiares con una frecuencia de “siempre” seguido de “casi siempre”.

Tabla N°14: Frecuencia con la que niños de entre 15 a 18 meses consumen los mismos alimentos que la familia y de comportamientos observados del grado de aceptación de los alimentos.

	Frecuencia con que le ofrece al niño/a los mismos alimentos que su familia	Enfocado y confiado durante la alimentación	Muestra interés por la comida	Explorar sensorialmente el alimento	Toma el alimento, se lo lleva a la boca, saborea y traga.	No demuestra interés por la comida
B9	A veces	Casi siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Pocas veces
B37	Siempre	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Nunca
B41	Casi siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación

En la tabla se observa que la frecuencia en la que se le ofrece al niño los mismos alimentos que el resto de la familia es de “a veces”, “siempre” y “casi siempre”. En lo que respecta a los comportamientos observados en el niño se puede ver que “casi siempre”, “a veces” y “siempre” se encuentran enfocados y confiados en la alimentación. El 66,67% refiere que los niños “siempre” muestran interés por la comida, exploran sensorialmente el alimento, lo toman y se lo llevan a la boca, mientras que el 33,33% restante lo hace con una

frecuencia de “casi siempre”. Por el contrario, no demuestran interés por la comida con una frecuencia de “nunca” seguido de “pocas veces”.

Tabla N°15: Grado de acuerdo de madres de niños de entre 15 a 18 meses con las posibles ventajas que promueve el método autorregulado.

	El niño deja de comer cuando está saciado	Explorar y decidir qué comer le da seguridad al niño	Los alimentos ofrecidos son nutritivos	El consumo de ultraprocesados es menor	La alimentación con semisólidos permite brindar alimentos que son más difíciles de ofrecer en papilla.	Los alimentos semisólidos ayudan al desarrollo de la masticación	La autoalimentación favorece la coordinación ojo-mano-boca	Hay menos estrés y presión durante las comidas	La familia adopta hábitos más saludables
B9	Sumamente de acuerdo	Sumamente de acuerdo	Sumamente de acuerdo	Sumamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Muy de acuerdo	Sumamente de acuerdo	Sumamente de acuerdo	Sumamente de acuerdo
B37	De acuerdo	Poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Poco de acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	De acuerdo	Poco de acuerdo
B41	Sumamente de acuerdo	Sumamente de acuerdo	Sumamente de acuerdo	Sumamente de acuerdo	Sumamente de acuerdo	Sumamente de acuerdo	Sumamente de acuerdo	Sumamente de acuerdo	Sumamente de acuerdo

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación.

En la tabla se observa que las madres expresan una fuerte concordancia sobre varios aspectos, estando “sumamente de acuerdo” y “de acuerdo” en que los bebés dejan de comer cuando están saciados, en que la autoalimentación favorece la coordinación ojo-mano-boca y que se reduce el estrés y la presión durante las comidas. En relación a otras ventajas, destacan estar “sumamente de acuerdo” seguido de “poco de acuerdo” respecto a que explorar y decidir qué comer le da seguridad al niño, los alimentos ofrecidos son nutritivos, el consumo de ultraprocesados es menor y la familia adopta hábitos más saludables. En cuanto a que la alimentación con semisólidos permite brindar alimentos que son más difíciles de ofrecer en papilla y que los alimentos semisólidos ayudan al desarrollo de la masticación las respuestas fueron “muy de acuerdo”, “de acuerdo” y “sumamente de acuerdo”.

Tabla N°16: Grado de acuerdo de madres de niños de entre 15 a 18 meses con las posibles desventajas que promociiona el método autorregulado.

	La alimentación dirigida por el niño/a genera más suciedad	La alimentación con semisólidos tiene mayor riesgo de atragantamiento que las papillas	Me genera preocupación de que no ingiera suficiente energía o tenga déficit de nutrientes
B9	Poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Poco de acuerdo
B37	Sumamente de acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo
B41	Nada de acuerdo	Nada de acuerdo	Nada de acuerdo

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación

En la tabla se puede observar que las madres se encuentran “poco de acuerdo”, “sumamente de acuerdo” y “nada de acuerdo” respecto a que la alimentación dirigida por el bebe genera más suciedad. En lo que refiere a un riesgo de atragantamiento mayor de la alimentación con semisólidos comparada con las papillas, refieren estar “poco de acuerdo” seguido de “nada de acuerdo”. Se puede ver que el grado de acuerdo con respecto a la preocupación de que el infante no ingiera suficiente energía o tenga déficit de nutrientes es de “nada de acuerdo” seguido de “poco de acuerdo”.

ANÁLISIS DE DATOS DE MADRES DE NIÑOS DE 18 A 24 MESES

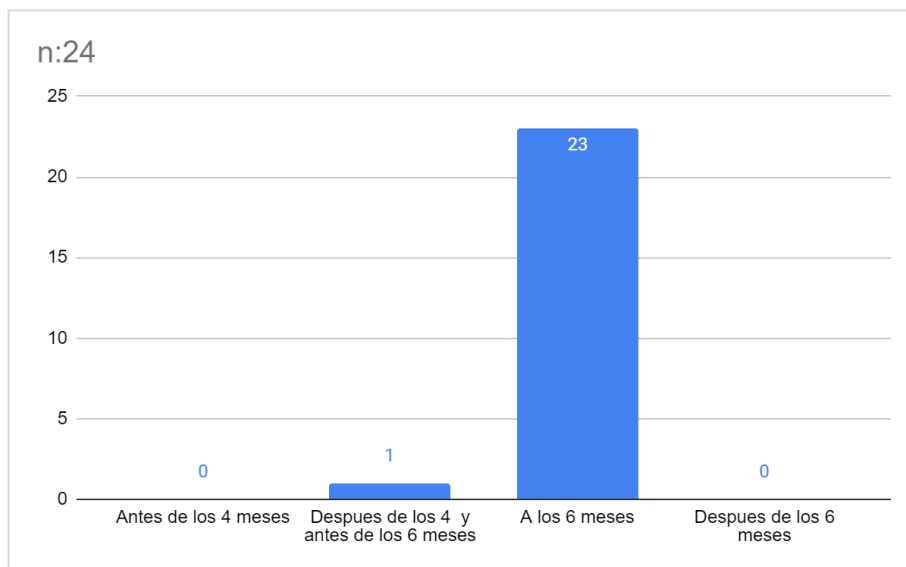
Tabla N°17: Edad de hermanos (n:4).

UA	Edad en años
B10	9
B12	7
B18	6
B34	4 Y 7

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación

En la tabla se observa que las edades de los hermanos de los niños de 18 a 24 meses van de un rango de 4 a 9 años, con un promedio de 7 años.

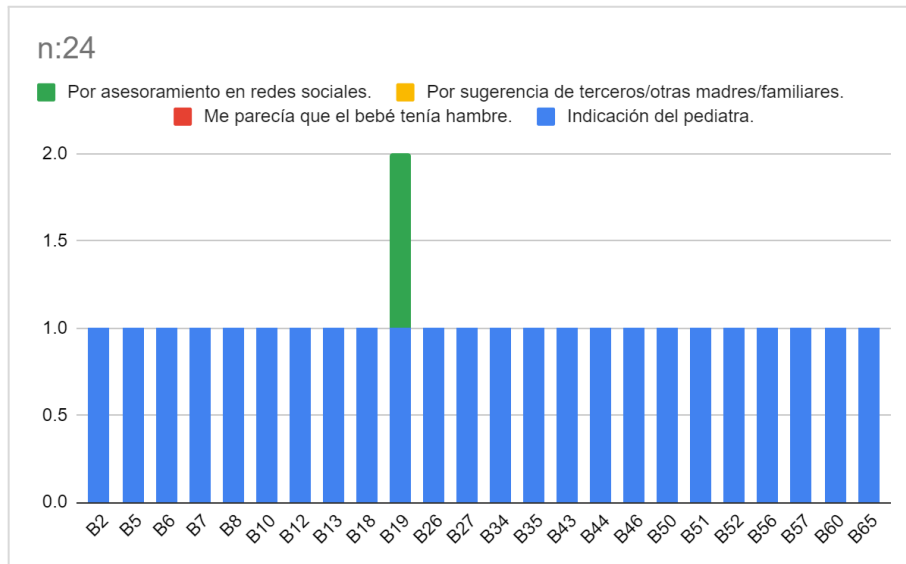
Gráfico N°59: Edad de introducción del niño/a de entre 18 a 24 meses a la AC.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede observar que el 95,83% de los bebés fueron introducidos a la AC a los seis meses mientras que el 4,16% lo hizo después de los 4 y antes de los 6 meses.

