

Licenciatura en Nutrición  
Trabajo Final Integrador

Autora: Verónica Mariel Rótolo

**MÉTODO DE INICIO PARA LA ALIMENTACIÓN  
COMPLEMENTARIA EN FAMILIA DE AMBA**

2023

Tutora: Lic. Celeste Concilio

Tutora: Lic. Eleonora Zummer

*Citar como:* Rótolo VM. Método de inicio para la alimentación complementaria en familia de AMBA. [Trabajo Final de Grado]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2023. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3113>



MÉTODO DE INICIO PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN FAMILIAS DE AMBA.  
Rótolo V.  
veronicarotolo@hormail.com  
Universidad ISALUD

---

## RESUMEN

**Introducción:** Este estudio se enfoca en las prácticas de las familias en AMBA con respecto a la alimentación complementaria y busca entender sus elecciones y experiencias en este proceso, y el modo en que se realiza esta práctica es fundamental para establecer hábitos alimentarios saludables. Se comparan los métodos para realizar AC y se contraponen el método tradicional dirigido por los padres con el BLW que otorga autonomía al niño.

**Objetivo:** Describir los conocimientos que tienen las familias del AMBA sobre alimentación complementaria y el método BLW, y el modo que eligen las familias para iniciar dicho proceso con sus hijos.

**Metodología:** Estudio observacional, de enfoque cuantitativo de alcance descriptivo, prospectivo, de corte transversal. Se aplicó una encuesta autoadministrada, contestada por las madres, padres y/o cuidadores de los niños/as, difundida a través de redes sociales, con consentimiento previo.

**Resultados:** Gran parte de la muestra recibió orientación sobre AC y lo hizo a través de su médico pediatra. La definición de AC y la edad de inicio es conocida por la mayoría de los encuestados/as. Aún así, sólo el 70% de los casos, siguió dicha recomendación. Sólo el 12,3% conoce que la finalización de la AC es a los 24 meses. La mitad de la muestra conoce que la frecuencia de consumo recomendada para iniciar AC es una vez al día. El 22,8% indicó ofrecer alimentos hasta que el niño/a se encuentre satisfecho y el 38,6% comentó directamente, no saber la cantidad adecuada. Poco más de la mitad de los encuestados coinciden en que deben comenzar la AC con frutas, vegetales, carnes, huevo, cereales y legumbres de forma progresiva y así respectivamente fueron ofrecidos a los niños/as. La mayoría coincidió en que permitir al niño/a comer solo/a y experimentar diversas combinaciones y sabores es lo mejor, también reconocen la importancia de la AC para un adecuado aumento de peso y estatura. Si bien el 70% de los participantes afirmó estar familiarizado con el método BLW, menos de la mitad del grupo lo puso en práctica. Mayormente, combinaron este enfoque con el método tradicional. El 63% presentó los alimentos de forma separada individualmente y tenían una consistencia de papilla o puré en un 61%, sólo el 39% los presentó en forma de trozos blandos. La mayoría de las situaciones involucran a la familia en su conjunto como acompañantes y responsables de la AC. El 75% describió la experiencia como agradable independientemente del método elegido.

**Conclusiones:** Si bien las familias reciben orientación médica sobre AC, hace falta mayor seguimiento e información actualizada sobre las formas de implementar y beneficios de los distintos métodos de alimentación. Se destaca la importancia de la comensalidad, la colaboración familiar y la responsabilidad conjunta para que la experiencia siga siendo agradable ante cualquier método que se practique. Se reconoce la necesidad de investigaciones adicionales para guiar a profesionales de la salud y familias en esta importante etapa de la alimentación infantil.

**Palabras clave:** Alimentación complementaria - BLW - Destete - Hábitos alimentarios

## TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE	4
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
OBJETIVOS	10
VARIABLES	10
METODOLOGÍA	14
Diseño de investigación	14
Población	14
- Criterios de inclusión	14
- Criterios de exclusión	14
- Criterios de eliminación	15
Tipo de muestreo	15
Metodología de recolección de los datos	15
Tratamiento y análisis de los datos	15
RESULTADOS	16
CONCLUSIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS	35

## INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación se basa en el conocimiento y en la experiencia que atravesaron las familias con los métodos de alimentación complementaria, haciendo foco en la aplicación del método más reciente que es el destete guiado por el bebé conocido también como BLW por sus siglas en inglés o BLW-BLISS (Baby Led Weaning - Baby Lead Introduction to Solids).

La introducción de la alimentación complementaria es el proceso por el que se introducen alimentos sólidos, diferentes a la leche, tanto materna como artificial. Se inicia desde los 6 hasta los 24 meses de edad, y se lo considera de gran oportunidad para el establecimiento de hábitos alimentarios saludables en la infancia y en la edad adulta, no obstante, las guías no hablan de métodos a seguir o de cómo iniciar este proceso<sup>[1]</sup>.

En los últimos años ha surgido un nuevo enfoque en la alimentación complementaria: el método Baby Led Weaning (BLW), el cual confiere autonomía al niño para alimentarse por sí mismo, decidiendo qué, cuánto y a qué ritmo comer<sup>[2]</sup>. Se conocen múltiples beneficios de incluir el método BLW tales como la prevención de la obesidad, mejor respuesta a la saciedad, mejor relación con los alimentos, desarrollo de la autonomía de los lactantes desde el inicio de la alimentación, incorporación del niño a la mesa y a la dieta familiar desde los 6 meses mejorando la comensalidad, interacción y conocimiento de todos los grupos de alimentos naturales generando hábitos alimentarios saludables para el niño y toda la familia, entre otros beneficios a destacar<sup>[3,4]</sup>.

Tradicionalmente, el proceso es dirigido por los padres, los cuales ofrecen purés como primeros alimentos. El adulto adapta texturas y consistencias para facilitar su masticación y digestión, regula su autonomía y detecta señales de hambre y decide su saciedad. A medida que avanza en edad, crecen los dientes y el niño se va desarrollando, se va progresando a texturas más grumosas, picados y luego triturados. Así mismo sucede con los distintos alimentos que se van incorporando progresivamente llegando a los 12 meses a incluir al niño a la dieta familiar habitual<sup>[3,4,5]</sup>.

A pesar del auge que ha generado el método BLW, los profesionales de la salud no tienen un posicionamiento claro al respecto, atendiendo a la falta de evidencia disponible y a las preocupaciones que manifiestan en cuanto al riesgo potencial de asfixia, ingesta insuficiente de energía e ingesta insuficiente de hierro. Similar es la posición de las familias, la falta de información clara y actualizada por parte de los profesionales genera dudas o desconocimiento frente a la implementación de la técnica BLW<sup>[6]</sup>.

En cuanto al riesgo de asfixia las investigaciones que han explorado el riesgo potencial de atragantamiento entre los bebés a los que se les estaban introduciendo alimentos sólidos sugieren que, aunque el atragantamiento (como un evento único) parece bastante común, no existe un mayor riesgo entre los bebés que se autoalimentan con alimentos sólidos<sup>[7]</sup>.

En relación a la información que reciben las familias, un estudio realizado en nuestro país en la ciudad de Rosario, determinó que existe cierta condición sociodemográfica que influye en el proceso de alimentación complementaria. Se estudió la información que recibían las familias que asistían a centros públicos y privados, concluyendo que aquellos que se atienden en el ámbito privado aplican mejor las recomendaciones de la alimentación complementaria mejorando su calidad y su diversidad de los alimentos<sup>[8]</sup>.

Si nos referimos a la preocupación manifestada por profesionales en cuanto a la ingesta de nutrientes claves como el hierro, un estudio publicado este año analizó la ingesta de hierro, zinc, yodo, vitamina B12 y vitamina D y concluyó que fue mayor entre los bebés de 6 a 8 meses que se alimentaron de forma tradicional, y observaron menos diferencias entre métodos en la ingesta de nutrientes entre los 9 y los 12 meses<sup>[9]</sup>. Otro estudio realizado en 2018 analizó la ingesta de nutrientes comparado entre diversos métodos, y determinó que no había diferencias significativas en la exposición a alimentos que contienen hierro entre los grupos de destete a cualquier edad<sup>[10]</sup>.

En este trabajo se intentará conocer el método que las familias eligen para iniciar la alimentación complementaria de sus hijos en la zona del AMBA, qué saben acerca del proceso de inicio de la alimentación, si conocen el método BLW y si lo aplican. También se analizará el modo y las formas de acompañar el proceso de alimentación, se indagará los alimentos que se eligen, cómo se presentan, si existe la comensalidad, si se permite la interacción del bebe con la comida y qué información recibe la familia para prepararse para este momento tan relevante. Hay pocos estudios concluyentes que determinen los riesgos o beneficios de aplicar BLW o el método

tradicional y se necesita más investigación sobre las ventajas y desventajas de ambos enfoques para orientar mejor a los profesionales de la salud y las familias<sup>[3,11,12,13]</sup>.

## MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

Durante la infancia y niñez es importante mantener una adecuada nutrición para beneficiar y asegurar el crecimiento, la salud y el desarrollo de los niños. Esta etapa debe ser fácil, acompañada y saludable para prevenir preferencias alimentarias, enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad y disminuir la incidencia de alergias o intolerancias alimentarias<sup>[14]</sup>.

