

Comprendiendo la alimentación complementaria: del conocimiento a la práctica, rol de las madres jóvenes

Understanding complementary feeding: from knowledge to practice, role of young mothers

Mariana Larrahondo Gómez

Universidad Santiago de Cali

✉ mariana.larrahondo01@usc.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0001-9611-005X>

Pilar Andrea Guzmán Sánchez

Universidad Santiago de Cali

✉ pilar.guzman00@usc.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0003-1390-0350>

Bernarda Leones Araque

Universidad San Buenaventura de Cartagena

✉ bernarda.leones@usbctg.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0002-5864-0380>

Cynthia Lineth Ramirez Cartagena

Universidad Santiago de Cali

✉ cynthia.ramirez00@usc.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0001-6256-8740>

Regina Domínguez Anaya

Universidad San Buenaventura de Cartagena

✉ rdominguez@usbctg.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0001-8752-0479>

Resumen. Durante los primeros años de vida, es fundamental considerar en los niños una alimentación que favorezca la autonomía, el sentido del gusto, el desarrollo de los músculos faciales y de la masticación, que, finalmente posibilita progreso cognitivo. El punto principal de esta revisión fue determinar los conocimientos y prácticas que tienen los cuidadores de niños de 6 a 36 meses sobre alimentación complementaria.

Cita este capítulo / Cite this chapter:

Larrahondo Gómez M, Leones Araque B, Domínguez Anaya R, Guzmán Sánchez PA, Ramirez Cartagena CL. Comprendiendo la alimentación complementaria: del conocimiento a la práctica, rol de las madres jóvenes. En: Larrahondo Gómez M, Guzmán Sánchez PA, editoras científicas. De la lactancia materna a la alimentación complementaria: Investigaciones, experiencias e intervenciones en profesionales de salud. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2022. p. 147-187.

Este estudio fue de naturaleza cuantitativa y se utilizó el listado de las adolescentes asistentes a la Fundación, a las cuales se les evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna a través de una encuesta diseñada con base en estudios previos realizados en países como: Bolivia, Cuba y Colombia, entre otros

El principal hallazgo del estudio indica que las madres en general tienen poco conocimiento en la extensión del concepto sobre la alimentación complementaria, además es difuso identificar de acuerdo a su contexto el número de veces al día que debe suministrar alimentos al infante. Sin embargo, es significativo considerar que los aspectos mejor conocidos por la madres se relacionan con el inicio de la alimentación complementaria posterior al desarrollo de la lactancia materna exclusiva. Finalmente resulta inquietante discurrir para esta población que la falta de conocimiento, hace que los padres de familia, en especial la madre, pueda presentar el riesgo de contraer algún tipo de desnutrición y/o anemia viéndose afectados en su evolución y progreso.

Palabras claves: alimentación, desarrollo, padres, prácticas y conocimientos.

Abstract. During the first years of life, it is essential to consider feeding in children that favors autonomy, the sense of taste, the development of facial muscles and chewing, and finally enables cognitive progress. The main point of this review was to determine the knowledge and practices that caregivers of children aged 6 to 36 months have on complementary feeding. This study was quantitative in nature and the list of adolescents attending the Foundation was used. The knowledge, attitudes and practices of breastfeeding were evaluated through a survey designed based on previous studies carried out in countries such as: Bolivia, Cuba, Colombia, among others.

The main finding of the study indicates that mothers in general have little knowledge in the extension of the concept of complementary feeding, in addition it is diffuse to identify according to their context the number of times a day that food should be supplied to the infant. However, it is significant to consider that the best known aspects are related to the

initiation of complementary feeding after the development of exclusive breastfeeding. Finally, it is disturbing to consider for this population that the lack of knowledge puts parents, especially the mother, at risk of contracting some type of malnutrition and / or anemia, being affected in their evolution and progress.

Keywords: food, development, parents, practices and knowledge.

Introducción

Alimentos complementarios en el infante.

La edad adecuada para iniciar la alimentación complementaria es a los seis meses de nacido y comprende su posible finalización a los dos años, periodo que por muchos es considerado como el mejor para el desarrollo infantil. A partir de esta etapa, empieza el aumento y cambio de los requisitos nutricionales, el crecimiento y la maduración fisiológica, entre otras cosas, que influyen de manera considerable en el desarrollo del niño (1).