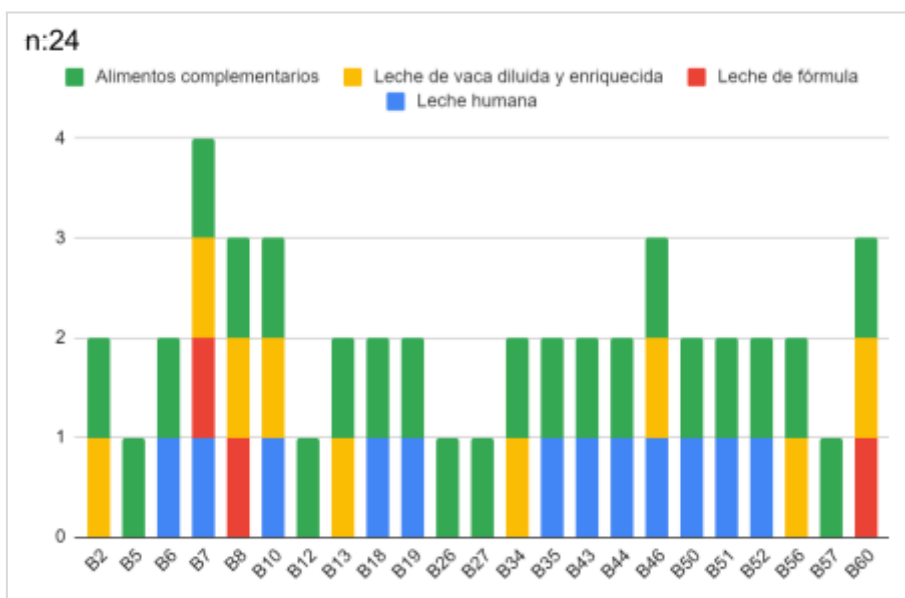
Gráfico N°60: Motivo de inicio de la AC de niños de entre 18 a 24 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que todos los niños iniciaron la AC por indicación del pediatra mientras una de las madres también lo hizo por asesoramiento en redes sociales.

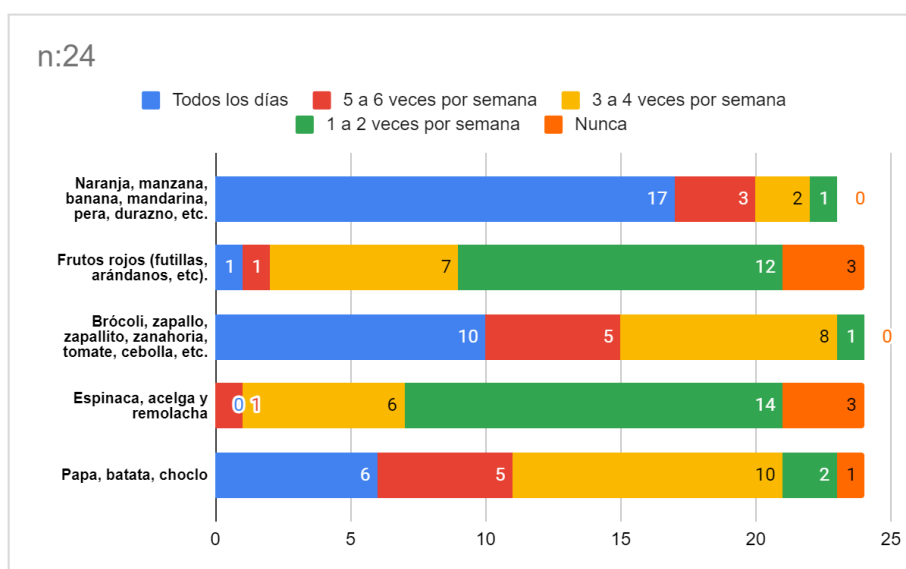
Gráfico N°61: Tipo de alimentación ofrecida a niños de entre 18 a 24 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico anterior se puede ver que todos los niños/as fueron introducidos a la alimentación complementaria. El 50% continúa con lactancia humana, mientras que al 12,5% se le ofrece leche de fórmula y al 41,66% se le ofrece leche de vaca diluida y enriquecida.

Gráfico N°62: Frecuencia de ofrecimiento de vegetales y frutas al niño/a de entre 18 a 24 meses.

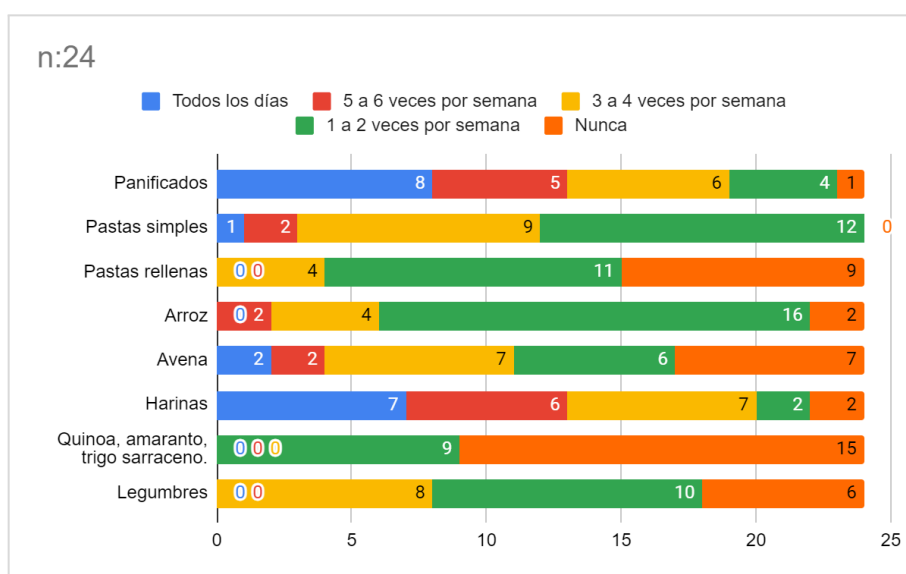


Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que las frutas como naranja, manzana, banana entre otras se ofrecen con una frecuencia de “todos los días” seguido de “5 a 6 veces por semana”. Los frutos rojos se ofrecen con una frecuencia de “1 a 2 veces por semana” seguido de “3 a 4

veces por semana”. Los vegetales, sin incluir hojas verdes, se ofrecen con una frecuencia de “todos los días” seguido de “3 a 4 veces por semana”. La espinaca, acelga y remolacha se ofrecen con una frecuencia de “1 a 2 veces por semana” seguido de “3 a 4 veces por semana”. Los vegetales fuente de hidratos de carbono, como papa, batata y choclo, se ofrecen con una frecuencia de “3 a 4 veces por semana” seguido de “todos los días” y “5 a 6 veces por semana”.

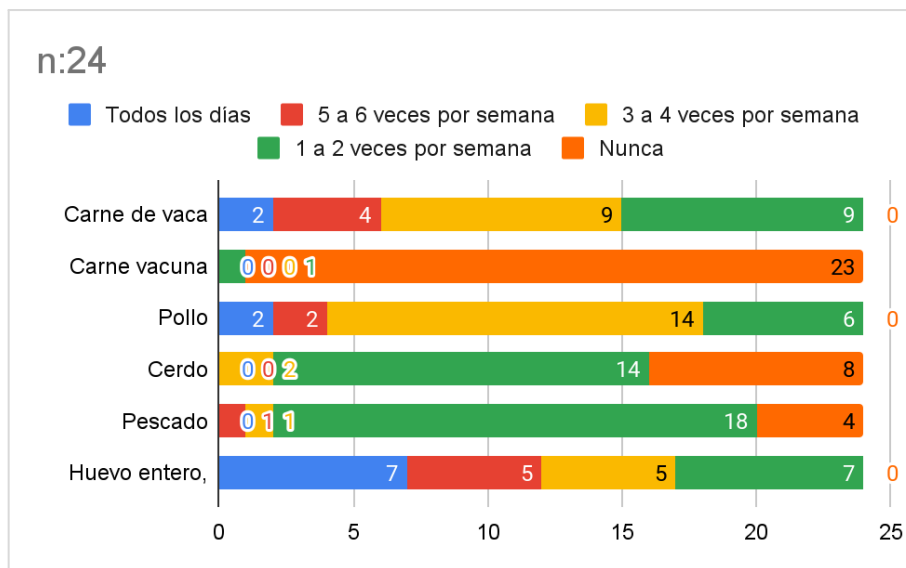
Gráfico N°63: Frecuencia de ofrecimiento de cereales, pseudocereales y legumbres en niños de entre 18 a 24 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede observar que el ofrecimiento de panificados a niños de 18 a 24 meses es de “todos los días” seguido de “3 a 4 veces por semana”. Las pastas simples se ofrecen con una frecuencia de “1 a 2 veces por semana” seguido de “3 a 4 veces por semana” mientras que las rellenas se ofrecen “1 a 2 veces por semana” seguido de “nunca”. El arroz tiene una frecuencia de ofrecimiento de “1 a 2 veces por semana” seguido de “3 a 4 veces por semana” y la avena se ofrece “nunca” y “3 a 4 veces por semana”. Las harinas se encuentran presentes en la AC con una frecuencia de “todos los días” y “3 a 4 veces por semana”. Los pseudocereales “nunca” se ofrecen seguido de “1 a 2 veces por semana” mientras que las legumbres tienen una frecuencia de ofrecimiento de “1 a 2 veces por semana” seguido de “3 a 4 veces por semana”.