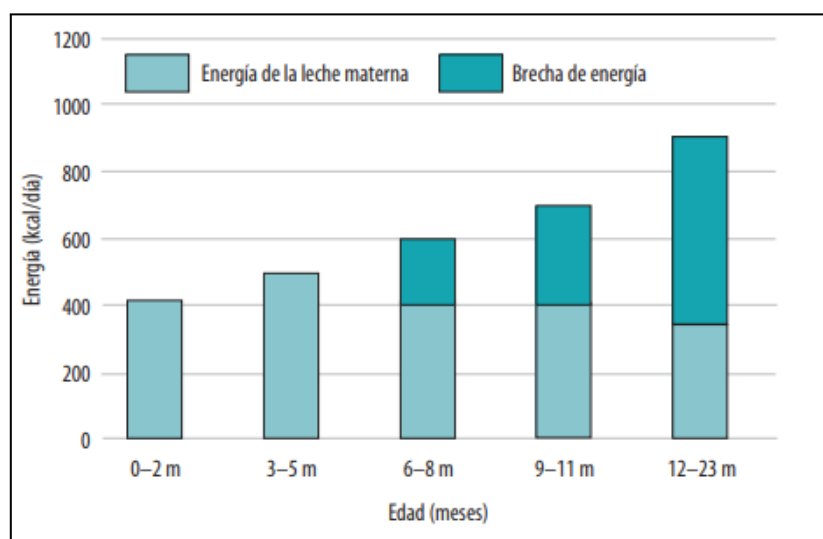
La OMS y UNICEF garantizan que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida aporta muchos beneficios tanto para el niño como para la madre a corto y largo plazo. Nos referimos a lactancia materna exclusiva cuando el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe la leche materna extraída del pecho. Ambos organismos hacen hincapié en el inicio temprano de la lactancia materna, que se lleva adelante en la primera hora de vida con diversos beneficios para el recién nacido, como protegerlo de diferentes infecciones y reducir la mortalidad neonatal. Además, recomiendan la introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, continuando la lactancia a demanda hasta los dos años o más. Esto es importante ya que si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o se administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado<sup>[13,14]</sup>.

A los 6 meses de edad, se producen en el bebé, algunos hitos madurativos como por ejemplo, el desarrollo de la función renal, la función digestiva y las habilidades motoras orales como, masticar y tragar, desaparece el reflejo de extrusión (de empuje de la lengua), ya puede sentarse, dispone de un buen control de la cabeza y maneja una mejor coordinación ojo-mano por lo que se considera que ha alcanzado un desarrollo suficiente como para manejar los alimentos sólidos<sup>[15,16,17,18]</sup>. Cuando nos referimos a desarrollo psicomotor, consideramos la madurez psicológica como la muscular que puede clasificarse en perceptivo-manipulativa; siendo aquella que permitirá que el bebé mantenga firme la cabeza, permanezca sentado y pueda hacer giros con todo su cuerpo, en cognitiva; en lo que compete a la motricidad fina que les permite agarrar

alimentos para poder comer y manipularlos con las manos o cubiertos, en lenguaje; que habilita al niños a una mejor comunicación de necesidades y preferencias hacia sus cuidadores, y en social; representando la capacidad de expresar sentimientos de agrado o disgusto durante la comida o de entender indicaciones o mensajes de sus padres<sup>[16,18]</sup>. Aquí comienza el período de alimentación complementaria, donde el bebé dejará de alimentarse sólo con leche materna o de fórmula y comenzará a incorporar nuevos alimentos de forma progresiva y lenta<sup>[15,16]</sup>.

Es importante destacar que a esta edad los lactantes pueden duplicar su peso de nacimiento y se tornan más activos, lo que explica la necesidad de incorporar alimentos para complementar los nutrientes y la energía proporcionados por la lactancia y así asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados<sup>[6]</sup>. Si bien la leche materna es fuente de nutrientes para los niños desde su nacimiento, puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas entre los 6 y los 12 meses, y un tercio de la energía requerida entre los 12 y los 24 meses, por lo tanto, se recomienda que la lactancia materna a demanda continúe hasta los 2 años de edad o más (gráfico 1). Además, hay otros beneficios que aporta la leche materna, como ser fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, reducir la mortalidad de los niños malnutridos, contribuir a la salud y el bienestar de las madres mientras más dure la lactancia, reducir el riesgo de cáncer de ovarios y de mama, y contribuye a espaciar los embarazos ya que a menudo, la lactancia exclusiva los primeros 6 meses induce la amenorrea por su efecto hormonal<sup>[13,14,15]</sup>.

Gráfico 1: Energía requerida según la edad y la cantidad aportada por la leche materna.



Fuente: OMS 2010 <sup>[13]</sup>

La recomendación de la OMS desde el año 2002, para iniciar la alimentación complementaria, es a partir de los 6 meses de vida del lactante<sup>[14,15]</sup>. Pero no sólo este parámetro se ha puesto en discusión, sino también se ha debatido el modo de introducción de dichos alimentos, considerando que a esta edad hay ciertas habilidades motoras e hitos madurativos desarrollados en los bebés que les permiten intentar la alimentación por sí mismos sin necesidad de que lo haga el adulto por ellos<sup>[13,15,16]</sup>. Esta propuesta es llamada también, destete dirigido por el bebé o BLW/BLISS (*baby-led weaning / baby lead introduction to solids*)<sup>[6]</sup>, donde se ofrecen alimentos naturales y mínimamente procesados, mezclados o separados, con texturas y consistencias mínimamente modificadas para que sean agarrados por el bebé de forma autónoma desde el inicio de la alimentación complementaria. Se promueve la autorregulación energética y de la saciedad, el desarrollo de la autonomía, las preferencias alimentarias saludables, un mayor conocimiento y mejor relación con los alimentos y se promueve la comensalidad familiar <sup>[2]</sup>. Por otra parte nos encontramos con el método tradicional donde los padres son los que guían la alimentación dándole ellos mismo la comida con cuchara, sorbete o mamaderas. Se ofrecen alimentos en forma de purés cocidos, o alimentos procesados industriales diseñados para bebés junto a otros alimentos naturales. Aquí se modifican las texturas y consistencias para facilitar la masticación y la digestión del lactante y se va progresando en dificultad cuando el niño avanza en edad<sup>[17,18]</sup>.

La progresión que se proponía en las texturas se relaciona con la aparición de la dentición en el lactante, siendo estos los encargados de la masticación mecánica que tritura los alimentos y facilita la digestión del bolo, permitiendo a las enzimas de la boca y del estómago ponerse en contacto con más superficie de alimento. Así mismo, mientras este proceso de dentición se lleva a cabo, las encías son quienes cumplen la función de moler alimentos sin cortarlos, es por tal motivo, que dichos alimentos deben ser blandos o que se ablanden en contacto con la saliva mientras se van chupando. En el enfoque de alimentación con cuchara, se presenta el alimento en puré donde el bolo ya está formado y los bebés solo lo mueven hacia la parte posterior de la boca para tragar. Acercándose a los 8 meses, suele haber una evolución en la dentición y por eso se progresa a purés con grumos blandos, luego a alimentos blandos y gradualmente a alimentos de textura más dura y fibrosa<sup>[18,19,20]</sup>.

Se espera que cualquiera de los métodos de alimentación complementaria garanticen una dieta adecuada desde el punto de vista nutricional y también promuevan prácticas y conductas

saludablemente óptimas relacionadas con los alimentos. La introducción de alimentos complementarios no debería ser retrasada más allá de la edad indicada por la OMS, ya que los lactantes podrían correr el riesgo de desarrollar dificultades en el crecimiento, retrasos en el desarrollo neurocognitivo y motor, diarreas y otras complicaciones a causa de la falta de vitaminas y minerales<sup>[13]</sup>. Habitualmente, se aconsejaba a las familias comenzar la alimentación de sus bebés con alimentos hechos puré utilizando una cuchara, y luego progresar en consistencia a triturados y picados cuando se avanzaba en edad. Recién hacia los 12 meses se introducía al lactante a la alimentación familiar<sup>[13]</sup>. Sin embargo la práctica del BLW/BLISS, sugiere que los niños se introduzcan en la mesa familiar desde el inicio de la alimentación complementaria, siendo ellos quienes regulen sus señales de hambre y saciedad y controlen su propia alimentación en base a lo que sus padres ofrezcan. Aquí se permite que el bebé lidere el proceso de alimentación, que por supuesto será bajo la responsabilidad de un adulto, quién ofrecerá alimentos aptos minimizando riesgos de asfixia fomentando así la independencia en la elección de los alimentos por parte del niño y la cantidad que comerá<sup>[17,21,22]</sup>.

En cuanto al riesgo de asfixia se observaron varias investigaciones donde se analiza el potencial de atragantamiento al que están expuestos los bebés en la alimentación. El riesgo de obstruir las vías respiratorias está en todas las edades pero en esta etapa que aún no está la dentición completa se tiene un especial cuidado de no ofrecer alimentos que no puedan ser triturados o deshechos en la boca y que tapen las vías respiratorias, como son los vegetales duros crudos como manzana, zanahoria, o circulares como tomates cherrys, uvas, arándanos y frutos secos enteros, entre algunos ejemplos. El atragantamiento parece bastante común en los lactantes, ya que aproximadamente el 30% lo ha vivenciado al menos alguna vez en su experiencia, pero diversos estudios han demostrado que no existe mayor o menor riesgo según el método con el que se alimenta el niño<sup>[2,18,20,23]</sup>.

El cuidado en los primeros 1000 días es determinante para potenciar el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. Este proceso se ve favorecido por la lactancia y por una alimentación complementaria adecuada y oportuna que garantice el alcance de los requerimientos nutricionales acordes a la alta velocidad de crecimiento propia de este período de la vida optimizando el desarrollo. Entre los nutrientes principales a esta edad de los lactantes, encontramos el hierro como un micronutriente necesario para el desarrollo de glóbulos rojos normales, la función inmunológica saludable, el desarrollo cognitivo, la oxigenación mejorada y la señalización del

hambre<sup>[19,20,21]</sup>. El 80% de las reservas de hierro en los recién nacidos se acumulan durante el último trimestre del embarazo, lo que da como resultado que el bebé tenga suficientes reservas de hierro hasta aproximadamente los 6 meses de edad<sup>[22]</sup>. En un estudio realizado en Argentina en 2020 sobre la anemia y el déficit de hierro en lactantes, se mencionan múltiples causas que pueden provocar esta patología, y entre ellas y de gran importancia está la alimentación complementaria inadecuada o inoportuna<sup>[1,20,26]</sup>.