De acuerdo con datos del Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la nutrición en el primer año de vida es fundamental para el desarrollo pleno del potencial humano(1). Una nutrición sana y equilibrada es vital para el estado de salud de los niños, y determinante para que el organismo tenga un funcionamiento correcto, buen crecimiento, excelente capacidad de aprendizaje, comunicarse, razonar, socializar y adecuarse a nuevos ámbitos y personas, un correcto desarrollo psicomotor y finalmente para la prevención de factores de riesgo que predominan en la aparición de ciertas enfermedades.(2)

La alimentación complementaria se convierte en un proceso complejo aportando nutrientes que completan los requerimientos necesarios para la alimentación del niño, y que la leche materna ya no puede suplir sola, aunque esta se recomienda dar hasta los dos años aproximadamente; en ese sentido, se ha demostrado que la debida implementación ayuda al crecimiento, evita problemas a futuro, mejora la capacidad de memoria, pensamiento y otras habilidades que son importantes en el desarrollo del infante (3).

Algunos autores como Cuadros Mendoza et. al, la definen como aquellos alimentos que complementan la leche materna, pero no la sustituyen, razón por la cual se establecen tres argumentos para ofrecerlos: desarrollo (los niños presentan interés por la comida de los adultos, probando sabores y texturas que se convierten en sensaciones y oportunidades de aprendizaje), nutrición (la leche materna deja de aportar los suficientes nutrientes) y cultura (en algunas culturas tienen diferentes formas de incorporar la alimentación complementaria satisfaciendo la alimentación complementaria, o puede ser que por el trabajo de la madre se adelante la incorporación de la alimentación complementaria). (4)

Conforme a lo anterior, la alimentación adecuada optimiza la capacidad de pensamiento y razonamiento, la memoria y la concentración entre otras habilidades cognitivas, además contribuye al proceso en el que las habilidades motrices, sensoriales y de interacción psicológica maduran influyendo unas en otras. (18) (19).

Sin embargo, la presencia de diagnósticos de lesión cerebral y otras circunstancias de naturaleza neurológica, pueden afectar el desarrollo óptimo de las habilidades anteriormente nombradas, además de agrupar problemas de alimentación, problemas sensoriales y en el peor de los casos de tono muscular (5). En estos casos, los niños suelen ser sumamente lentos en masticar y tragar, y en limitar alimentos por la temperatura, la textura y el sabor. De manera que, el complejo muscular que es empleado para los procesos alimenticios, pueda en algún momento necesitar de las habilidades básicas para el proceso motor oral. (6)

Un bebé primero une sus labios y utiliza sus cachetes para succionar leche del biberón o seno de su mamá y por tanto usará esos mismos músculos para producir los primeros sonidos: los bilabiales (p, b, m), algo que sucede en casi todos los idiomas. Para los seis meses los bebés empiezan a comer con cuchara, ya pueden mantener la mandíbula estable y disociar los movimientos de los labios, un paso tan importante en la alimentación, pero también para el desarrollo del habla, porque esa habilidad de estabilización mandibular y de separación de los labios que le permitirá desarrollar el balbuceo o juego vocálico, etapa sumamente significativa en el desarrollo del habla y del lenguaje (7).

A los dos años un niño debe morder, masticar y tragar todo tipo de textura, temperatura y sabor de alimentos con unas actividades orales coordinadas; puede utilizar su lengua en forma distinguida de la mandíbula y los labios para transportar los alimentos de un lado a otro y así crear el bolo alimenticio (5). Si posee poca fuerza en los músculos maseteros (para abrir y cerrar, triturar) le costará cerrar la boca en posición de reposo y por tanto permanecerá siempre con la boca abierta. Y si en reposo la boca está abierta la lengua seguirá en el suelo bucal e inclusive tomará una posición “cómoda” realizando de esta forma un incorrecto desarrollo de paladar y un posible trastorno en la deglución (8).

Para la Organización Mundial de Salud (OMS), la alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. La cifra estimada de muertes de niños debidas a la desnutrición es de 2,7 millones, lo cual representa el 45% de todas las muertes de niños (9).

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño (CND) (5), todos los lactantes y niños tienen derecho a una buena nutrición. Se calcula que, en 2016, a nivel mundial, 155 millones de niños menores de cinco años sufrían retraso del crecimiento y 52 millones presentaban un peso bajo para su talla. Son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; en muchos países, menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses cumple los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad. (10)

Se calcula que un 30% (186 millones) de la población mundial menor de cinco años tiene retraso del crecimiento y que un 18% (115 millones) tiene bajo peso para su estatura, en la mayoría de los casos por alimentación deficiente e infecciones repetidas; otros 43 millones tienen sobrepeso. Por lo tanto los indicadores de desnutrición en Perú, para los niños menores de 5 años de edad, de una muestra poblacional de 395 lactantes entre 6 y 8 meses, 17.3% tienen desnutrición crónica; 0.9%, desnutrición

aguda y 4.2%, desnutrición global; así mismo de una muestra de 447 niños entre 9 a 11 meses tienen 18%, 1%, 3.7% en desnutrición crónica, aguda y global, respectivamente. (11)

Cada año mueren casi 11 millones de niños antes de alcanzar su quinto cumpleaños, la mayoría de ellos durante el primer año de vida. La mayor parte de estas muertes (98% en el 2002) se produce en países en vías de desarrollo. La malnutrición subyace al 54% de todas las muertes infantiles. Proyecciones basadas en el análisis de *The Global Burden of Disease* “La carga mundial de la enfermedad” de 1996 indican que las enfermedades en el infante continuarán contribuyendo de manera importante a las muertes infantiles en el 2020, a menos que se hagan esfuerzos significativos para controlarlas (9).