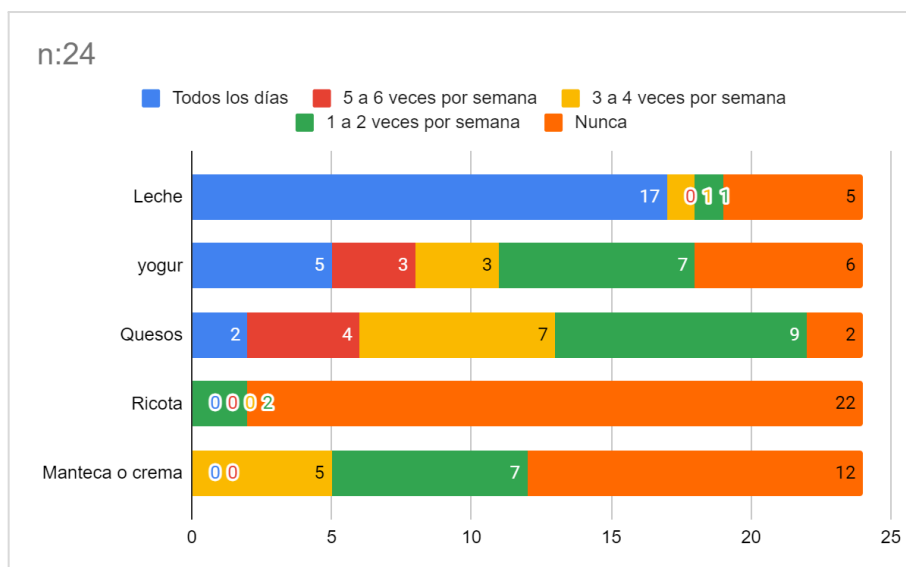
Gráfico N°64: Frecuencia de ofrecimiento de carnes y huevo en niños de entre 18 a 24 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

Se puede observar en el gráfico anterior que la carne vacuna tiene una frecuencia de ofrecimiento de “1 a 2 veces por semana” y “3 a 4 veces por semana”. Por el contrario, la carne vacuna picada “nunca” está presente en la AC, seguido de “1 a 2 veces por semana”. El pollo se incluye en la alimentación con una frecuencia de “3 a 4 veces por semana” seguido de “1 a 2 veces por semana”; mientras que el cerdo y el pescado se ofrecen “1 a 2 veces por semana” seguido de “nunca”. El huevo es ofrecido con una frecuencia de “todos los días” y “1 a 2 veces por semana”.

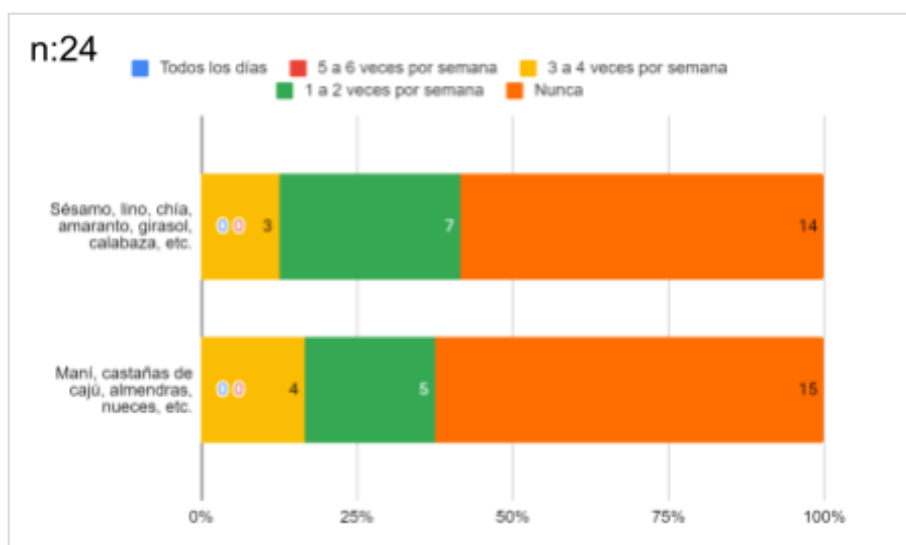
Gráfico N°65: Frecuencia de ofrecimiento de lácteos y derivados a niños de entre 18 a 24 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que la leche es ofrecida con una frecuencia de “todos los días” seguido de “nunca”. El yogur se ofrece “1 a 2 veces por semana” seguido de “nunca”. Los quesos forman parte de la AC con una frecuencia de “1 a 2 veces por semana” seguido de “3 a 4 veces por semana”. La ricota, crema y manteca “nunca” están presentes en la alimentación, seguido de “1 a 2 veces por semana”.

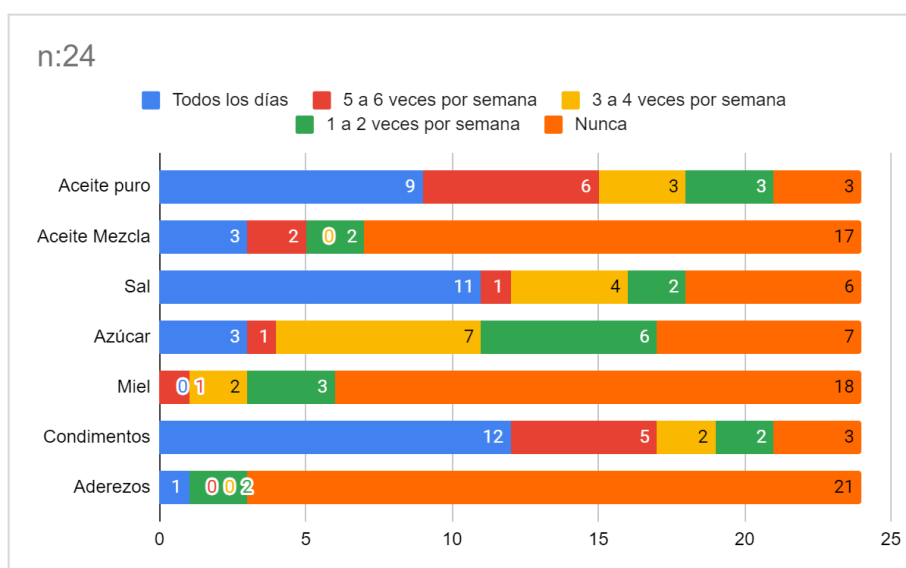
Gráfico N°66: Frecuencia de ofrecimiento de semillas y frutos secos a niños de entre 18 a 24 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que el ofrecimiento de frutos secos y semillas tiene una frecuencia de “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”.

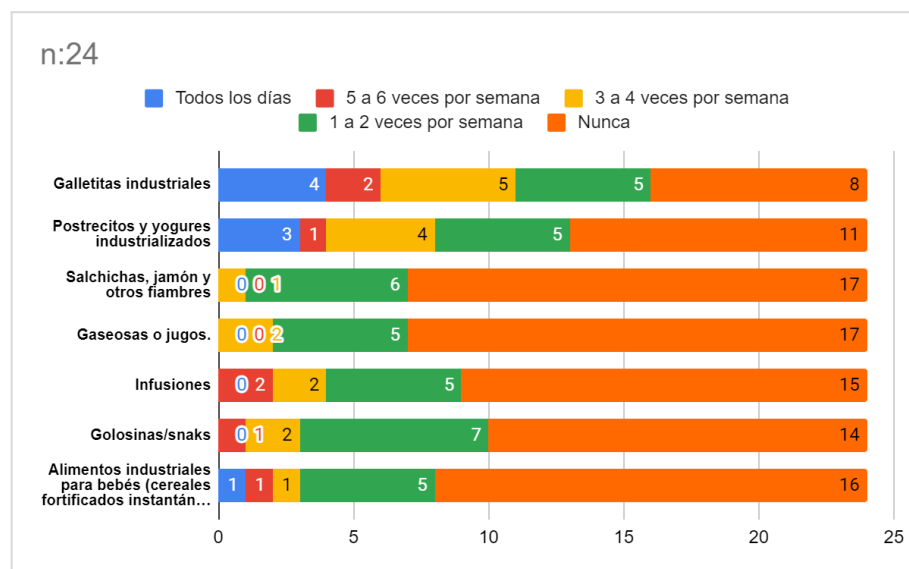
Gráfico N°67: Frecuencia de uso de alimentos para cocinar o condimentar preparaciones de niños de 18 a 24 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede observar que el uso de aceite puro se da con una frecuencia de “todos los días” seguido de “5 a 6 veces por semana” mientras que el aceite mezcla “nunca” se usa en la mayoría de los casos. La sal se usa en las preparaciones con una frecuencia de “todos los días” seguido de “nunca”. El azúcar se utiliza en la cocina con una frecuencia de “nunca” y “3 a 4 veces por semana”. La miel no se incluye “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”. Los condimentos se usan para cocinar con una frecuencia de “todos los días” seguido de “5 a 6 veces por semana” mientras que los aderezos “nunca” se utilizan.

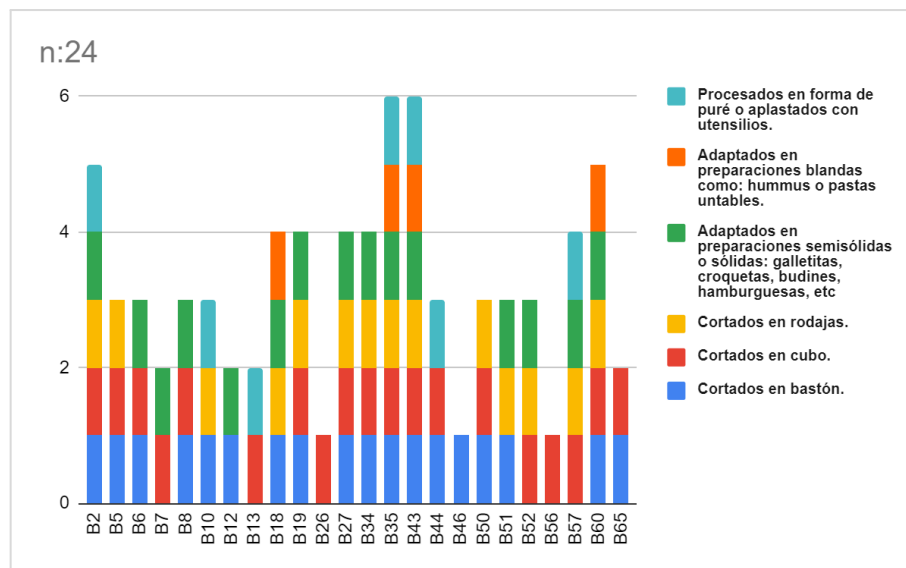
Gráfico N°68: Frecuencia de ofrecimiento de alimentos procesados en niños de entre 18 a 24 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que el ofrecimiento de alimentos procesados tales como galletitas, yogures o postrecitos, salchichas y fiambres, gaseosas o jugos, infusiones, golosinas o snacks y alimentos industriales para bebés tiene una frecuencia de “nunca” seguido de “1 a 2 veces por semana”.