La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 1) mostró una prevalencia de anemia del 34,1 % para niños de 6 a 23 meses en todo el país y expone que uno de cada tres niños y niñas argentinos del mismo grupo etario presenta deficiencia en sus depósitos de hierro<sup>[27]</sup>. A partir de los 6 meses de vida, muchos niños reciben alimentos pobres en hierro y calorías; solo el 40 % refiere al consumo de carne el día previo, y más de la mitad lo hace con carnes de baja calidad<sup>[28]</sup>. El Programa REMEDIAR + REDES provee hierro medicamentoso como sulfato ferroso en forma gratuita en todo el país<sup>[30]</sup>. Sin embargo, solo el 33 % de los niños de 6 a 11 meses y el 9 % de 12 a 23 lo reciben<sup>[27]</sup>. Diversos estudios comprobaron que la ingesta de hierro se ve más favorecida por el enfoque de alimentación tradicional con cuchara por incluir cereales infantiles enriquecidos con hierro o carnes en puré desde el inicio, que serían más difíciles de introducir con un enfoque estricto de alimentación autorregulada por el bebé<sup>[20,25,26]</sup>. Sin embargo hay otros análisis que no encontraron diferencias significativas en la ingesta de hierro en ambos métodos<sup>[10]</sup>.

En referencia a la ingesta energética algunos estudios han indicado que el BLW puede resultar protector contra la obesidad, ya que se ha encontrado que estos niños tienen un índice de masa corporal (IMC) más bajo que los bebés destetados con la alimentación tradicional con cuchara<sup>[21,30]</sup>. Otro estudio que estudió a un grupo de bebés entre 6 y 8 meses, concluyó que aquellos que siguieron el enfoque del destete guiado por el bebé tenían un consumo de energía similar a los que siguieron la alimentación tradicional y comían comidas familiares con más regularidad, pero parecían tener un consumo más alto de grasas y grasas saturadas<sup>[25]</sup>.

En relación al comportamiento alimentario de los lactantes, un estudio que examinó la respuesta a la presencia de alimentos y la capacidad de respuesta a la saciedad, entre los 18 y los 24 meses, determinó que aquellos que habían seguido un enfoque dirigido por bebés tenían significativamente más probabilidades de ser calificados como menos receptivos a los alimentos y más receptivos a la saciedad, lo que sugiere un mejor control del apetito. Las madres también

indicaron un comportamiento alimentario positivo para los bebés, en términos de menor irritabilidad y mejor control del apetito<sup>[6]</sup>.

Hay pocos estudios recientes sobre la percepción y experiencia familiar ante la alimentación complementaria, no obstante en uno de ellos se demostró que las madres que siguieron un enfoque de destete dirigido por el bebé estaban más relajadas con respecto a la alimentación, ejercieron menos presión para que el niño comiera y estaban menos preocupadas por el aumento de peso del niño. Este enfoque también se asoció con una mayor participación infantil en las comidas familiares y la exposición a comidas familiares caseras<sup>[20,6]</sup>.

Sin embargo, aunque los profesionales creen que el enfoque podría promover comportamientos alimentarios más saludables<sup>[26]</sup> un estudio chileno reciente indica que pocos profesionales de la salud han recibido capacitación formal sobre el enfoque BLW, y en general, la información recibida por las madres parece provenir, en gran parte, de fuentes informales y potencialmente no científicas como las redes sociales, y no recurren a los profesionales de la salud como fuentes de información sobre las prácticas de este método de alimentación<sup>[12]</sup>. Por el contrario, un reciente estudio español concluye que el 92,3% de los profesionales y el 93,4% de los padres conocían el método BLW y lo recomiendan siempre en el 39,8% y el 69,3% de los casos, respectivamente<sup>[31]</sup>.

Por todo lo expuesto se intentará conocer el método que las familias de AMBA eligen para iniciar la alimentación complementaria de sus hijos, lo que saben en cuanto al proceso de inicio de la alimentación, cómo lo hacen, qué alimentos eligen, su presentación y si practican el método BLW, con todas sus características.

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué conocimientos tienen las familias del AMBA en 2022, sobre alimentación complementaria y el método BLW, y cómo inician dicho proceso de alimentación con sus hijos?

## OBJETIVOS

Describir los conocimientos que tienen sobre alimentación complementaria y el método BLW, y el modo que eligen las familias para iniciar dicho proceso con sus hijos, en el AMBA en 2022.

## VARIABLES

1. De caracterización:
  - 1.1. Sexo: Femenino / Masculino.
  - 1.2. Edad: En años cumplidos
  - 1.3. Estado civil: Soltero / Casado / Unión Civil / Separado / Viudo
  - 1.4. Nivel de escolaridad alcanzado: Ninguno / Primaria / Secundaria / Técnica / Universitaria

- 1.5. Ocupación: Según respuesta de los encuestados.
  - 1.6. Servicio de salud: Público / privado.
  - 1.7. Cantidad de hijos: Según respuesta de los encuestados en números.
- 
2. De estudio:
    - 2.1. Recepción de información sobre alimentación complementaria: Si /No
      - 2.1.1. Fuente información recibida : Familiares-Amigos / Pediatra / Nutricionista / Redes sociales.
    - 2.2. Conocimiento de la alimentación complementaria:
      - 2.2.1. Definición de alimentación complementaria: Conoce (si responde “Inicio de alimentos sólidos y líquidos diferentes a la leche materna”) / no conoce (si responde otras).
      - 2.2.2. Edad para que el niño/a practique lactancia exclusiva: Conoce (si responde “Hasta los 6 meses”) / no conoce (si responde otras).
      - 2.2.3. Frecuencia de consumo de alimentos distintos a la leche al iniciar la AC: Conoce (si responde “Una vez al día.”) / no conoce (si responde otras).
      - 2.2.4. Grupos de alimentos para iniciar la AC: Conoce (si responde “Vegetales, cereales, frutas, huevo y carnes, de forma progresiva.”) / no conoce (si responde otras).
      - 2.2.5. Edad en la que el niño/a puede ingerir los alimentos que consume toda la familia: Conoce (si responde “A partir de los 12 meses”) / no conoce (si responde otras).
      - 2.2.6. Ingesta de suplementos nutricionales o multivitamínicos: Conoce (si responde “Cuando lo indique el personal de salud.”) / no conoce (si responde otras).
      - 2.2.7. Utensilios adecuados para suministrar alimentos diferentes a la LM o fórmula: Conoce (si responde “Cuchara, taza/plato, o dejar que lo haga por sí mismo.”) / no conoce (si responde otras).

- 2.2.8. Consistencia adecuada de la comida del niño/a según sus meses de edad: Conoce (si responde “Puré, papilla o trozos a partir de los 6 meses.”) / no conoce (si responde otras).
- 2.2.9. Lugar donde se deben dar los alimentos al niño/a: Conoce (si responde “En el comedor”) / no conoce (si responde otras).
- 2.2.10. Beneficio de una adecuada AC: Conoce (si responde “Conoce (si responde “Que tenga una ganancia de peso y talla adecuados.”) / no conoce (si responde otras).
- 2.2.11. Finalización de la AC: Conoce (si responde “A los 24 meses”) / no conoce (si responde otras).
- 2.2.12. Forma adecuada de ofrecer los alimentos: Conoce (si responde “Permitir que coma solo y experimente con diversas combinaciones y sabores”) / no conoce (si responde otras).
- 2.2.13. Cantidad de alimentos complementarios a suministrar a los 12 meses: Conoce (si responde “Hasta que esté totalmente lleno.”) / no conoce (si responde otras).
- 2.3. Conocimiento sobre el método BLW: Si / No.
- 2.4. Aplicación de BLW: Sí / No / De forma mixta con el método tradicional.
- 2.5. Inicio de la AC de su hijo/a: (meses cumplidos) Menos de 4 meses / Entre 4 y 5 meses / 6 meses / Entre 7 y 8 meses / Más de 8 meses.
- 2.6. Progresión de alimentos y texturas: Por decisión propia / Por indicación médica / Ambas.
- 2.7. Alimentos elegidos para iniciar AC:
  - 2.7.1. Caseros: Frutas /Hortalizas / Huevo / Carnes / Cereales / Legumbres / Otro
  - 2.7.2. Industrializados: Lácteos / Cereales industriales infantiles / Galletas / Sopas instantáneas / Jugos-purés de frutas/ Otros.
- 2.8. Presentación de alimentos ofrecidos al inicio de la AC: Mezclados / Combinados en preparaciones. / Separados individualmente.
- 2.9. Consistencia de los alimentos ofrecidos: Papilla-puré / Licuados / Trozos blandos.
- 2.10. Acompañante responsable en la alimentación del niño/a: Padre / Madre / En familia / Otros cuidadores en el hogar / Otros cuidadores en Institución educativa.

- 2.11. Tiempo dedicado para alimentar al niño/a: Menos de 15 minutos. / Entre 15 y 30 minutos. / Entre 30 y 60 minutos. / Más de 60 minutos.
- 2.12. Percepción de la AC para el adulto a cargo: agradable/estresante.

## METODOLOGÍA

### Diseño de investigación

Estudio observacional, de enfoque cuantitativo de alcance descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

### Población

Madres, padres, cuidadores que hayan iniciado la alimentación complementaria de sus hijos.

- Criterios de inclusión

\*Madres, padres, cuidadores de niños sanos que hayan iniciado la alimentación complementaria en los últimos 5 años de AMBA.

- Criterios de exclusión

\*Madres, padres, cuidadores de niños con enfermedades deglutorias, con alimentación enteral, con alergias alimentarias, enfermedad celíaca o discapacidades que interfieran en la forma de alimentación.

\*Madres, padres, cuidadores que no den su consentimiento para responder el cuestionario.

- Criterios de eliminación

\*Madres, padres, cuidadores que no realicen la encuesta completa.

### Tipo de muestreo

Muestra no probabilística, por conveniencia, no representativa. No se puede extrapolar la información obtenida a la población general.

### Metodología de recolección de los datos

Se aplicó una encuesta autoadministrada en formato Google Forms (Anexo 1), difundida a través de redes sociales (Instagram y Whatsapp), con consentimiento previo.

Las encuestas fueron contestadas por las madres, padres y/o cuidadores de los niños/as.

La información obtenida fue tabulada en una planilla de Excel.

En la realización del presente estudio se solicitó consentimiento en todos los casos (Anexo 2).