Investigaciones realizadas a nivel internacional describen los conocimientos de las madres frente a la alimentación complementaria. Bagnas RK (12), en Perú en el año 2015 realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación que se encuentra entre las prácticas y conocimientos sobre la alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses. Tuvo como resultado que el 28.6% presenta un conocimiento bajo, el 54 % presenta conocimiento medio y el 17.5% tiene un conocimiento alto, en relación con las prácticas se obtuvo que el 74.6% tiene prácticas desfavorables, 25.4% tiene prácticas favorables. (12)

En Ecuador el año 2010, autores como Cadela L y Benavides D (13), en su estudio identificaron los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres con niños menores de un año. Se obtuvo como resultado que un 67% de las madres considera que el niño se debe poner en el pecho siempre que él quiera, el 20% piensa que se debe poner cada tres horas, el 11% considera que cuando el niño llora y el 2 % considera que debe ser cuando la madre tiene leche o calostro. (13)

En México en el año 2012, se realizó un estudio que tuvo como objetivo presentar las prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna. Obtuvo como resultados: en un 37.4% el deterioro de la lactancia materna se dio porque la madre no tenía leche, el 13.7% el deterioro se presentó por enfermedad de la madre y en el 11.4% el niño no quería

el pecho. A diferencia de las prácticas de lactancia, la alimentación complementaria, en un 94.8%, los niños reciben los alimentos, y tres cuartas partes son sometidos a algún tipo de dieta. (14)

Por otro lado, en la Universidad de Harvard y el Hospital General de Massachusetts (Estados Unidos) concluyeron que los niños mal alimentados son propensos a tener dificultad de aprendizaje y problemas de actitud, que se ven reflejados en agresividad, dificultad de comprensión y falta de interés. Las consecuencias de la inadecuada alimentación en la primera infancia pueden ser devastadores y perdurables. También, esta dificulta el desarrollo conductual y cognitivo e influye en el rendimiento escolar, debilitando así la futura productividad en el trabajo. La falta de nutrientes durante el crecimiento de los niños, disminuye su atención, capacidad de memoria y aprendizaje. (15)

En Colombia en algunos municipios caldenses en el año 2011, se realizó un estudio que identificó el conocimiento y las prácticas de cuidadores de menores de dos años sobre lactancia materna, con las mayores tasas de mortalidad materna y prevalencia de bajo peso al nacer. Obtuvo como resultado prevalencia de desnutrición crónica (13,5%) supera a la de Colombia (13,2%), a la de la subregión de Caldas, Quindío y Risaralda (11,4) y a la región central (10,7%). (16)

En Providencia se realizó un estudio que tiene por objetivo detallar los conocimientos, prácticas y actitudes de madres de Providencia sobre alimentación, salud y enfermedad, el cual comprende conocimientos, prácticas y actitudes en cuanto a la formación, percepciones y creencias concerniente a niñez y su variación según aspectos socioculturales y ambientales. Como resultado se obtuvo que el 7% de las madres no amamantó a sus hijos; fueron encaminadas por profesionales de la salud en el 63% , fue ofrecida porque protege de enfermedades en el 62.5% y da bienestar en el 33%; la alimentación complementaria fue iniciada en el 32% con frutas o cereales, siendo encaminadas por familiares en el 37.5%. Finalmente, el estudio concluyó que es preciso entender la salud y la enfermedad y como se crean las prácticas alimentarias en un contexto social específico y los cambios que se demuestran a través del tiempo. (17)

El Ministerio de Salud y Protección Social (Min Salud) afirma que en la alimentación de los niños se debe tener claro cuáles son los alimentos que deben consumir para evitar cualquier tipo de enfermedad y retardos en el crecimiento, aunque en algunas ocasiones para los cuidadores no siempre es fácil hacer que los niños consuman esos alimentos, porque no quieren comer o porque no les gusta. Además se encuentran los niños obesos, los cuales, por malos hábitos de alimentación, empiezan con problemas de sobrepeso a temprana edad. (18)

De acuerdo con lo anterior, se determina que, una vez la alimentación se considere adecuada en el niño, mejorará la capacidad de pensamiento y razonamiento, la memoria y la concentración, entre otras habilidades cognitivas. Son estos elementos, junto con las habilidades motrices, sensoriales y de interacción psicológica que maduran con el tiempo y contribuyen en la prevención de factores de riesgo que predominan en la aparición de ciertas enfermedades.