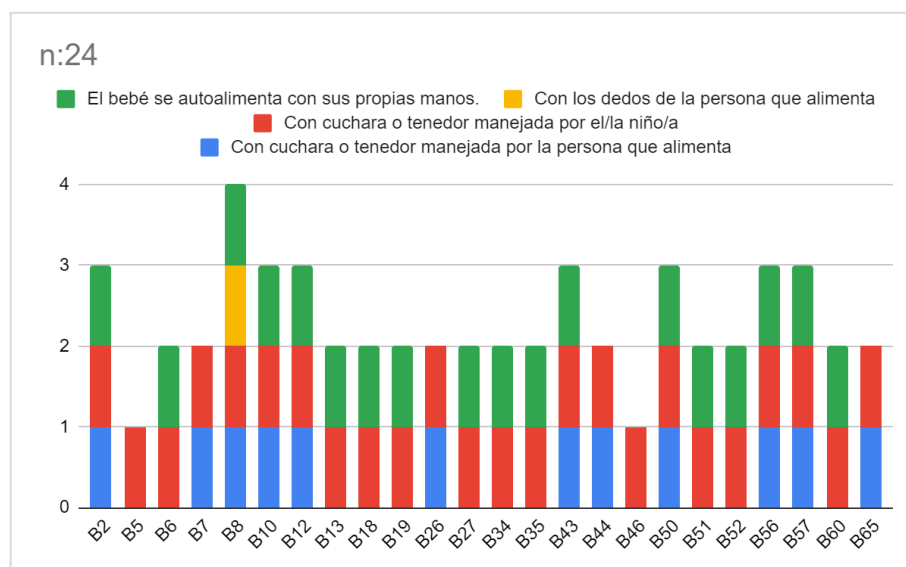
Gráfico N°69: Formas de presentación de los alimentos a niños de entre 18 a 24 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que el 79,16% de las madres ofrece alimentos cortados en forma de cubo mientras que el 75% lo hace cortados en forma de bastón. El 58,33% también los ofrece como rodajas. El 62,5% los ofrece en forma de preparaciones semisólidas y el 16,67% en preparaciones blandas. Con respecto a los procesados o purés, son ofrecidos a los niños por el 29,16% de las madres.

Gráfico N°70: Elemento utilizado para el consumo/ofrecimiento de alimentos a niños de entre 18 a 24 meses.

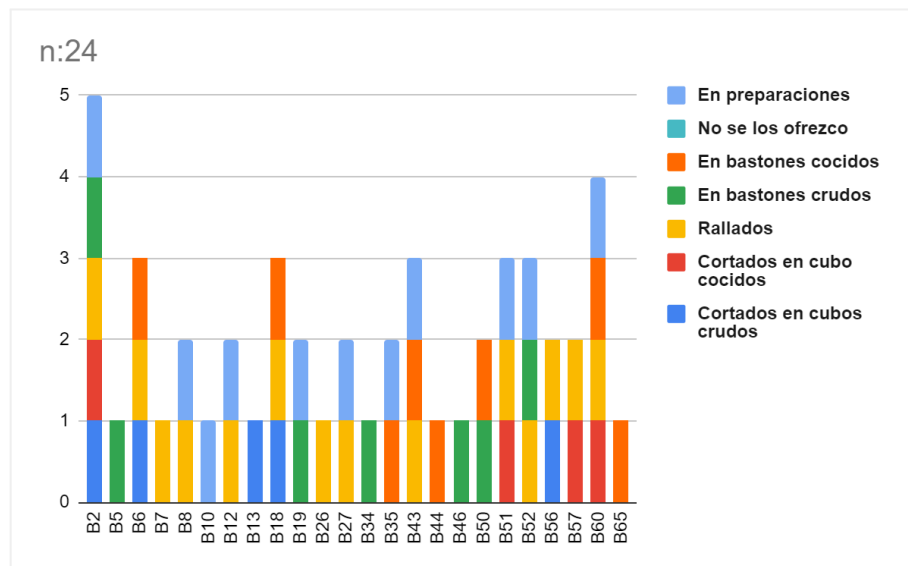


Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

Se observa en el gráfico que todos los niños se autoalimentan utilizando diferentes utensilios y el 75% también lo hace utilizando sus propias manos. El 50% de los niños de 18

a 24 meses se alimenta a través de una cuchara o tenedor manejada por la persona que alimenta, mientras que el 4,16% de los cuidadores también utiliza los dedos para ofrecer los alimentos al bebé.

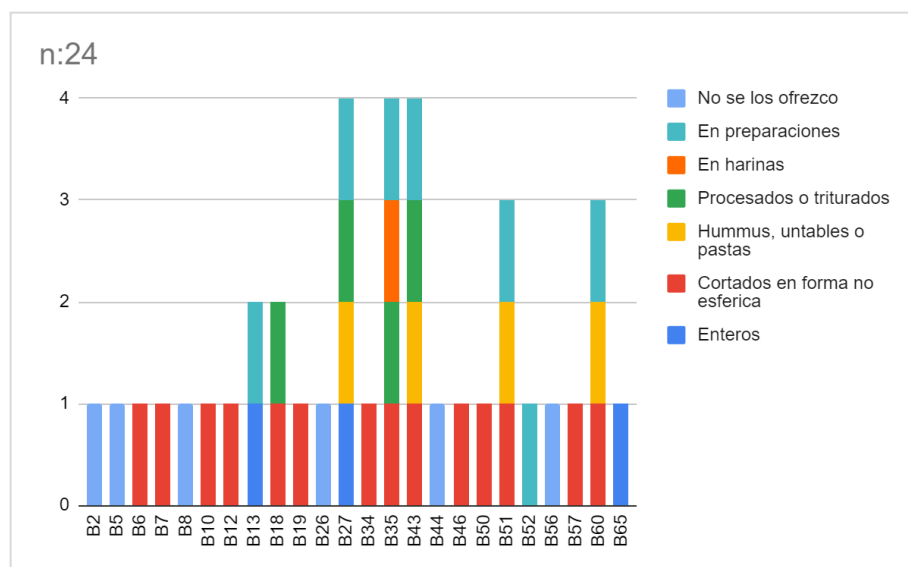
Gráfico N°71: Forma de ofrecimiento de alimentos duros como manzana o zanahoria a niños de entre 18 a 24 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que los alimentos de consistencia dura que tienen riesgo de asfixia son ofrecidos por las madres de las siguientes maneras: en forma de cubo crudo (20,83%), cubo cocido (16%), rallados (58,33%), en preparaciones (45,83%) bastones cocidos (33,33%), y bastones crudos (29,16%).

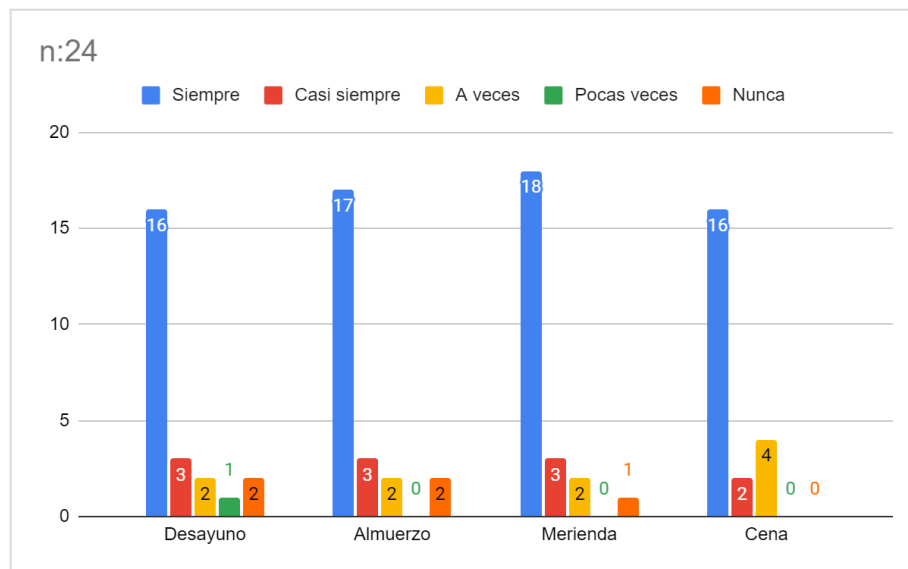
Gráfico N°72: Forma de ofrecimiento de alimentos pequeños y redondos como maní o arvejas en niños de entre 18 a 24 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede ver que el 25% de las madres refiere no ofrecer alimentos esféricos mientras que, el 28% los incluye en preparaciones, el 16,67% los adapta en forma de hummus o pastas untables, el 16,67% los procesa, el 58,33% los corta de forma no esférica y el 4,17% los utiliza en forma de harinas.