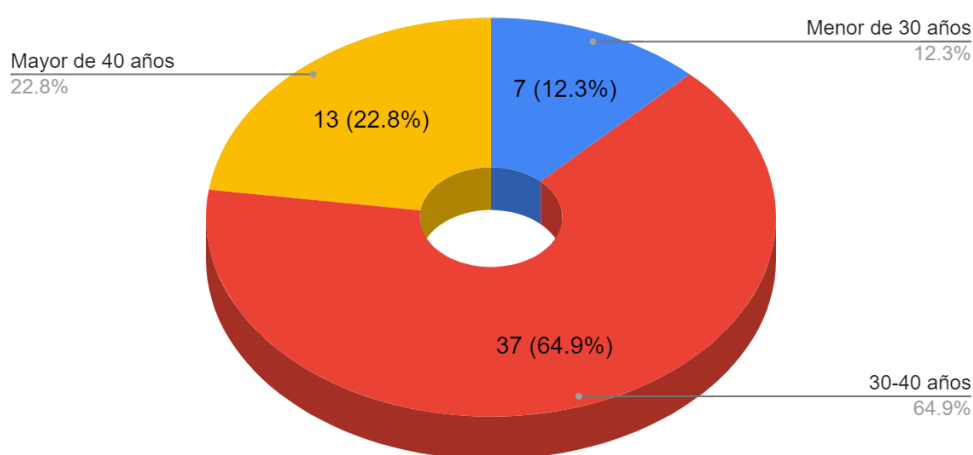
### Tratamiento y análisis de los datos

Los datos fueron descargados y volcados en una planilla de cálculo tipo Excel, y se analizaron utilizando estadística descriptiva: distribución de frecuencias, promedios, medianas.

## RESULTADOS

La muestra estudiada fue de 57 padres/madres/cuidadores de niños y niñas que iniciaron su alimentación complementaria en los últimos 5 años. De esta muestra, el 88% estuvo compuesto por mujeres, mientras que el 12% restante correspondió a hombres

Gráfico 1: **Distribución porcentual de la muestra por rangos de edad (N=57).**

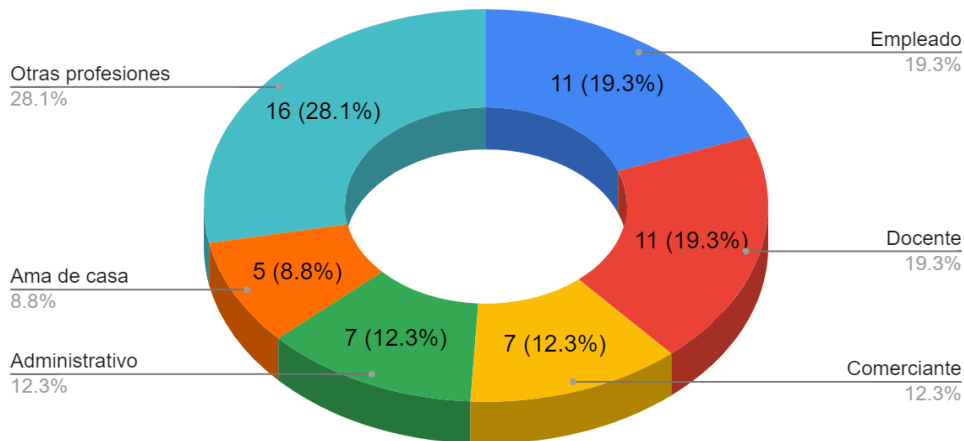


Fuente: elaboración propia.

La mayoría de los encuestados se encontraba en el rango de edades entre 30 y 40 años, representando un 64,9% de la población, y la edad promedio fue de 36 años, independientemente del género.

El estado civil más común entre los encuestados es el de casados, representando un 58% de la muestra. En cuanto al nivel de escolaridad, la mayoría de la población ha cursado estudios universitarios, alcanzando la mayoría en un 37%.

Gráfico 2: Ocupación de los encuestados/as.



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las ocupaciones, como se observa en el gráfico, hay una variedad de perfiles, pero se destaca que el 19% de los participantes se desempeñan como empleados y docentes en el mismo porcentaje coincidiendo ambas categorías laborales.

En la caracterización de la muestra también se observa que el 91% utiliza servicio de salud privado, mientras la restante minoría recurre al servicio público.

Es importante destacar que la mayoría de las familias encuestadas están compuestas por dos hijos (49%), mientras que las familias que tienen un solo hijo representan el 40%. Sólo un pequeño porcentaje del 11%, cuentan con tres hijos. Es relevante mencionar que ninguno de los niños/as a los que se hace referencia en la encuesta, presenta enfermedades preexistentes relacionadas con la alimentación.

El 88% de la muestra afirmó haber recibido orientación sobre AC y lo hizo, en su mayoría, a través de su médico pediatra (52%), siendo la fuente menos consultada, el licenciado en nutrición (8%).

Se indagó sobre el conocimiento general sobre alimentación complementaria (AC) que tenían los familiares o cuidadores encuestados.

Tabla 1: **Conocimiento de la definición de AC.**

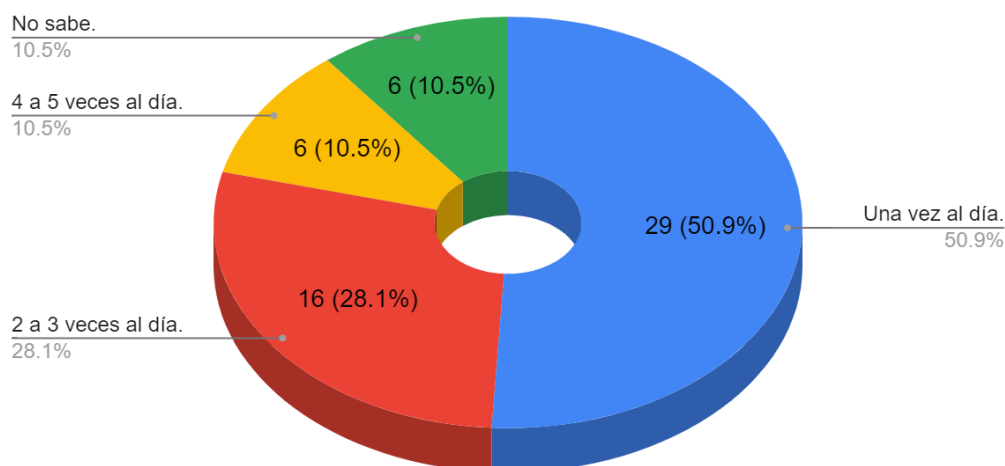
<b>Conocimiento de la definición de AC</b>	Inicio de la dieta de la familia.	1	2%
	Inicio de alimentos sólidos y líquidos diferentes a la leche materna.	48	84%
	Inicio de alimentos semisólidos solamente	0	0%
	No sabe	8	14%
	<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia.

En relación al conocimiento de la definición de AC, el 84% de los encuestados/as, conoce la definición y afirma que es la incorporación de alimentos sólidos y líquidos distintos a la leche materna.

En lo que respecta al momento adecuado para iniciar la Alimentación Complementaria (AC) en los bebés, el 86% demostró estar al tanto de la recomendación, que es a partir de los 6 meses de edad.

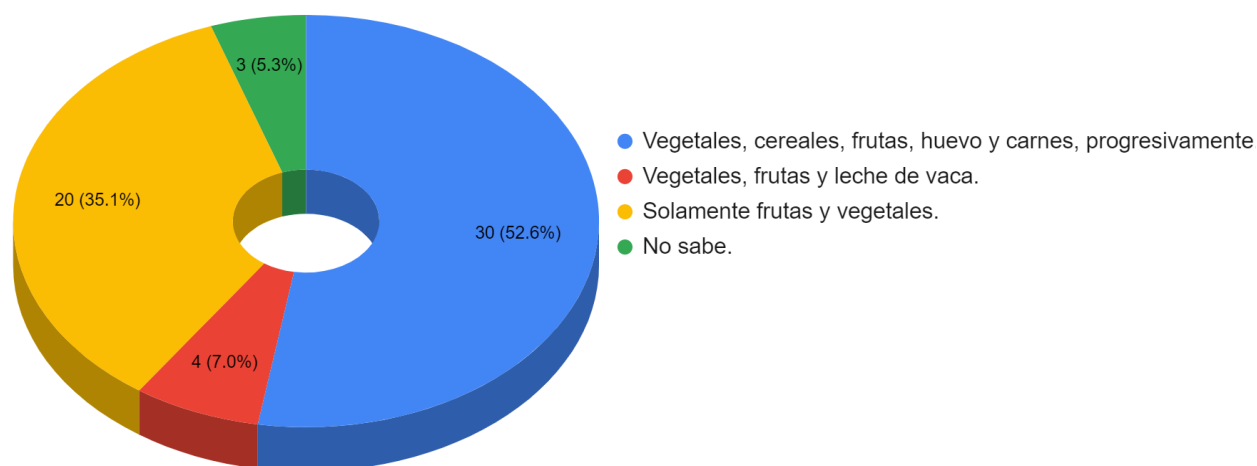
Gráfico 3: **Conocimiento de la frecuencia de consumo de alimentos distintos a la leche.**



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la frecuencia de consumo de alimentos sólidos diferentes a la leche, la mayoría de los participantes conoce la frecuencia recomendada al inicio de la AC, que es una vez al día (50,9%). Sin embargo, resulta relevante mencionar que el 49% de la muestra no está al tanto de esta recomendación específica.