Sin embargo, una vez los niños revelan disgusto en sus hábitos alimenticios, bien sea por un escaso disfrute de los alimentos, dietas limitadas y variaciones en el consumo de las porciones, resulta importante analizar las condiciones asociadas al proceso alimenticio y la influencia de varios factores como la disponibilidad de los alimentos, la presencia de cuidadores interesados en alimentar al niño y satisfacer sus necesidades básicas, la capacidad del niño de integrar el alimento, procesarlo y beneficiarse de lo ingerido, factores de la relación entre el niño y sus padres, factores culturales y psicosociales que establecen lo que se ofrece al niño, la preparación, presentación, lapso de tiempo en la cual se sirve y lo que transcurre durante esas horas. (19)

Hay que señalar la necesidad de dar conocimiento a los padres, y mostrar con claridad el alcance de una apropiada alimentación para los niños que se niegan a comer alimentos que cumplan sus necesidades nutricionales. De este modo, los padres van cambiando las prácticas de alimentación, tratando de lograr que sus hijos consuman la cantidad de alimentos que ellos creen conveniente; a pesar de esto, no son conscientes de los efectos a corto y largo plazo de dichas prácticas en la conducta alimentaria de sus hijos. Los padres no tienen conocimientos de los cambios que se esperan durante las diferentes etapas del ciclo vital. (19)

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) a través de su política de derecho a la alimentación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos donde considera que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación”. Además del reconocimiento del derecho a una alimentación adecuada en la Declaración, consecutivamente, esto se encuentra en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a nivel nacional e internacional. Afortunadamente, la situación está cambiando y hay varios factores que contribuyen a una mejor comprensión de la interdependencia, indivisibilidad y generalidad de todos los derechos humanos. (20)

Por otro lado, el ámbito familiar ayuda a que el niño conozca e identifique el modo de alimentación y establezca algunas preferencias o rechazos de alimentos; la etapa para establecer los hábitos está condicionada por el modelo de aprendizaje alimenticio que encuentra de su entorno más cercano y en las personas que comparten la experiencia a diario. Sin duda alguna, la madre o cuidador primario, se convierte en el participante fundamental en la alimentación del niño, integrando pautas alimentarias que pueden desarrollar o no riesgos de padecer alguna conducta alimenticia inadecuada. (4)

Algunos actores como el Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) defiende los derechos alimenticios de la población infantil a través del código de la infancia y la adolescencia contemplado en la Ley 1098 del 2006, Título II, artículo 39, que habla sobre la obligación de la familia de proteger la igualdad de derechos, el afecto, la solidaridad y el respeto entre sus integrantes. Cualquier forma de violencia contra la familia debe ser sancionada. Algunos de los derechos contemplados proporcionan las condiciones necesarias para que los niños alcancen una nutrición y una salud adecuadas, que les permita un óptimo desarrollo físico, psicomotor, mental, intelectual, emocional, afectivo, y educarlos en la salud preventiva en la higiene (21).

Según la Política Nacional de Infancia y Adolescencia los niños y adolescentes deben tener acercamiento con la alimentación nutritiva en los distintos ámbitos de cotidianidad; un paso esencial para la seguridad de la alimentación es anticiparse con actividades de promoción de la salud

y educación que puedan lograr un estilo de vida saludable y seguir con su proceso de desarrollo. (22)

El control de crecimiento y desarrollo periódico y sistemático, está elaborado como un servicio amigable apropiado para etapa del ciclo vital para todas y todos los niños y niñas, desde la primera infancia hasta la adolescencia, ya que es importante en el momento de identificar los factores de riesgo nutricional y tomar las medidas del caso de manera pertinente; esto se encuentra soportado por la Ley 3021, Ley de promoción de la alimentación saludable en niños, niñas y adolescentes que incluye la promoción y protección efectiva del derecho a la salud pública, al crecimiento y desarrollo adecuado de las personas, a través de las acciones de educación, el fortalecimiento y fomento de la actividad física, con la implementación de kioscos y comedores saludables en las instituciones de educación básica regular. (22)