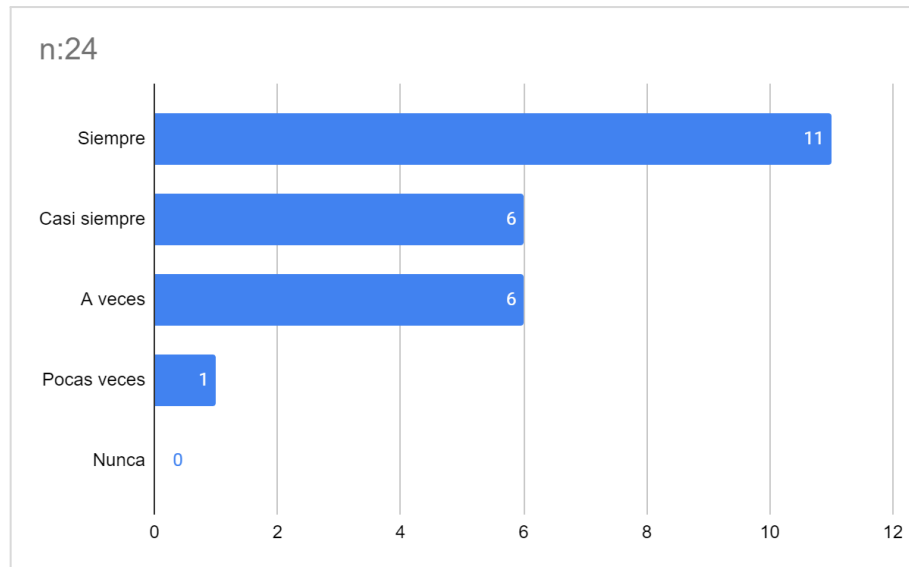
Gráfico N°73: Frecuencia de inclusión del niño/a de entre 18 a 24 meses en las comidas principales familiares.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

Se puede observar en el gráfico que los niños comparten las comidas familiares con una frecuencia de “siempre” seguido de “casi siempre” para el desayuno, almuerzo y merienda. En el caso de la cena, son incluidos con una frecuencia de “siempre” seguido de “a veces”.

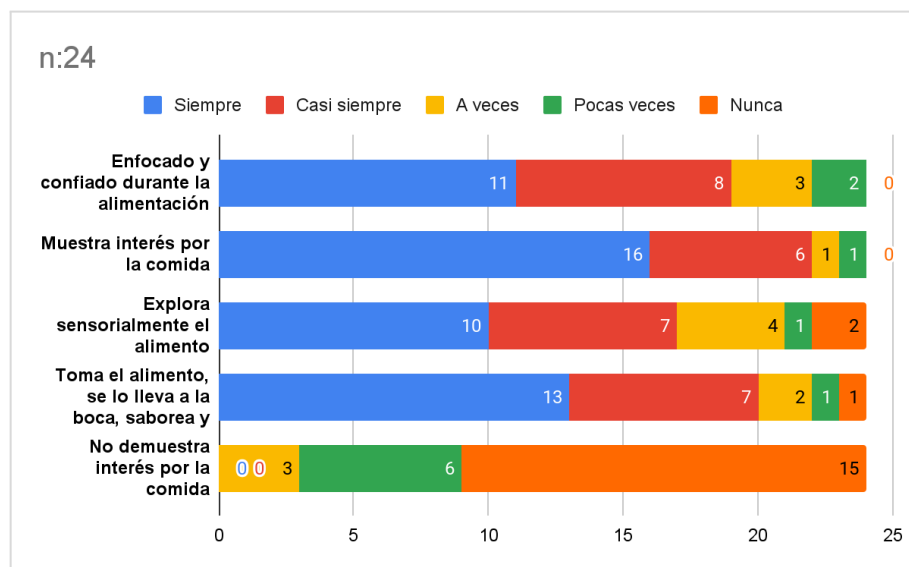
Gráfico N°74: Frecuencia de ofrecimiento de los mismos alimentos que consume la familia a niños de entre 18 a 24 meses.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se observa que la frecuencia de ofrecimiento de los mismos alimentos que consume la familia es de “siempre” para el 45,83% de los niños, mientras que el 25% lo hace “casi siempre” y “a veces”, y el 4,16% “pocas veces”.

Gráfico N°75: Frecuencia de actitudes del niño de entre 18 a 24 meses frente al acto de comer.

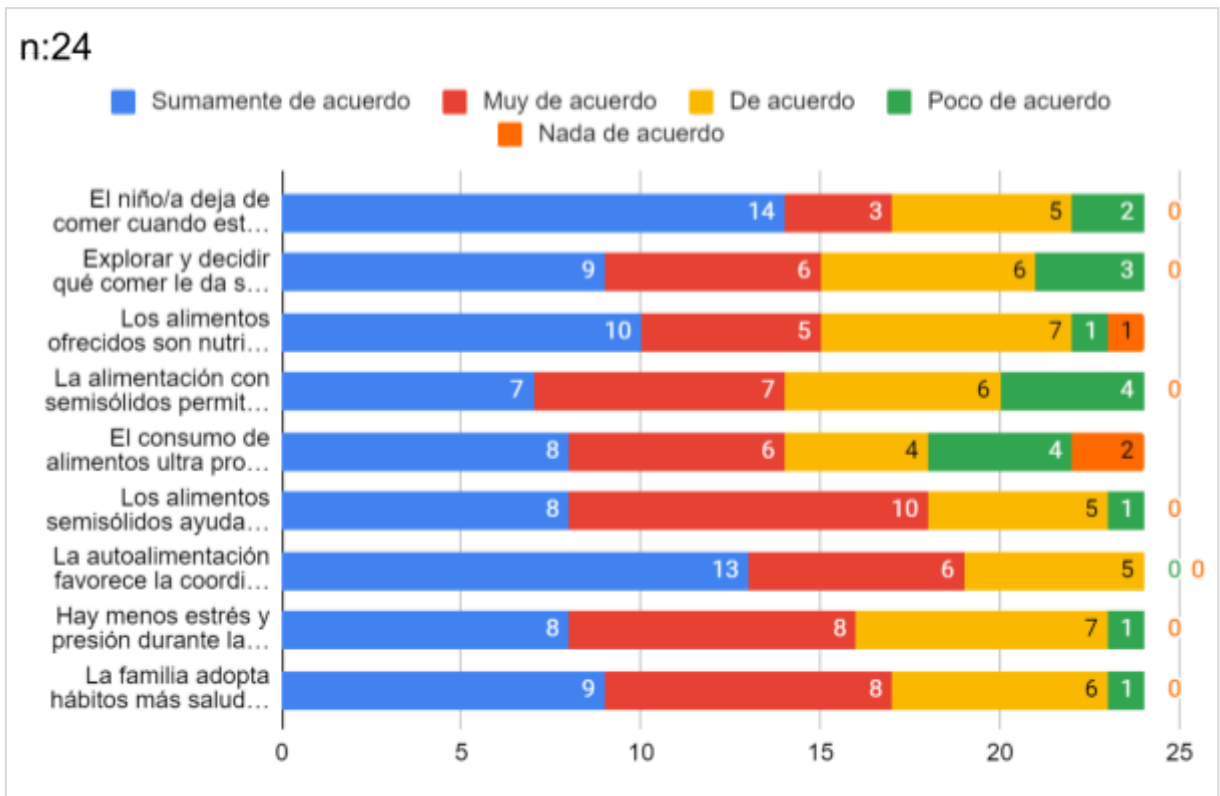


Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

El gráfico muestra que la mayoría de los bebés “siempre” y “casi siempre” se encuentran enfocados y confiados durante la alimentación. Los infantes “siempre” muestran interés por la comida seguido de una frecuencia de “casi siempre”. La exploración sensorial del alimento se da “siempre”, seguido de “casi siempre”. La percepción de las madres

respecto a que el niño tome el alimento, se lo lleve a la boca, saboree y trague tiene una frecuencia de “siempre” seguido de “casi siempre”. En cuanto a la no demostración de interés al momento de las comidas, se puede observar que ocurre mayormente con una frecuencia de “nunca”, seguido de “pocas veces”.

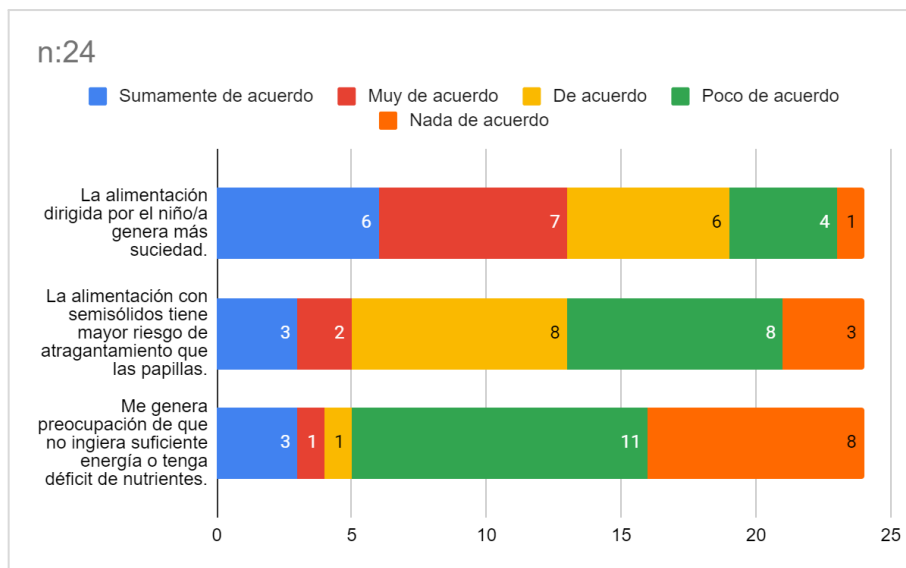
Gráfico N°76: Grado de acuerdo de madres de niños de 18 a 24 meses con las posibles ventajas que promocioa el método autorregulado.