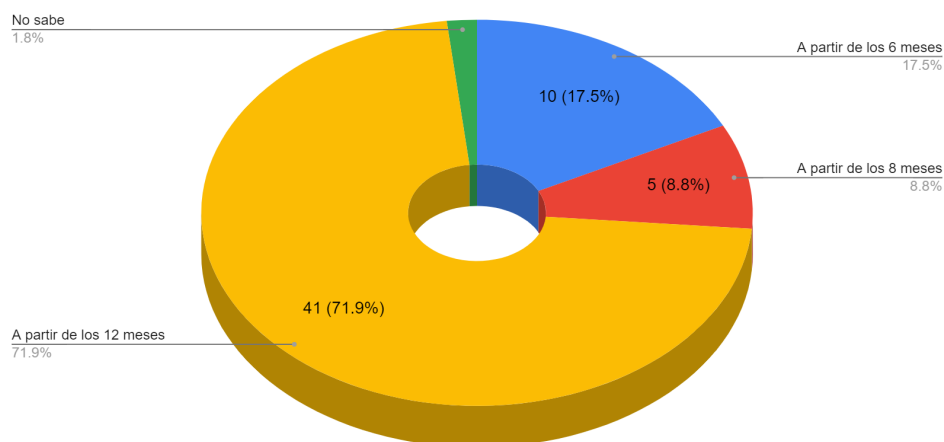
**Gráfico 4: Conocimiento de los grupos de alimentos con los que se debe iniciar la AC**



Fuente: elaboración propia

Los encuestados/as demostraron en su mayoría que conocen los grupos de alimentos con los que se debe iniciar la AC siendo el 53% los que coinciden en que se deben comenzar con vegetales, cereales, frutas, huevo y carnes, de forma progresiva. Sin embargo, una gran parte de la muestra comentó que se debe comenzar solo con frutas y vegetales.

**Gráfico 5: Conocimiento de la edad del lactante para incorporarse a la dieta familiar**



Fuente: elaboración propia

Un destacado 71.9% de los encuestados respondieron de manera acertada, que la edad apropiada para que un niño o niña se integre a la dieta familiar es a los 12 meses. Sin embargo, es notable que varios participantes confundieron el inicio de la AC a los 6 meses de edad con el inicio de la dieta familiar a los 12 meses.

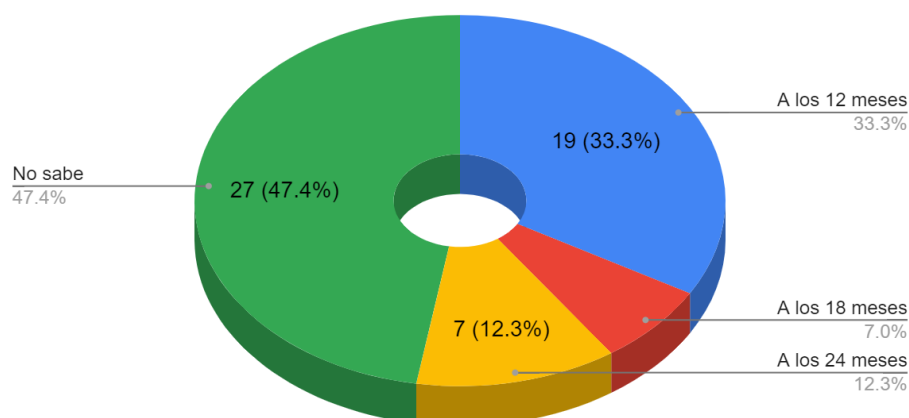
También se observa que el 95% de la muestra tiene en cuenta que la indicación de suministrar suplementos o multivitamínicos, debe hacerla el personal de salud.

En referencia a los utensilios adecuados que se deben utilizar para iniciar la alimentación, se observa que el 81% concuerda en que puede utilizarse cuchara, taza/plato, o dejar que el niño/a lo haga por sí mismo.

El 95% de los participantes demuestra comprender que la consistencia apropiada de la comida para los bebés que inician AC, debe ser en forma de puré, papilla o trozos a partir de los 6 meses. Además, la mayoría considera que el comedor es el entorno más adecuado para llevar a cabo la alimentación de los niños.

Sólo un 16% de la muestra desconoce los beneficios asociados a la adecuada implementación de la AC en lactantes. En contraste, el 84% restante reconoce la importancia de la AC en el alcance de un adecuado aumento de peso y estatura.

**Gráfico 6: Conocimiento de la edad de finalización de la AC**



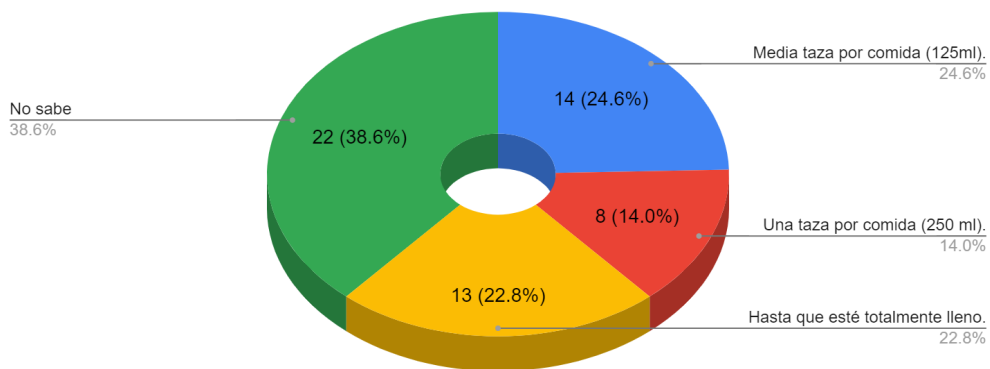
Fuente: elaboración propia

Como se evidencia en el gráfico 6, solamente un 12,3% de los encuestados está al tanto de que el período recomendado para la finalización de la AC es a los 24 meses de vida del niño o la niña. La

mayoría de los participantes (47.4%) manifestó desconocer cuál es la edad apropiada, mientras que un grupo adicional (33.3%) proporcionó respuestas incorrectas, indicando que la finalización de la AC ocurre a los 12 meses.

Del mismo modo se indagó sobre la forma de brindar alimentos complementarios y el 89% de la muestra coincidió en que lo más adecuado es permitir que el niño/a coma solo/a y experimente con diversas combinaciones y sabores. Sólo el 9% de la muestra comentó que los alimentos debían darse de forma asistida.

**Gráfico 7: Cantidad de alimentos complementarios que se deben ofrecer a los 12 meses.**

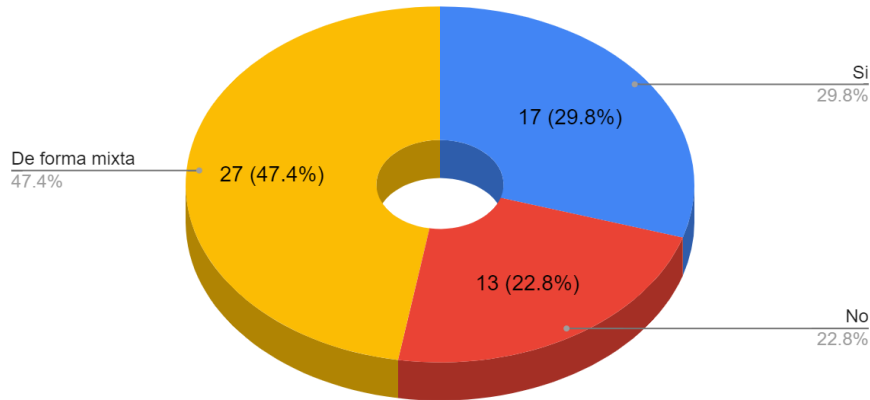


Fuente: elaboración propia

También se analizó la cantidad de alimentos complementarios que se deben ofrecer a los 12 meses del niño/a y como se observa en el gráfico, la mayoría (77,2%) desconoce la recomendación adecuada. Sólo el 22.8% indicó que deben ofrecerse alimentos hasta que el niño/a se encuentre satisfecho y un significativo grupo del 38,6% comentó directamente, no saber la cantidad de alimentos que debían ofrecerse.

Se intenta describir el nivel de conocimiento que tienen las familias sobre el método BLW para el inicio de la AC. En esta investigación, se encontró que el 70% de los participantes afirmó estar familiarizado con dicho método.

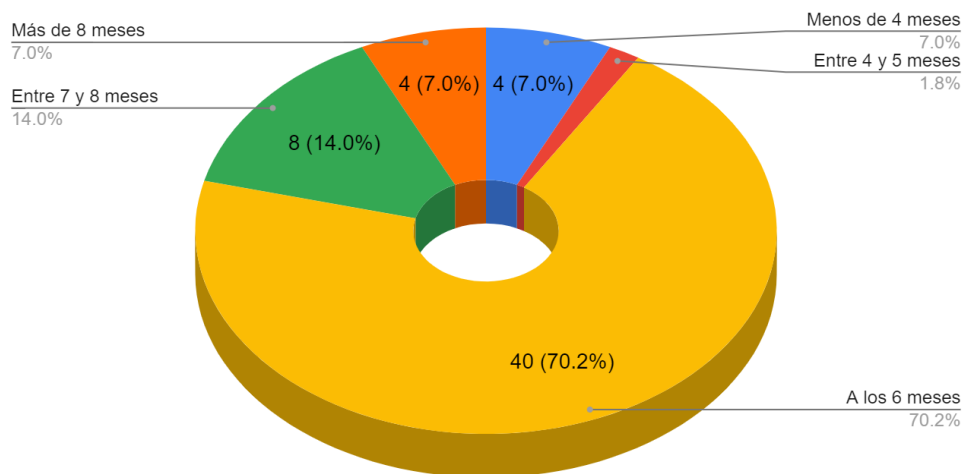
Gráfico 8: Aplicación del método BLW para iniciar AC.



Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, como se evidencia en el gráfico, el 29,8% de los participantes informaron haber puesto en práctica el método BLW. Mayoritariamente, optaron por una combinación de este enfoque con el método tradicional, alcanzando un 47,4% y un grupo más reducidos (22,8%) comentó firmemente, no haber aplicado el método.

Gráfico 9: Edad de inicio de la AC.



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la edad de inicio de la AC, en la experiencia propia de cada familia, se observó que un pequeño porcentaje, equivalente al 7%, comenzó a introducir alimentos complementarios a sus bebés antes de los 4 meses de edad, lo que es contrario a las recomendaciones de salud. Mientras tanto, el 2% de los bebés comenzaron a recibir alimentos complementarios entre los 4 y 5 meses, un periodo que sigue siendo considerado temprano. La mayoría, representando un 70% de los casos, introdujo la alimentación complementaria a los 6 meses de edad, lo que concuerda con las recomendaciones de salud para el inicio de la AC. También se observa que el 21% de los bebés comenzaron a recibir alimentos complementarios a los 7 meses de edad, un período que podría considerarse ligeramente retrasado en comparación con las recomendaciones.