A través de la búsqueda de la información se muestra que se requieren políticas de seguridad alimentaria que los reconozca como sujetos de derechos y que es preciso asumir las responsabilidades para asegurar su atención integral y para mantener un adecuado cumplimiento de la alimentación en niños. En Cartagena el programa “De Cero a Siempre” incluye promover y garantizar el desarrollo infantil de las niñas y los niños en la primera infancia, por medio de un trabajo unificado e intersectorial, que desde la perspectiva de derechos y con un enfoque diferencial, articula y promueve el desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones para la atención integral que debe asegurarse a cada niña y niño, de acuerdo con su edad, contexto y condición. (23)

Finalmente la importancia de la educación en salud, en alimentación complementaria y en sus prácticas necesarias, se conjugan en la mejora continua de los conocimientos que mejoren el saber y el hacer, así como el desarrollo de conductas dirigidas a la conservación de la salud del individuo, familia y comunidad, para lograr estilos de vidas saludables, y no dejar de lado la acción comunitaria. De esta manera implementar esta educación establecer su propósito y hacia donde se quiere llegar con estas acciones, para lograr una participación activa de cada persona o grupo específico. (24)

Conceptos y realidades de la alimentación complementaria

Para abordar los conocimientos y práctica de los padres en la alimentación de los niños empezamos hablando de la alimentación y los tipos de alimentación.

Alimentación

Son todos los movimientos por los cuales facilitan la entrada de los alimentos al organismo. Los alimentos proporcionan nutrientes, que se necesitan para sostener una buena salud y evitar las enfermedades (25). La alimentación es una actividad esencial que tienen los seres vivos que se relaciona con la supervivencia. Los seres humanos necesitan el agua que es vital, una ingestión de alimentos variada y equilibrada, aunque no existe un alimento que contenga todos los nutrientes necesarios. La alimentación actual no es equilibrada, ni estructurada y suele juntarse con una vida sedentaria (25). Contreras, define la alimentación como el mejor medicamento para el cuerpo, por lo que la salud se mantiene gracias a este. El cuerpo se expone a algunas enfermedades cuando el equilibrio se modifica por insuficiencia o exceso de nutrientes (26).

Según Aranceta, para tener una buena elección de los alimentos influyen tres grupos de factores: factores biológicos que impiden la introducción de sustancias dañinas y emplean recursos alimenticios de forma eficiente; factores que afectan grupos sociales: son aquellos valores, tradiciones y simbolismos que influyen en hábitos alimenticios; factores individuales: en la elección de los alimentos influyen las actitudes, niveles socioeconómicos, el nivel de escolaridad, carácter psicológico, las aversiones y las preferencias.(27)

La alimentación en niños menores de seis meses debe ser únicamente de leche materna ya que es una etapa crítica en la que el organismo se encuentra en crecimiento y formación, en un futuro pueden tener repercusiones, efectos en el equilibrio y los errores pueden ser más graves.(28) Desde el punto de vista nutricional el lactante presenta características específicas: algunos órganos que intervienen en el proceso de alimenta-

ción se encuentran inmaduros, hay incremento en el metabolismo endógeno, crecimiento rápido y desarrollo físico y social

Según la OMS los tipos de alimentación son: lactancia materna, conocida como un acto natural y un método aprendido. Es el mejor alimento para darle al bebé, ya que aporta una variedad de vitaminas, satisface necesidades nutricionales, empieza desde el nacimiento hasta los dos meses; hasta el sexto mes debe ser exclusiva, en este periodo no es recomendado introducir otros alimentos, luego del sexto mes pasa a complementarse. En segundo lugar se identifica la lactancia materna exclusiva (LME), es el proceso de lactancia en el que se genera un vínculo entre el niño y la madre, igualmente previene problemas de salud para la madre. Empieza desde la primera hora de vida, en el cual no se deben introducir chupetes o biberones.

Luego y no menos importante está la lactancia predominante: que entra en juego después de los seis meses aportando otros líquidos distintos al lácteo, como el agua, zumo de frutas, jarabes o complementos vitamínicos, aportándole rehidratación oral. Posteriormente se identifica la lactancia parcial: en esta etapa los bebés no reciben los aportes nutricionales de la manera exclusiva de la lactancia, sino que estos se generan cuando ingiere otros alimentos. Por tanto se tienen tres tipos de lactancia parcial diferentes: la lactancia parcial alta que satisface un 80% de los nutrientes del bebé; luego está la lactancia parcial media que aporta entre 20% y el 80%; y la lactancia parcial baja que solo aporta el 20% de nutrientes y calorías que necesita el bebé.

Finalmente la OMS describe la lactancia mixta, como la etapa en la que el bebé se alimenta alternando la leche materna con otros alimentos; las madres deciden hacerlo por varios motivos como son: recomendación del pediatra, no toma bien el pecho, la mamá trabaja y el bebé se queda con un cuidador. La lactancia mixta se lleva a cabo con dos métodos: el alternado que consiste en dar primero la leche materna, luego la del biberón y así sucesivamente para que el padre se involucre con el niño en el momento que la madre no pueda darle pecho y el combinado que consiste en darle por unos minutos la leche materna y luego terminar la alimentación con biberón.