Fuente: elaborado a partir de los datos de la investigación.

En el gráfico se puede observar que las madres presentan un grado de acuerdo de “sumamente de acuerdo” seguido de “muy de acuerdo” con respecto a las siguientes ventajas: explorar y decidir qué comer le da seguridad al niño, el consumo de alimentos ultraprocesados es menor, la autoalimentación mejora la coordinación ojo-mano-boca y la familia adopta hábitos más saludables. Respecto a que los alimentos ofrecidos son nutritivos y que el niño deja de comer cuando está saciado, las respuestas indican estar “sumamente de acuerdo” seguido de “de acuerdo”. En cuanto a que hay menos estrés y presión durante la comida y que la alimentación con semisólidos permite ofrecer alimentos que son más difíciles de incluir en forma de papillas se observa un acuerdo por igual de “sumamente de acuerdo” y “de acuerdo”. Finalmente, las madres están “muy de acuerdo” seguido de “sumamente de acuerdo” en que los alimentos semisólidos ayudan al desarrollo de la masticación.

Gráfico N°77: Grado de acuerdo de madres de niños de 18 a 24 meses con las posibles desventajas que promociona el método autorregulado.



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la investigación.

El gráfico anterior indica que una de las posibles desventajas del método dirigido por el bebé es una mayor suciedad al momento de las comidas, con un grado de acuerdo de “muy de acuerdo” seguido de “sumamente de acuerdo” y “de acuerdo”. En cuanto al riesgo de atragantamiento al ofrecer semisólidos en lugar de papillas, se observa un mayor acuerdo equilibrado entre “de acuerdo” y “poco de acuerdo”. Por otro lado, respecto a la preocupación de que el niño no ingiera suficiente energía o pueda tener déficit de nutrientes, las madres manifestaron estar “poco de acuerdo” seguido de “nada de acuerdo”.



CONCLUSIONES



En el presente trabajo de investigación se analiza el patrón de alimentación complementaria ofrecido con el método autorregulado, la percepción sobre el grado de aceptación y las ventajas y desventajas percibidas por madres de niños/as de 6 a 24 meses, que pertenecen a un grupo de red social de Alimentación Complementaria, en Argentina en el año 2024.

Se encuestó de forma online a 71 madres. Los datos analizados, en relación con los objetivos específicos planteados al comienzo de la investigación, revelan patrones y tendencias significativas en la introducción de la Alimentación Complementaria (AC) al comparar diferentes rangos etáreos. Algunos de los niños que están realizando AC tienen hermanos, observándose una variabilidad en las edades, con rangos que van desde los 3 hasta los 21 años. Este dato sugiere que algunas madres ya cuentan con experiencia previa, pudiendo estar más familiarizadas con las recomendaciones y prácticas alimentarias actuales. Esta experiencia puede reflejarse en una mayor confianza al implementar el método autorregulado de AC, ya que han podido aplicar y ajustar el mismo con sus hijos mayores, facilitando así la adaptación y seguimiento del proceso en los más pequeños.

La mayoría de los niños de todos los rangos etarios fueron introducidos a la AC a los 6 meses, con porcentajes que varían desde el 61,1% hasta el 95,83%. Se observa mayor variabilidad en las categorías de 6 a 9 meses y de 12 a 15 meses, donde un porcentaje significativo de los niños fueron introducidos a la AC después de los 4 y antes de los 6 meses, así como después de los 6 meses. Los rangos de 9 a 12 meses y de 18 a 24 meses muestran una mayor uniformidad en la introducción a los 6 meses de edad. En cuanto al rango de más de 15 a 18 meses se observa una mayor proporción de niños que iniciaron la alimentación después de los 6 meses.

La introducción a la AC a los 6 meses es una práctica reflejada en la mayoría de los rangos analizados, lo que sugiere una adherencia general a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de iniciar la AC a dicha edad. Sin embargo, existen variaciones en la edad de inicio que pueden estar influenciadas por indicaciones de profesionales de la salud, factores culturales, educativos o de acceso a la información. En todas las edades, la indicación del pediatra fue el factor predominante para la introducción de la AC.

La alimentación complementaria es aquella que complementa a la lactancia humana y/o sus sucedáneos, y se observa que todos los niños fueron introducidos a ella. En los primeros rangos etarios, 6 a 9 meses y 9 a 12 meses, hay una mayor proporción de niños que continúan con la lactancia materna. Sin embargo, también en menor proporción, hay una combinación de la misma con leche de fórmula o leche de vaca diluida o enriquecidas, o el uso de estas últimas de manera exclusiva. A medida que los niños crecen, especialmente a partir de los 12 meses, la lactancia materna disminuye progresivamente.

Las recomendaciones de alimentos a introducir han ido cambiando a lo largo de los años, y si bien, se pueden ofrecer la gran mayoría de los grupos de alimentos, sin un orden específico, se recomienda que el plato esté formado por un alimento rico en hierro, un alimento fuente de energía y una fruta o verdura para cubrir con los requerimientos nutricionales que dejan de estar cubiertos con la lactancia materna exclusiva.

Se puede observar que a todos los rangos etarios se les ofrecen frutas y vegetales con mayor frecuencia de “todos los días”. Los frutos rojos tienen una menor frecuencia de ofrecimiento, predominando “nunca” seguido a “1 a 2 veces por semana” en niños de 6 a 9 meses. En el resto de los rangos, la frecuencia de ofrecimiento de estos alimentos aumenta ligeramente, siendo “1 a 2 veces por semana” seguido de “3 a 4 veces por semana”. Es importante resaltar que los frutos rojos pueden darse desde el inicio de la AC, ya que no son causantes de alergias alimentarias. En cuanto al consumo de acelga y espinaca, y también la remolacha, se observa que se ofrecen mayormente con una frecuencia de “nunca” y “1 a 2 veces por semana” en edades de 6 a 9 meses y de 9 a 12 meses. A medida que los niños crecen, aumenta el consumo de hojas verdes, siendo para el resto de los rangos etarios, ofrecidas “1 a 2 veces por semana” seguido de “3 a 4 veces por semana”. Esto es un punto a tener en cuenta ya que un consumo superior al recomendado aumenta el riesgo de metahemoglobinemia.

Los vegetales fuentes de hidratos de carbono tienen una frecuencia variable de ofrecimiento, siendo “1 a 2 veces por semana” en los dos primeros rangos etarios y aumentando a “3 a 4 veces por semana” y “5 a 6 veces por semana” en edades mayores. En cuanto a otros alimentos fuente de energía, se observa una tendencia general de aumento en la frecuencia de ofrecimiento de alimentos como panificados, pastas simples, avena, arroz y harinas a medida que los niños crecen. En edades más pequeñas, las respuestas más comunes son “nunca” y “1 a 2 veces por semana” mientras que en edades más grandes, la frecuencia asciende a “3 a 4 veces por semana”. Sin embargo, algunos alimentos como las pastas rellenas, los pseudocereales y las legumbres mantienen una frecuencia baja de ofrecimiento en todos los rangos etarios.

En cuanto al consumo de carnes, se observa que la frecuencia de ofrecimiento de carne vacuna y pollo tiende a aumentar con la edad. En los rangos etarios más pequeños, las respuestas más comunes son “1 a 2 veces por semana” y “3 a 4 veces por semana” aumentando hasta “5 a 6 veces por semana” en edades más avanzadas. La carne picada se ofrece mayormente “nunca” en todos los rangos etarios, aunque algunas madres refieren incorporarla “1 a 2 veces por semana”, a pesar que no se recomienda introducirla por el riesgo de Síndrome Urémico Hemolítico. El cerdo y el pescado tienen una frecuencia baja de ofrecimiento pudiendo deberse a que son carnes de bajo consumo en el país. Por otro lado, el huevo se ofrece con mayor frecuencia a medida que los niños crecen.

Se puede observar que todas las madres ofrecen al menos un alimento fuente de energía, uno fuente de hierro y una fruta o verdura, siguiendo las recomendaciones para formar cada uno de los platos de AC de manera completa. Es importante su ofrecimiento diario para asegurar un aporte adecuado de nutrientes.

En cuanto a los alimentos lácteos, se observa que en los grupos de 6 a 9 meses y de 9 a 12 meses, la mayoría indica “nunca” ofrecer estos productos. Un porcentaje menor de madres de niños de estos rangos etarios ofrece leche “todos los días”, yogur de “3 a 4 veces por semana” y quesos “1 a 2 veces por semana”. Es importante destacar que estos alimentos no deberían ser introducidos antes del año de vida ya que las proteínas de la leche de vaca pueden sobrecargar a los riñones y aumentar el riesgo de anemia infantil. A medida que los infantes crecen, el consumo de lácteos aumenta. En los niños de los rangos de edad mayores a 12 meses, la leche se ofrece “todos los días”, el yogur de 1 a 2 veces por semana y los quesos “1 a 2 veces por semana” y “3 a 4 veces por semana”. Sin embargo, productos como la ricota, crema y manteca tienen una baja frecuencia de ofrecimiento en todos los rangos etarios.