En la encuesta se investigó la práctica de ofrecer alimentos nuevos y texturas diferentes a medida que los niños crecían. En los resultados se observa que un 25% (14 participantes) lo hizo por iniciativa propia, el 42% (24 participantes) lo realizó siguiendo indicaciones médicas y el 33% (19 participantes) combinó ambas prácticas, ofreciendo alimentos nuevos y texturas diferentes por decisión propia y bajo recomendación médica.

**Tabla 2. Progresión en alimentos nuevos y texturas y cantidad de alimentos ofrecidos.**

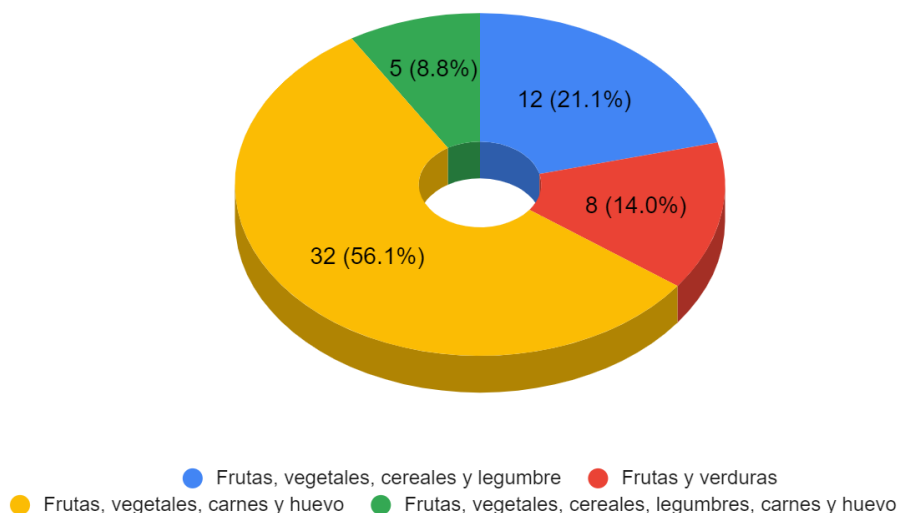
	Media taza por comida (125ml). (n=14)		Una taza por comida (250 ml). (n=8)		Hasta que esté totalmente lleno. (n=13)		No sabe. (n=22)	
Por desición propia (n=14)	2	14,3%	0	0%	4	30,7%	8	36,35%
Por indicación médica (n=24)	9	64,3%	5	62,5%	4	30,7%	6	27,3%
Ambas (n=19)	3	21,4%	3	37,5%	5	38,6%	8	36,35%
	100%		100%		100%		100%	

Fuente: elaboración propia.

Si analizamos la información obtenida en cuanto a la progresión en alimentos nuevos y texturas en contraposición con la cantidad de alimentos ofrecidos a los lactantes, podemos observar que aquellos que eligieron tener como referencia la cantidad explícita de alimento fueron los que siguieron las indicaciones médicas (64,3% para media taza por comida y 62,5% para una taza por comida). En el caso de los 13 participantes que comentaron que se ofrecieron alimentos hasta observar que el niño esté totalmente lleno, manifestando perceptivamente sus señales de hambre/saciedad, se puede concluir que de forma muy pareja siguieron las indicaciones médicas pero también las propias percepciones de los adultos cuidadores para poder entender dichas señales.

Es llamativo lo que ocurre con aquellos que contestaron no saber qué cantidad de alimento debe consumir el lactante al inicio de la AC (n=22), el 27,3% recibía orientación del personal de salud y aún así no tenían conocimientos sobre la cantidad de alimentos a ofrecer a los lactantes.

Gráfico 10: **Tipo de alimentos para iniciar la AC.**



Fuente: elaboración propia.

La totalidad de los encuestados informó que comenzó la AC con alimentos preparados en casa sin recurrir a alimentos procesados industrializados. También de forma generalizada, los alimentos elegidos por las familias para iniciar el proceso de alimentación fueron frutas en el 100% de los casos y el 80,7% también incluyó vegetales. Además de estos alimentos, el 64,9% ofreció carnes y huevos. Otros alimentos menos elegidos para presentar a los bebés fueron los cereales y legumbres en un 29,8% de los casos.

En relación a la forma de presentación de los alimentos, se conoce que el 63% de los encuestados prefirió presentarlos de forma separada individualmente, otro grupo eligió hacerlo combinado en preparaciones (19%) y el resto (18%) mezclados en el mismo plato.

Sin embargo, los resultados indican que la mayoría de los alimentos ofrecidos a los bebés tenían una consistencia de papilla o puré en un 61%, y sólo el 39% los presentó en forma de trozos blandos.

Tabla 3: **Progresión en alimentos nuevos y texturas y su forma de presentación.**

	Separados individualmente (n=36)		Combinados en preparaciones (n=11)		Mezclados (n=10)	
Por decisión propia (n=14)	13	36,2%	1	9,1%	0	0%
Por indicación médica (n=24)	11	30,5%	6	54,5%	7	70%
Ambas (n=19)	12	33,3%	4	36,4%	3	30%
	100%		100%		100%	

Fuente: elaboración propia.

Al analizar los datos se puede observar que el 54,5% de las familias que presentaron los alimentos combinados en preparaciones fueron las que siguieron las indicaciones médicas, también siguieron las indicaciones de los profesionales el 70 % de aquellos que presentaron los alimentos mezclados. En el caso de quienes presentaron los alimentos separados de forma individual, se observa que las progresiones se dieron en su mayoría por decisión de los cuidadores responsables, pero fueron relativamente similares con aquellos que se guiaron por las indicaciones médicas y también por aquellos que lo consideraron y tomaron sus propias decisiones.

En cuanto al acompañante adulto responsable de la AC, se observa que en el 40% de los casos es la madre o el padre quienes individualmente acompañan al bebé. El 58% de las situaciones involucran a la familia en su conjunto, lo que destaca la importancia de la participación y colaboración familiar y de la responsabilidad conjunta en la AC. En un porcentaje más reducido, sólo el 2% de los casos incluye a otros cuidadores en el hogar, lo que indica que la madre y el padre o ambos en familia son los principales responsables de esta actividad, al menos en la muestra estudiada.

Con respecto al tiempo dedicado a la alimentación del niño o niña durante la AC, se evidencia una variabilidad considerable de tiempos invertidos. Mientras que la mayoría de los participantes (56%) dedican entre 15 y 30 minutos a esta tarea, hay un 33% que emplea entre 30 y 60 minutos. Además,

un pequeño porcentaje (7%) de los participantes emplea más de 60 minutos en este proceso, y el 4% de los casos requiere menos de 15 minutos para completar la AC.

En cuanto a la percepción de la AC en los primeros meses por parte del adulto responsable, se destaca que el 75% la describe como una experiencia agradable, mientras que el 25% la percibe como estresante.

Tabla 4; **Experiencia en la AC de los padres, madres y/o cuidadores.**

	Madre o Padre (n=23)	En familia (n=33)	Otros cuidadores (n=1)
Experiencia agradable	15 (65,2%)	27 (81,8%)	1 (100%)
Experiencia estresante	8 (34,8%)	6 (18,2%)	0
	<b>23 (100%)</b>	<b>33 (100%)</b>	<b>1 (100%)</b>

Fuente: elaboración propia.

Así mismo, como se observa en la tabla 3, las experiencias agradables encontraron su mayoría cuando se realizan en familia (81,8%) y del grupo que consideró la experiencia como estresante (n=14) la mayoría se conforma por los padres y madres (34,8%) que brindaron AC solos.

Tabla 5: **Percepción de la experiencia en la AC según el método de alimentación elegido.**

	BLW (trozos blandos)		Tradicional (papilla/puré/licuado)	
	n	%	n	%
Experiencia agradable	18	82%	25	71%
Experiencia estresante	4	18%	10	29%
	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia.

Si se analiza la información proporcionada en relación a la experiencia de los cuidadores con el BLW en comparación con la alimentación tradicional se observa que el 82% de los participantes que practicaron BLW reportaron tener una experiencia agradable con este método, lo mismo sucedió con el 71% de los participantes que utilizaron el método tradicional (papilla/puré/licuado).

En general, como se puede observar en la tabla 4, estos resultados sugieren que tanto el BLW como la alimentación tradicional tienen un alto porcentaje de experiencias agradables. Sin embargo,

también es importante destacar que un pequeño porcentaje de participantes en ambos grupos experimentó estrés en relación con el método de alimentación seleccionado.

## CONCLUSIONES

En el presente estudio, se investigó el conocimiento sobre la Alimentación Complementaria (AC) que tienen las familias del AMBA, la mayoría de los participantes evidenció una comprensión firme de aspectos fundamentales, incluyendo la definición de la AC como el inicio de alimentos sólidos y líquidos diferentes a la leche materna, la recomendación de iniciarla a los 6 meses de edad, la incorporación de los niño/as a la alimentación familiar a los 12 meses. Sin embargo, un grupo muy reducido conoce que la finalización de la AC a los 24 meses. Además, un alto porcentaje de los entrevistados consideró relevante brindar una adecuada AC para promover un crecimiento y desarrollo saludable en los niños/as.

En cuanto al método Baby-Led Weaning (BLW) para iniciar la AC, se observó que un porcentaje significativo de los participantes había oído hablar de este método, pero una proporción menor lo había aplicado en su totalidad, optando en su mayoría por una combinación con el método tradicional. Esto concuerda con la forma de presentación de los alimentos elegida por los encuestados que fue en su mayoría en forma de papilla/puré.