Con esta lactancia se generan varios problemas empezando por que el bebé no consigue adaptarse a la leche materna rechazándola por frustración o por la diferencia de succión acostumbrándose a succionar del biberón y este le guste más. Algunos consejos sobre esta lactancia son, en la lactancia de combinación dar primero la leche materna y luego el biberón, darle un biberón que sea lo más parecida al de la mama real y no dejar de pasar dos horas sin ofrecer el pecho, en la noche cuatro horas.

La leche materna a los seis meses deja de cubrir la cantidad de nutrientes necesarias para el bebé, por lo cual, el niño, requiere de alimentos que complementen en la dieta, y debe tener una alimentación complementaria. (30)

Ventajas de la lactancia materna en el Bebé

- Refuerza la apariencia afectiva, pues crea una experiencia afectiva entre madre e hijo.
- Es un alimento entero y emplea todos los nutrientes, sin producir ninguna enfermedad. Igualmente sacia la sed y la necesidad alimenticia.
- Ofrece protección del bebe, aportándole anticuerpos, que protegen el cuerpo contra enfermedades y reduce el riesgo de infecciones.
- Aporta la cantidad de agua necesaria para el lactante, tanto en clima cálido como frío.
- Protege de que en un futuro aparezcan enfermedades como la obesidad y, alergias, entre otras.
- Evita que el niño tenga una muerte súbita.
- Apoya el crecimiento y desarrollo físico.

La producción de leche materna empieza después del parto; se encuentran tres tipos: calostro que es un líquido espeso de color amarillento, que contiene propiedades de laxante, facilitando la expulsión del meconio del intestino del recién nacido, dura hasta el cuarto día, su principal ventaja es calmar la ansiedad del recién nacido, aportando una hidratación sin aumentar su peso. Posteriormente se ofrece al niño la leche de

transición que empieza a producirse desde el cuarto día y hasta quince días después del parto, aumentando el contenido de grasa y calorías y disminuyendo proteínas y sodio para llegar finalmente a la leche madura que contiene un 88% de agua y un 0.9 g/dl de proteínas.(29)

Alimentación Complementaria

Este proceso empieza entre los seis y veinticuatro meses, tiempo esencial para los niños en cuanto a la debilidad nutricional se refiere. En este acontecen retrasos en el crecimiento, enfermedades que aparecen en la niñez y deficiencia en nutrientes. Se empieza desde los seis meses con alimentos que aporten nutrientes, siguiendo con la lactancia materna y terminando con esta a los dos años. Los alimentos deben tener una buena calidad para la alimentación del niño, la cual se le irá complementando con la cantidad de alimentos necesaria dependiendo de la edad, se debe tener una frecuencia de tres veces por día.

Lo ideal durante la primera fase de introducción, es garantizar el conocimiento de múltiples factores que pueden o no facilitar el éxito y la aceptación transicional del alimento, en ese caso, la edad, las habilidades sociales y motoras ya adquiridas, la absorción de nutrientes y la dieta, junto con el medio socioeconómico, pueden asegurar en gran medida el desarrollo de la practica en casa. (32, 33)

Sin embargo los alimentos complementarios deben ser administrados en cantidades adecuadas para que el niño continúe creciendo. Durante el período de alimentación complementaria, el niño pequeño se acostumbra, gradualmente, a comer los alimentos de la familia, mientras la lactancia materna continúa siendo una fuente importante de nutrientes y factores de protección hasta que el niño tenga, al menos, dos años de edad. Para tener una alimentación balanceada se incluyen algunos elementos como los cereales, plátano, verduras, frutas, carnes y huevos, que aportan energía, evitan enfermedades, aportan hierro y energía necesaria para los músculos.

La alimentación complementaria pasa por unas etapas para introducir los alimentos:

- Comienza desde los seis meses. El sistema digestivo no se ha desarrollado en su totalidad y el estómago es pequeño, por lo cual en esta etapa la alimentación lleva un solo ingrediente de textura suave y blanda; los que se recomiendan son papaya, arroz y avena entre otros.
- A los 7 meses se adicionan a la alimentación nuevos sabores en los que se recomienda el pollo, frijoles, mango, espinaca, durazno entre otros.
- A los 9 meses empieza la estimulación de la habilidad para masticar y deglutir, por lo que los alimentos deben ser triturados, integrando alimentos paralelamente con la leche materna.
- A partir del primer año, ya el niño debe estar preparado para comer cualquier alimento que le aporte nutrientes y fortalezca las defensas naturales. (34)

¿Porque iniciar la alimentación complementaria a los seis meses?