Las semillas y frutos secos tienen una baja frecuencia de ofrecimiento en todos los rangos etarios con una tendencia predominante a “nunca” en la mayoría de los casos. Sin embargo, un pequeño grupo de madres de niños de todas las edades refieren incorporarlos “1 a 2 veces por semana”.

Se observa una variabilidad en el uso de alimentos y condimentos en la cocina. El aceite puro es el más utilizado en todos los rangos de edad, con una alta frecuencia de “todos los días”. El aceite mezcla y los aderezos tienen una baja frecuencia de ofrecimiento, predominando la opción “nunca”. La miel, aunque no se encuentra recomendado su consumo antes de los 2 años, se incluye en la AC con una frecuencia predominante de nunca en todas las edades. Sin embargo, en los grupos de 6 a 9 meses, 9 a 12 meses y 18 a 24 meses hubo una menor proporción de respuestas que indican su incorporación. La sal y el azúcar también presentan una baja frecuencia de uso, siendo “nunca” la principal opción elegida para edades de 6 a 18 meses. No obstante, su uso aumenta ligeramente en el grupo de 18 a 24 meses, donde “nunca” es la opción más común seguida de “todos los días” para la sal y “3 a 4 veces por semana” para el azúcar. Los condimentos se utilizan con mayor frecuencia a medida que los niños crecen.

En cuanto al consumo de alimentos ultraprocesados y no recomendados, como golosinas, snacks, galletitas, postrecitos, infusiones y gaseosas, se observa una tendencia general a evitarlos. Aunque la frecuencia de consumo aumenta ligeramente con la edad, sigue siendo baja en la mayoría de los casos. Estos alimentos pueden tener un impacto negativo en la salud ya que suelen ser altos en nutrientes críticos como azúcares simples, grasas saturadas, sodio y aditivos. Un consumo frecuente puede llevar a problemas

metabólicos y caries dental en edades tempranas. El consumo de infusiones tampoco se recomienda por su contenido en cafeína o sustancias que pueden ser neurotóxicas.

La forma de presentación de los alimentos varía con la edad. Los alimentos cortados en forma de bastón son muy frecuentes en todos los rangos etarios, especialmente en los 6 a 9 meses y 9 a 12 meses. A medida que los niños crecen y desarrollan una mayor motricidad fina, hay una tendencia a ofrecer alimentos más pequeños, como los cortados en forma de cubo y rodajas. Las preparaciones semisólidas y blandas también son comunes, aunque su frecuencia varía. El uso de purés disminuye con la edad, reflejando una transición hacia alimentos más sólidos y variados.

En el método de alimentación complementaria dirigida por el bebé, se fomenta que los niños se alimenten por sí mismos. En las edades más tempranas, es decir, de 6 a 9 meses, de 9 a 12 meses y 12 a 15 meses, es más frecuente utilicen sus manos, aunque a medida que van creciendo aumenta el uso de utensilios, siendo el principal elemento utilizado para la alimentación por niños de 15 a 18 meses y 18 a 24 meses. La intervención de los cuidadores al momento de las comidas disminuye progresivamente, permitiendo una mayor independencia en la alimentación de los niños cuando se hacen mayores.

Los alimentos semisólidos pueden ofrecerse desde el inicio de la AC, pero es importante tener en cuenta que aquellos de consistencia dura o de forma pequeña y esférica aumentan el riesgo de asfixia. Para ser incorporados de manera segura, deben ser adaptados previamente. En cuanto a los alimentos duros, como la manzana, la zanahoria o pera no madura, se observa que la forma rallada es la más utilizada por las madres en todos los rangos etarios, alcanzando su punto máximo en el grupo de 12 a 15 meses. Las preparaciones también son una forma común de ofrecimiento, especialmente en los rangos de 6 a 9 meses y 12 a 15 meses. Los bastones cocidos y cubos cocidos son más comunes en los primeros meses de AC (6 a 9 meses), disminuyendo su oferta con la edad. En general, las madres utilizan formas de adaptación de los alimentos que minimizan el riesgo de asfixia. Por el contrario, los bastones y cubos crudos, que presentan un mayor riesgo de asfixia, son menos comunes en los primeros meses y aumentan ligeramente en los grupos mayores, aunque nunca superan el 29,16%.

Los alimentos redondos y pequeños tienden a ser evitados por las madres en los primeros meses de AC, especialmente en el grupo de 6 a 9 meses, y su evitación disminuye significativamente en los grupos mayores. En cuanto a las adaptaciones, la inclusión en preparaciones es la forma más común en todos los rangos etarios. Los hummus y pastas untables son más populares en las categorías de 6 a 9 meses y 9 a 12 meses, pero menos comunes en el resto de las edades. El ofrecimiento de estos alimentos cortados de forma no esférica aumenta con la edad, siendo más frecuente en 12 a 15 meses y 18 a 24 meses. La adaptación de estos alimentos como procesados se observa en todas las edades mientras

que su uso en forma de harinas es poco común en todos los rangos etarios. En general, se puede observar que las madres toman precauciones para minimizar el riesgo de asfixia.

Un pilar importante en la alimentación complementaria dirigida por el bebé es su inclusión en las comidas familiares. Existe una tendencia creciente a integrar a los niños en las mismas, especialmente en la cena, que es la más compartida en todos los rangos etarios. A medida que los niños crecen, la frecuencia de su participación en las comidas tiende a estabilizarse en “siempre” y “casi siempre”. En el método autorregulado, no sólo se comparten las comidas, sino que idealmente los niños consumen los mismos alimentos que sus familias. Se observa que, a medida que los niños crecen, la frecuencia con la que consumen los mismos alimentos que sus familias tiende a aumentar. En los primeros meses (6 a 9 meses), la mayoría de los niños consumen los mismos alimentos “pocas veces”. Sin embargo, a partir de los 9 meses, la frecuencia de “casi siempre” y “siempre” comienza a predominar, alcanzando su punto más alto en el rango de 12 a 15 meses. Para los niños de 18 a 24 meses, la frecuencia de “siempre” es la más alta, indicando una mayor integración en las comidas familiares.

En cuanto a los comportamientos observados de los niños de todos los rangos etarios durante la alimentación se observa una tendencia general a mantener un alto nivel de enfoque y confianza, así como un interés constante por la comida y la exploración sensorial del alimento junto con la toma del mismo, la llevada a la boca para saborearlo y tragarlo siendo las respuestas predominantes para todas estas conductas “siempre” y casi siempre”. La falta de interés en la comida es baja para la mayoría de las edades. En los niños de 6 a 9 meses, esta falta de interés se presenta “nunca” o “a veces”. Para los niños de 9 a 12 meses, ocurre “pocas veces” seguido de “nunca”. En los rangos de 15 a 18 meses y 18 a 24 meses, la falta de interés se manifiesta principalmente con respuestas de “nunca” y “pocas veces”. Por el contrario, en el grupo de 12 a 15 meses, la falta de interés es más frecuente, siendo las respuestas principales “a veces” seguido de “pocas veces”.

Las madres de todos los rangos etarios muestran un consenso positivo sobre las ventajas de la alimentación dirigida que incluye que el niño deja de comer cuando está saciado, los alimentos ofrecidos son nutritivos y el consumo de ultraprocesados es menor, También destacan la mejora en la coordinación ojo-mano-boca, la reducción del estrés durante las comidas y la seguridad que brinda al niño el poder explorar y decidir qué comer.

La principal desventaja señalada por las madres a lo largo de todos los rangos etarios es la suciedad generada por permitir la autoalimentación. Sin embargo, tanto el riesgo de atragantamiento como la preocupación por el déficit nutricional se consideran bajos en todos los grupos etarios.

En conclusión, el presente trabajo de investigación proporciona una evaluación integral sobre las prácticas llevadas a cabo por madres de niños de 6 a 24 meses que

realizan la Alimentación Complementaria Dirigida por el Bebé. Es alentador observar que la mayoría de los niños son introducidos a la alimentación complementaria a los 6 meses y que se implementan prácticas adecuadas en la combinación de alimentos, priorizando aquellos que aportan nutrientes esenciales. Sin embargo, persisten ciertos desafíos, como la baja frecuencia de ofrecimiento de algunos alimentos nutritivos tales como las legumbres, pseudocereales, semillas y frutos secos. Además, la evolución en la presentación de los alimentos y la progresiva independencia de los niños en el proceso de alimentación reflejan un enfoque positivo hacia la Alimentación Dirigida por el Bebé. Las ventajas percibidas por las madres destacan los beneficios de este método. A pesar de las preocupaciones sobre la seguridad, las madres parecen confiar en la seguridad y la autonomía que este método proporciona.

La educación y el apoyo a las familias sobre el tema es fundamental para optimizar la introducción de alimentos y garantizar un crecimiento saludable para los niños en sus primeros años de vida.

Este estudio no solo aporta información valiosa sobre la práctica de la alimentación complementaria en el contexto argentino, sino que también abre un camino para futuras investigaciones que puedan explorar más a fondo las implicancias de estas prácticas en la salud y el desarrollo infantil. Es por esto que se pueden considerar como posibles interrogantes y futuros temas de investigación:

- ¿Cuál es el grado de conocimiento acerca de por qué algunos alimentos no se recomiendan para introducir en la AC?
- ¿Qué factores sensoriales perciben las madres como los más influyentes en la aceptación de los alimentos ofrecidos a través del método autorregulado por parte de los/as niños/as?
- ¿Cómo influye el método de alimentación dirigido por los bebés al desarrollo de hábitos alimentarios saludables a largo plazo?