Se observa cierta falta de información sobre la frecuencia de consumo de alimentos sólidos y los grupos de alimentos adecuados para la AC ya que solo poco más de la mitad de la muestra conoce que se debe iniciar con alimentos una vez al día y que estos deben incluir todos los grupos de alimentos aptos de forma progresiva. Todos coincidieron en comenzar con frutas y un gran grupo también incluyó vegetales. También se observó que un grupo significativo eligió incluir carnes y huevos. Así mismo, es importante destacar que cuando se indagó en las experiencias personales el grupo de los cereales y legumbres no fue incluido en más del 50% de las respuestas. En cuanto a la progresión, gran parte de la muestra sigue las indicaciones médicas para progresar en alimentos nuevos y texturas, otro gran grupo se guía por sus propias decisiones.

Casi el 90% de los participantes coincidieron en que es beneficioso que el niño/a coma solo y experimente con los alimentos. Estos alimentos han sido presentados mayormente, de forma separada para que los bebés puedan percibirlos individualmente, han sido ofrecidos en forma de papilla o puré, un pequeño grupo ha elegido la presentación en forma de trozos blandos. Sin embargo, la mayoría de los adultos que ofrecieron los alimentos mezclados o combinados en preparaciones lo hicieron bajo indicación médica, en cambio aquellos que prefirieron ofrecerlos separados lo hicieron mayormente por decisión propia. De todas formas, la totalidad de los participantes prefirió introducir alimentos complementarios caseros antes que industrializados.

En lo que respecta a las cantidades de alimentos, sólo un pequeño grupo comentó que debe ofrecerse alimentos hasta que el niño esté lleno, haciendo uso de la alimentación perceptiva donde el niño/a demuestra señales de hambre/saciedad y el adulto cuidador puede percibir las. El cuidador responsable en su mayoría era su madre y su padre en su conjunto y le destinaban entre 15 y 30 minutos a la alimentación del niño/a. La totalidad de los participantes coincidió en que el comedor era el lugar más apropiado para la alimentación de los niños. Todo esto habla de practicar la comensalidad, un hábito que fortalece la buena relación con la comida y el entorno.

En cuanto a la percepción de la experiencia de la AC, la mayoría de los cuidadores la describen como agradable ya sea eligiendo el método BLW o el método tradicional, especialmente cuando se lleva a cabo en familia, siendo una actividad que demanda tiempo, responsabilidad, atención y resulta más provechosa cuando se hace en conjunto promoviendo también la comensalidad mencionada anteriormente.

En resumen, este estudio proporciona información sobre la práctica de la AC en la muestra analizada, destacando la importancia del conocimiento, la educación y la orientación adecuada en este proceso fundamental para el crecimiento y desarrollo saludable de los niños y niñas. Se refuerza la necesidad de brindar información y apoyo a los padres, madres y cuidadores para asegurar una transición exitosa hacia la Alimentación Complementaria independientemente del método que se elija.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de la República Argentina. Guía de práctica clínica sobre Alimentación complementaria para los niños y niñas menores de 2 años. [internet] Argentina; 2021 [consultado 1 de junio 2023]. Disponible en: <https://cesni-biblioteca.org/archivos/guia-alimentaria-nyn-2022.pdf>
2. Rapley G. Destete dirigido por el bebé: transición a alimentos sólidos al ritmo del bebé. *Práctica Comunitaria* [internet]. 2011 [consultado en 5 de julio 2023]: 84, 20 – 23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21739856/>
3. Brown, A. y Lee, MD, Saciedad-respuesta al destete. *Obesidad Pediátrica* [internet]. 2015; [consultado 1 de junio 2023] 10: 57-66. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00207>.
4. Swanepoel, L , Henderson, J , Maher, J. Experiencias de las madres con la alimentación complementaria: enfoques convencionales y dirigidos por bebés. *Dieta Nutritiva* [internet]2020 [consultado el 1 de junio 2023]; 77 : 373 - 381. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12566>
5. Seaman C , D'Alessandro S , Swannie M. Elección de los alimentos de destete . *Br Food J*; 1996. 98 : 13 – 16
6. Brown A , Jones SW & Rowan H. Destete dirigido por bebés: la evidencia hasta la fecha . *Curr Nutr Rep* [internet]. 2017 [consultado 5 junio 2023]; 6 , 148 – 156. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28596930/>
7. Brown, A. No hay diferencia en la frecuencia autoinformada de atragantamiento entre los bebés que comen alimentos sólidos utilizando un destete dirigido por el bebé o un enfoque tradicional de alimentación con cuchara . *Dieta J Hum Nutr.* [internet]. 2018 [consultado 5 de julio 2023]; 31 , 496 – 504. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jhn.12528>
8. Zapata M, Fortino J, Palmucci C, Padrós S, Palanca E, Vanesia A, et. al. Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, según los indicadores

- básicos propuestos por la OMS, en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario, Argentina. [internet]. 2015 [consultado 1 de junio 2023] Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v33n150/v33n150a02.pdf>
9. Pearce, J , Langley-Evans, SC . Comparación de la ingesta de alimentos y nutrientes en bebés de 6 a 12 meses de edad, después del destete dirigido por el bebé o tradicional: un estudio transversal. *Dieta J Hum Nutr.* [Internet] 2022 [consultado 5 de julio 2023]; 35 : 310 - 324. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jhn.12947>
  10. Rowan, H. Diferencias en la composición de la dieta entre los bebés que recibieron alimentos complementarios mediante el destete guiado por el bebé y la alimentación tradicional con cuchara. *Dieta J Hum Nutr.* [Internet]. 2019 [consultado 5 de julio 2023] 32 , 11 – 20. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jhn.12616>
  11. Gómez Ruiz, C. Baby Led Weaning (BLW): Un nuevo paradigma en alimentación complementaria. [Internet] 2022 [consultado 5 de julio 2023] Disponible en: <http://hdl.handle.net/11201/158022>
  12. Scarpelli D. Lehmann N, Castillo B, Blanco E, Alimentación infantil y fuentes de información en familias chilenas que reportaron el destete dirigido por el bebé como método de alimentación complementaria.[internet]. Chile; 2021 [consultado 1 de junio 2023]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/8/2707/htm>
  13. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. OMS. [Internet]. 2010. [consultado 1 de junio 2023] Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944\\_spa.pdf;jsessionid=F E320EAB55553B0FFF962307E556099B?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf;jsessionid=F E320EAB55553B0FFF962307E556099B?sequence=1)
  14. OMS/UNICEF/USAID. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. [internet] Ginebra, 2008. [Consultado 2 de agosto 2023]. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662\\_spa.pdf;sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662_spa.pdf;sequence=1)
  15. Kramer, M. S., Kakuma, R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Advances in experimental medicine and biology* [internet] 2004. [Consultado 2 de agosto 2023] Vol. 554 : 63-77. Disponible en: [doi:10.1007/978-1-4757-4242-8\\_7](https://doi.org/10.1007/978-1-4757-4242-8_7)
  16. La Orden Izquierdo E, Segoviano L, Verges Pernía C. Alimentación complementaria: qué, cuándo y cómo. *Rev Pediatr Aten Primaria.* [Internet]. 2016 [consultado en julio 2023]; 18

- (69): e31-e35. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322016000100015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000100015&lng=es).
17. Daniels L, Heath AL.M., Williams SM, Camero S, Fleming E, Taylor B, et al. Estudio Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS): un ensayo controlado aleatorizado de un enfoque dirigido por bebés para la alimentación complementaria. *BMC Pediatr*. [Internet] 2015. [consultado 10 de junio 2023] 15, 179. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0491-8>
18. Brunner-López O, Fuentes-Martín MJ, Ortigosa-Pezonaga B, López-García AM. Texturas evolutivas en la introducción de nuevos alimentos: un acercamiento teórico. *Rev Esp Nutr Hum Diet* [Internet]. 2019 [consultado 2 agosto 2023]; 23( 2 ): 104-122. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2174-51452019000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452019000200008&lng=es). Epub 29-Jun-2020. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.23.2.459>.
19. Utami AF, Wanda D, Hayati H, Fowler C. Convertirse en un alimentador independiente: la transición del bebé en la introducción de alimentos sólidos a través del destete dirigido por el bebé. *Proceso BMC* [internet], 2020 [consultado en junio 2023]. 14, 18. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12919-020-00198-w>
20. Webber C, Blissett J, Addessi E, Galloway AT, Shapiro L, Farrow, C. Un enfoque dirigido por el lactante para la alimentación complementaria se asocia positivamente con el desarrollo del lenguaje. *Nutrición materno-infantil* [Internet] 2021 [consultado en junio 2023] Disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.13206>
21. Cichero, J. Introducción de alimentos sólidos utilizando el destete dirigido por el bebé frente a la alimentación con cuchara: un enfoque en el desarrollo oral, la ingesta de nutrientes y la calidad de la investigación para equilibrar el debate. *Nutr Bull* [Internet]. 2016 [consultado en mayo 2023] 41: 72-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nbu.12191>
22. Baker RD , Greer FR y el Comité de Nutrición. Diagnóstico y prevención de la anemia por deficiencia de hierro en bebés y niños pequeños (de 0 a 3 años). *Pediatrics* [Internet] 2010 [consultado en mayo 2023] 126: 1040–50. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2576>
23. Butte NF , Lopez-Alarcon MG & Garza C. Adecuación de nutrientes de la lactancia materna exclusiva para el lactante a término durante los primeros seis meses de vida. Organización