Al cumplir los seis meses, los bebés deben aprender a comer papillas espesas, puré y comidas aplastadas. Estas comidas llenan mejor la brecha de energía que los líquidos. Por lo tanto, a esta edad resulta más fácil dar alimentos de diferentes consistencias de acuerdo al desarrollo motor y fisiológico del niño. Para esto, deberá incorporar mejor control sobre su lengua para desplazar el alimento de un extremo a otro y ser triturado posteriormente y presentar interés para alcanzar la comida; los movimientos de masticación se realizan en planos laterales y sagitales, y finalmente su perfeccionamiento motor se da con el control cefálico y el proceso de sedestación (35). También, a nivel fisiológico presenta aumento significativo de la función gástrica, metaboliza más fácil los líquidos y proteínas de origen animal, además de activar enzimas y optimizar el proceso para de absorción de grasas.

Sin embargo es necesario comprender que cuando empieza la alimentación complementaria antes del tiempo y hay un mínimo riesgo de alguna preexistencia que determine el inicio previo, existen algunos riesgos o peligros de apartar la lactancia materna en vez de complementarla, pues se apartan los beneficios que la lactancia le aporta al niño. Así mismo el cese de la leche materna que protege el cuerpo de infecciones y la conta-

minación de los productos de la alimentación complementaria favorecen las infecciones gastrointestinales.

En la niñez, el contexto de la alimentación está ampliamente reconocido como un factor crítico en el desarrollo de estilos de vida y hábitos de alimentación saludables. Existen teorías que refieren que los cinco primeros años de vida es el periodo más sensible para el desarrollo de los patrones de aceptación de alimentos, y que a los tres años, el niño ha desarrollado patrones de aversión a ciertos alimentos, especialmente a los vegetales. (36). Además de los riesgos anteriormente descritos, algunas consecuencias también son resultado de la mala alimentación o del inicio inadecuado de alimentos en el niño, en algunos casos las dietas no equilibradas comprenden un grupo de alimentos que a diario no aportan los nutrientes necesarios para la renovación de células y mantenimiento del cuerpo. (36) (37)

La obesidad posee inconvenientes como lesiones al momento de mover toda la cantidad de peso y los músculos y articulaciones se atrofian. Se hace mayor la posibilidad de padecer de algunas enfermedades cardiovasculares, problemas de respiración y alteraciones renales entre otras. La causa principal es la alimentación con más grasa de la que necesita el organismo para tener una buena funcionalidad; finalmente la falta de higiene alimentaria: el principal problema del manejo de los alimentos es que se infectan por microbios o gérmenes que se reproducen si se encuentran en lugares húmedos. (37)

Hábitos de la Alimentación

Estos hábitos se inician con la alimentación complementaria, y apoyan a mejorar el estado de salud (38). Algunas sugerencias son:

- En el momento de la alimentación el niño debe estar sentado en su silla
- El niño no debe entretenerse con juguetes u otras distracciones
- No gritar al niño, ni forzarlo a comer
- Darle frecuentemente los alimentos nuevos para que los empiece a aceptar

- Enseñarle a beber agua y no bebidas azucaradas
- El niño debe comer con sus padres o cuidadores para que aprenda de ellos la manera correcta de comer
- En la manera en que el niño empiece a desarrollarse dejarlo que coma solo
- Dar la comida en los horarios regulares, respetando el tiempo entre las diferentes comidas.

Desarrollo Oromotor

Como es bien sabido, el sistema oromotor (SOM) vigila o regula funciones tan importantes para el niño como son la articulación del lenguaje, comunicación no verbal mediante gestos faciales y el comportamiento de las estructuras anatómicas, así como los centros del control localizados a lo largo del tronco del encéfalo. De manera que, estas funciones se encuentran bajo el control de redes neuronales corticales y subcorticales, ya que los núcleos y nervios craneales forman parte de circuitos neuronales sensitivo-motores que son complicados, integrándose entre la información sensorial recibida y la respuesta motora voluntaria o involuntaria derivada de estos estímulos en los niños (39).

Las funciones que permiten regular el ritmo y los reflejos más complicados en el tronco del encéfalo, contienen generadores centrales de patrones sincronizando la contracción de los músculos involucrados en la respiración, fonación, masticación y deglución (40). La cavidad oral y la lengua están concedidas por la densidad y número de modalidades sensoriales en el niño, puesto que la información somato-sensorial originada en esta parte del cuerpo admite distinguir el tamaño, textura y sabor de los alimentos (41).