BIBLIOGRAFÍA



- Anmat, RENAPRA. (15 de julio de 2022). *Síndrome urémico hemolítico (SUH)*. <https://www.argentina.gob.ar/anmat/sindrome-uremico-hemolitico-suh>
- Arana Cañedo Argüelles, C., Fernández Rodríguez, M., García Rebollar, C., Juanes de Toledo, B., Martínez Rubio, V., Monzón Bueno, A., Lorente García-Mauriño, A. M., Padilla Esteban, M. L., Ruiz Chércoles, E., Rodríguez Delgado, J. (2019) *Alimentación del lactante y del niño de corta edad*. Guías conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria Especializada. Disponible a través de: <https://www.ampap.es/wp-content/uploads/2019/04/Alimentacion-del-lactante-y-del-ni%C3%B1o-de-corta-edad.pdf>
- Arcila Posada, J. (2020). *Alimentación complementaria: ¿Nuevas tendencias?* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Colombia] Base de datos o Repositorio: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/79204>
- Boswell, N. (2021). *Complementary Feeding Methods—A Review of the Benefits and Risks*. Int. J. Environ. Res. Public Health. Int. J., 18(13), 7165; <https://doi.org/10.3390/ijerph18137165>
- Brown A. (2018). *No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods or traditional spoon-feeding approach*. J Hum Nutr Diet. 31, 496–504 <https://doi.org/10.1111/jhn.12528>
- Brunner López, O., Fuentes-Martín, M. J., Ortigosa-Pezonaga, B., & López-García, A. M. (2019). *Texturas evolutivas en la introducción de nuevos alimentos: un acercamiento teórico*. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 23(2), 104-122, 116-117. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.23.2.459>
- Ceccatto, J., Foyth, K. M., & Perroni, L. (2020). *Diseño y construcción de una Guía Orientativa sobre Alimentación Complementaria Autorregulada por el bebé para familias, profesionales de la salud y población interesada de Argentina*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de La Plata] Base de datos o Repositorio: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/119825>
- Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN). (1 de agosto de 2022). *Guía ESPGHAN sobre recomendaciones de la Ingesta de azúcar en Bebés, Niños y Adolescentes*. <https://www.academianutricionydietetica.org/pro/noticias/guia-espghan-sobre-recomendaciones-de-la-ingesta-de-azucar-en-bebes-ninos-y-adolescentes/>
- Critzmann, S. S. (2019). *Hoy no es siempre*. Planeta.
- Daniels L., Heath A. L., Williams S. M., Cameron S.L., Fleming E. A. , Taylor, B.J., Wheeler BJ, et al. (2015). *Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding*. BMC Pediatr. 12;15:179. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0491-8>

- Fuentes Alfaro, V. Leonelli Neira, G. & Weisstaub, G. (2022) *¿Qué se sabe actualmente sobre el método de alimentación guiado por el bebé?* *Andes pediater.* 2022;93(3): 300-311. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i3.4181>
- Gómez Fernández Vegue, M. (2018). *Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria*. Asociación Española de Pediatría. Disponible a través de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
- Hidalgo Serra, È., & Melero Díaz, S. (2017). *¡Papás, dejadme experimentar!*. [Tesis de grado, Universitat Pompeu Fabra. Barcelona] Base de datos o Repositorio: <https://repositori.upf.edu/handle/10230/32828>
- Jiménez Ortega, A. I., Martínez García, R. M., Velasco Rodríguez-Belvis, M. & Ruiz Herrero, J. (2017). *De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas*. *Nutrición Hospitalaria*, 34 (Supl. 4), 3-7. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017001000002
- Klein M. D. (2020). *Comedores ansiosos, horas de comida ansiosas. Estrategias prácticas y compasivas para tener paz a la hora de la comida*. Neurofuncional Chile.
- Martínez, L. & Sánchez, A. (2019) *¿Qué le doy de comer?* Paidón.
- Ministerio de Desarrollo Social Argentino. (2023). *Salud y alimentación en la primera infancia*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/09/2023-spi-salud-alimentacion-primer-infancia.pdf>
- Ministerio de Salud de Neuquén (2022). *III Anexo Alimentación complementaria*. Disponible a través de: <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2023/02/Anexo-Alimentacion-Complementaria.pdf>
- Orensanz Álava, A & Tolosana Lasheras, T. (2017). *Manual sobre cómo ofrecer una Alimentación Complementaria Saludable*. Unidad Docente AFyC Sector Zaragoza 1. Disponible a través de: <https://didactalia.net/comunidad/materialeducativo/recurso/manual-sobre-como-ofrecer-una-alimentacion/af72c162-25de-473a-bc75-fdf6bdc15136>
- Organización Mundial de la Salud: OMS. (31 de agosto de 2018). *Alimentación sana*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet#:~:text=Deber%20%ADa%20alimentarse%20a%20los%20lactantes,diferentes%20alimentos%20inocuos%20y%20nutritivos>
- Pérez Escamilla, R., Segura-Pérez, S., Lott, M. (2017). *Guías de alimentación para niñas y niños menores de dos años: Un enfoque de crianza perceptiva*. Disponible a través

de:

https://www.researchgate.net/publication/314459600_Feeding_Guidelines_for_Infants_and_Young_Toddlers_A_Responsive_Parenting_Approach

Romero Velarde, E., Villalpando-Carrión, S., Pérez-Lizaur, A. B., Iracheta-Gerez M. L., Alonso-Rivera, C. G., López-Navarrete, G. L., García-Contreras, A. et al. (2016). *Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos*. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 73, 5, 338-356. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.06.007>

Rubiales Ordax, M. (2019). *Los primeros auxilios: RCP básica y maniobra de Heimlich, en Educación Primaria*. [Tesis de grado, Universidad de Valladolid] Base de datos o Repositorio: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39640/TFG-G3964.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Satter, E. (2015). *División de la Responsabilidad al Alimentar*. <https://www.ellynsatterinstitute.org/wp-content/uploads/2015/08/Ellyn-Satter%E2%80%99s-Divisi%C3%B3n-de-la-Responsabilidad-al-Alimentar-2015.pdf>

Schilling, L. & Peterson, W. J. (2017). *La mejor guía sobre el método de alimentación infantil más efectivo*. Plataforma.

Sociedad Argentina de Pediatría. (2020). *Concepto de Developmental Origins of Health and Disease: El ambiente en los primeros mil días de vida y su asociación con las enfermedades no transmisibles*. Arch Argent Pediatr 2020;118(4):S118-S129. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.S118>

Spyreli, E., McKinley, M.C. & Dean M. (2023). *Parental considerations during complementary feeding in higher income countries: a systematic review of qualitative evidence*. Public Health Nutr. 2021 Jul;24(10):2834-2847. doi: [10.1017/S1368980021001749](https://doi.org/10.1017/S1368980021001749)

WHO, Guidelines Review Committee. (2023). *Guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age*. Disponible a través de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>



RESUMEN

Tradicionalmente, la Alimentación Complementaria (AC) se ha introducido mediante papillas ofrecidas con cuchara, pero métodos autodirigidos por el/la bebé han ganado popularidad en los últimos años, siendo utilizados por madres y padres de niños/as para ofrecer alimentos que complementan a la lactancia humana o sus sucedáneos.

OBJETIVO

Analizar el patrón de alimentación complementaria ofrecido con el método autorregulado, la percepción sobre el grado de aceptación y las ventajas y desventajas percibidas por madres de niños/as de 6 a 24 meses, que pertenecen a un grupo de red social de alimentación complementaria, en Argentina en el año 2024.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de diseño del estudio es descriptivo no experimental de observación transversal. La muestra incluye a 71 madres de niños y niñas de 6 a 24 meses que pertenecen a un grupo de red social de alimentación complementaria. Los datos se obtienen a través de un cuestionario online autoadministrado a modo de obtener información sobre el patrón de alimentación complementaria ofrecido con el método autorregulado la percepción sobre el grado de aceptación y las ventajas y desventajas percibidas por dichas madres.

RESULTADOS

El análisis de la encuesta online aplicada a 71 madres de niños de entre 6 y 24 meses muestran patrones importantes en la introducción de la AC autorregulada. El 85% de los niños fue introducido a la AC a los 6 meses, cumpliendo con las recomendaciones de la OMS. En cuanto al patrón alimentario ofrecido, se observa en general el seguimiento de una dieta equilibrada y saludable. Las ventajas percibidas incluyen una mayor autonomía de los niños en el proceso alimenticio, mayor confianza y seguridad en la alimentación, así como la integración de alimentos más saludables y menos procesados en la dieta familiar. Por otro lado, las madres identificaron la suciedad generada durante las comidas como la principal desventaja del método.

CONCLUSIÓN

La implementación del método de alimentación complementaria autorregulada ha mostrado resultados positivos en la mayoría de los casos, promoviendo una alimentación más saludable y el desarrollo de habilidades motoras en los niños. Este trabajo refuerza la importancia de continuar educando a las familias sobre la importancia de una alimentación adecuada durante los primeros años de vida.

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA
AUTORIZACIÓN DEL AUTOR⁴⁶

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido _____ y
Nombre _____
Tipo y Nº de Documento _____
Teléfono/s _____
E-mail _____
Título obtenido _____

2. Identificación de la Obra:

TÍTULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LA LICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

Firma del Autor Lugar y Fecha

⁴⁶ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso o página siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto se hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.