- Mundial de la Salud: Ginebra 2002 [internet] Disponible en:  
<https://iris.who.int/handle/10665/42519>
24. Boswell, N. Métodos de alimentación complementaria: una revisión de los beneficios y riesgos. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*. [Internet] 2021 [consultado en julio 2023] 18. 7165. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18137165>
  25. Morison BJ , Taylor RW , Haszard JJ, Schramm C, Erickson L, et al. ¿Qué tan diferentes son el destete guiado por el bebé y la alimentación complementaria convencional? Un estudio transversal de lactantes de 6 a 8 meses. *BMJ Open*. [Internet] 2016 [Consultado en mayo 2023]; 6: e010665. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010665>
  26. Martínez Rubio A, Cantarero MD, Jaime B. ¿Cómo orientan los pediatras de Atención Primaria la alimentación complementaria? *Rev Pediatr Aten Primaria*. [Internet] 2018 [consultado en mayo 2023]; 20: 35-44. Disponible en: [https://archivos.pap.es/files/1116-2388-pdf/04\\_Encuesta\\_alimentacion\\_complementaria.pdf](https://archivos.pap.es/files/1116-2388-pdf/04_Encuesta_alimentacion_complementaria.pdf)
  27. Molina Favero N, Rens V. Anemia y déficit de hierro en lactantes de 6 a 12 meses de la ciudad de Necochea: prevalencia y determinantes. *Arch Argent Pediatr*. [internet] 2020 [consultado en agosto 2023] 118(3):187-192. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n3a08.pdf>
  28. MSAL. 1.ª Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados. [internet] 2007 [consultado en junio 2023] Disponible en: <https://sites.bvsalud.org/bvsmsal/biblio/resource/?id=biblioref.referencesource.1391186#>
  29. Binaghi MJ, Greco CB, López LB, Ronayne de Ferrer PA, Valencia M. Biodisponibilidad de hierro en la dieta infantil. *Arch Argent Pediatr*. [internet] 2008 [consultado en agosto 2023]; 106(5):387-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v106n5/v106n5a02.pdf>
  30. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Secretaría de Gobierno de Salud. Medicamentos esenciales. Programa REMEDIAR+REDES. 2018. [Consultado 2 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/medicamentos/index.php/noticias/799-el-programaentrega-hierro-y-acido-folico-para-la-anemia>.
  31. San Mauro I, Garicano Vilar E, Porro Guerra G, Camila Martin MA. Conocimientos y actitudes frente al baby-led-weaning en profesionales de la salud y padres: un estudio

transversal. Elsevier. [Internet] 2022 [consultado en agosto 2023] 32 -1. S64-S72.  
Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.04.005>

ANEXOS

ANEXO 1. Encuesta



Sección 1 de 11

## Método de inicio de Alimentación Complementaria

En virtud que me encuentro realizando mi trabajo final integrador (TFI), de la Licenciatura en Nutrición necesitare realizar una encuesta sobre los **métodos de inicio de alimentación complementaria en lactantes** Por esta razón, solicito su autorización para participar en esta encuesta voluntaria y anónima, que consistirá en recabar información referida a este tema. Se resguardará la identidad de las personas incluidas en esta encuesta, en cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.  
Desde ya agradezco su colaboración.

Desea participar de la encuesta \*

- Sí
- No

Después de la sección 1 Ir a la sección 2 (Para conocernos:)

Sección 2 de 11

Para conocernos:

Descripción (opcional)



¿Cuál es su edad en años? \*

Texto de respuesta breve

¿Cuál es su lugar de residencia? \*

- AMBA
- Otro

¿Cuál es su estado civil? \*

- Soltero
- Casado
- Unión Civil
- Separado
- Viudo

¿Cuál es su nivel de escolaridad alcanzado? \*

- Ninguno
- Primaria
- Secundaria
- Técnica
- Universitaria

¿Cuál es su ocupación?

Texto de respuesta breve

---

¿Cómo es su servicio de salud? \*

- Público
- Privado

¿Cuántos hijos tiene? \*

Texto de respuesta breve

---

¿Su hijo/a presenta alguna enfermedad preexistente? \*

- Sí
- No

¿Cuál? \*

Texto de respuesta breve

¿Ha recibido orientación sobre alimentación complementaria? \*

- Familiares/Amigos.
- Pediatra.
- Nutricionista.
- Redes sociales.
- No recibió información.

**Sobre sus conocimientos en Alimentación complementaria...**



**AC = alimentación complementaria**

La AC es: \*

- Inicio de la dieta de la familia.
- Inicio de alimentos sólidos y líquidos diferentes a la leche materna.
- Inicio de alimentos semisólidos solamente.
- No sabe.

¿Hasta qué edad del niño/a se debe dar leche materna como único alimento? \*

- Hasta los 6 meses.
- Hasta los 8 meses.
- Hasta los 24 meses.
- No sabe.

¿Cuántas veces al día debe comer otros alimentos distintos a la leche aquel niño/a que inicia la AC? \*

- Una vez al día.
- 2 a 3 veces al día.
- 4 a 5 veces al día.
- No sabe.

¿Con qué grupos de alimentos debe iniciar la AC? \*

- Vegetales, cereales, frutas, huevo y carnes, de forma progresiva.
- Vegetales, frutas y leche de vaca.
- Solamente frutas y vegetales.
- No sabe.

¿A partir de qué edad el niño/a puede ingerir los alimentos que consume toda la familia? \*

- A partir de los 6 meses.
- A partir de los 8 meses.
- A partir de los 12 meses.
- No sabe.

Los suplementos nutricionales o multivitamínicos se deben suministrar: \*

- A los niños que luzcan delgados y pálidos.
- Solo a los niños que no consumen leche materna.
- Cuando lo indique el personal de salud.
- No sabe.

La forma adecuada de suministrar los alimentos diferentes a la Leche materna o fórmula es: \*

- Mamadera.
- Sorbete debido a la consistencia.
- Cuchara, taza/plato, o dejar que lo haga por sí mismo.
- No sabe

La consistencia de la comida del niño/a según sus meses de edad es: \*

- Puré, papilla o trozos a partir de los 6 meses.
- Solo alimentos líquidos hasta los 12 meses.
- En pequeños trozos a partir de los 3 meses.
- No sabe.

El lugar donde se deben dar los alimentos al niño/a es: \*

- En la sala.
- En el comedor.
- En el dormitorio.
- No sabe.

Si se brinda una adecuada AC al niño/a, el beneficio será: \*

- Que aumente de peso y luzca rozagante.
- Que tenga una ganancia de peso y talla adecuados.
- Que deje la lactancia más temprano.
- No sabe.

¿A qué edad el niño/a finaliza la AC? \*

- 12 meses.
- 18 meses.
- 24 meses.
- No sabe.

La forma adecuada de dar alimentos complementarios es: \*

- Permitir que coma solo y experimente con diversas combinaciones y sabores.
- Darle todos los alimentos de forma asistida.
- Darle juegos y premios para que coma.
- No sabe

La cantidad de alimentos complementarios que se deben suministrar a los 12 meses es: \*

- Hasta que esté totalmente lleno.
- Media taza por comida (125ml).
- Una taza por comida (250 ml).
- No sabe.

**Sobre el BLW...**



*El baby-led weaning (BLW), es un método de alimentación complementaria a demanda o alimentación autorregulada. Es la primera relación de los bebés con los alimentos sólidos y poco a poco, estos serán un complemento en su dieta mientras se mantiene la lactancia materna o la alimentación con leche de fórmula. Lo que caracteriza al BLW es que se ofrecen estos alimentos al bebé directamente como sólidos blandos, permitiendo explorar sabores, texturas, colores, olores de cada alimento siendo el niño o la niña quien los manipula participando de la mesa familiar, en lugar de ofrecerlos los adultos con una cuchara de manera tradicional (triturados, en papillas o purés).*

*El BLW es una manera de crianza en la que se busca crear una relación sana entre el bebé y los alimentos que nutrirán su organismo a lo largo de su vida, compartiendo momentos en la mesa familiar, estimulando la autorregulación y fomentando la independencia en la elección de los alimentos y la cantidad que consume.*

¿Conocía el método? \*

- Sí
- No

En su experiencia ¿Lo aplicó? \*

- Sí
- No
- De forma mixta con el método tradicional

**Sobre su propia experiencia con la alimentación complementaria...**



Descripción (opcional)

¿A qué edad inició la AC de su hijo/a? \*

(se considera meses cumplidos)

- Menos de 4 meses.
- Entre 4 y 5 meses.
- 6 meses.
- Entre 7 y 8 meses.
- Más de 8 meses.

¿Ofreció alimentos nuevos y diferentes texturas a medida que progresaba en edad? \*

- Por decisión propia.
- Por indicación médica.
- Ambas.

¿Con qué tipo de alimentos comenzó? \*

- Alimentos elaborados caseros
- Alimentos industrializados

Alimentos elaborados caseros ✕ ⋮

Descripción (opcional)

Seleccione los 3 primeros alimentos que ofreció al iniciar la AC: \*

- Frutas.
- Hortalizas
- Huevo
- Carnes
- Cereales
- Legumbres
- Otra...

Alimentos industrializados

Descripción (opcional)

Seleccione los 3 primeros alimentos que ofreció al iniciar la AC

Lácteos



Cereales industriales infantiles



Galletas



Sopas instantáneas



Jugos/purés de frutas



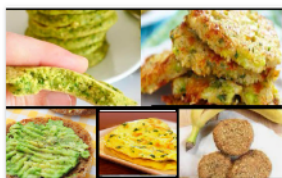
Otra...

¿De qué forma presentó los alimentos? \*

Mezclados



Combinados en preparaciones.



Separados individualmente.



¿Cómo fue la consistencia de los alimentos inicialmente (primeras semanas de AC)? \*

Papilla/puré

Licuados

Trozos blandos

¿Con quién comía generalmente el lactante? \*

- Padre
- Madre
- En familia
- Otros cuidadores en el hogar
- Otros cuidadores en Institución educativa.

¿Cuánto tiempo se le dedicaba a la comida del niño? \*

- Menos de 15 minutos.
- Entre 15 y 30 minutos.
- Entre 30 y 60 minutos.
- Más de 60 minutos.

En los primeros meses la AC te resultó: \*

- Agradable
- Estresante

**GRACIAS POR TU TIEMPO Y COLABORACIÓN**

Descripción (opcional)

## ANEXO 2: Consentimiento informado de participantes

## Método de inicio de Alimentación Complementaria

En virtud que me encuentro realizando mi trabajo final integrador (TFI), de la Licenciatura en Nutrición necesitare realizar una encuesta sobre los **métodos de inicio de alimentación complementaria en lactantes** Por esta razón, solicito su autorización para participar en esta encuesta voluntaria y anónima, que consistirá en recabar información referida a este tema. Se resguardará la identidad de las personas incluidas en esta encuesta, en cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.  
Desde ya agradezco su colaboración.

Desea participar de la encuesta \*

- Sí
- No