De igual forma, el niño instala una capacidad de diferencia sensorial entre dos puntos insuperable, tanto en las funciones de deglución como en las funciones de la lengua para producir los sonidos que forman los fonemas, ya que las zonas periodontales poseen receptores que avisan de la dureza elementos que se introducen en la cavidad oral y la interacción de los alimentos con los dientes que hace presión ejercida y la dirección de los movimientos mandibulares. Por tanto, la cavidad oral está

cubierta de receptores térmicos y nociceptivos, los cuales son recogidos por varios nervios craneales; la rama maxilar del trigémino transporta los efectos sensoriales de la parte superior de la boca, mientras que su rama mandibular la de los dos tercios anteriores de la lengua y región periodontal, puesto que el nervio facial acumula información del paladar blando y el nervio glosofaríngeo absorbe información sensorial del último tercio de la lengua y las zonas naso y orofaríngeas (42)

Prácticas de Padres

Son los métodos que eligen los padres y cuidadores para relacionarse con los niños en el momento de la alimentación; estas prácticas se relacionan con el estilo de crianza que usan los padres. Algunas prácticas que tienen los padres para el momento de la alimentación de los niños, en primer lugar, se conocen como exposición. Se necesitan más de diez exposiciones para hacer que los niños tengan un gusto por la comida, ya que al exponerlos a alimentos poco saludables, no aportan un valor importante, lo que suele ser difícil de cambiar en un futuro, sobre todo cuando el niño se encuentra en un ambiente accesible a los alimentos poco saludables (43). Los padres deben dar un ejemplo de lo adecuado y no adecuado para comer, igual que el gusto y hábitos alimenticios para los niños.

En segundo lugar, se relacionan las prácticas de alimentación coercitivas (presión para comer): los padres cumplen un papel importante en la aceptación o rechazo de los alimentos presionando a los niños a comer; se ayudan verbal y físicamente. La presión para que los niños coman han generado un aumento de consumo en la alimentación, así el deseo de los padres de que sus hijos coman lo suficiente conduce a la negatividad de algunos alimentos y problemas con la alimentación y aumento de peso.

Las restricciones, recompensas y el uso de alimentos para calmar o regular emociones aparece en el tercer lugar de aquellas prácticas; en general conllevan a la presencia de malos hábitos en la alimentación. Utilizar la comida como recompensa tiene efectos perjudiciales sobre la regulación del apetito, ya que un alimento como recompensa aumenta el valor afectivo para el niño, por lo que es más deseable y hay más probabilidad de ser comido en exceso cuando se encuentre disponible. Además usar los

alimentos para calmar las emociones genera problemas emocionales y desarrollo de déficit en las soluciones a problemas, que a su vez se relacionan con el sobrepeso.

En cuarto lugar, se ubican los estilos de crianza. Se han identificado dos dimensiones en los estilos de crianza; exigencia, que se refiere al control de las conductas en los niños y la capacidad de respuesta que se refiere a la calidez y apoyo para el niño.

Finalmente se conoce que los padres anotan altas y bajas para cada una de las dimensiones, lo cual resulta de los estilos de crianza que se clasifican en cuatro estilos: autoritario (alta exigencia y capacidad en la respuesta), autoridad racional (alta exigencia y baja capacidad en la respuesta), permisivo (baja exigencia y alta capacidad en la respuesta), no comprometido (baja exigencia y baja capacidad en la respuesta). (43) (44)

Autores como Serra L (45), han definido las prácticas como la realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas, como la aplicación de una teoría, que traduce la capacidad de hacer habitual una tarea, aprendizaje o profesión. En algunos casos, el llamado a la actitud puede garantizar la permanencia continua de esa cosa o ejercicio. Mientras que el conocimiento parte de los sentidos y termina en la lógica y capacidad de razón, la práctica tiene un vínculo cercano con las actividades que surgen por el conocimiento o el aprendizaje escalonado y procesado. Por lo tanto una práctica en el proceso alimenticio no solo depende de qué alimentos se le ofrecen al niño en sus comidas, sino también es importante la manera de cómo cuando, donde y quien le da comer al niño.

Conocimientos

El conocimiento para Mario Bunge, es un conjunto de ideas, conceptos y enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos y ordenados. En el sentido más amplio del término; se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo (46). Su origen históricamente ha estado permeado por corrientes y teorías, la psicogénica por ejemplo lo aborda como el desarrollo cognitivo y la forma en que los sujetos construyen aprendi-

zaje, sin embargo el enfoque conductual, manifiesta a priori una estrecha relación entre las prácticas, actitudes y conocimiento, y finalmente la teoría que procesa la información, enfatiza su quehacer en la forma como el ser humano responde a las analogías y metáforas, su capacidad de respuesta facilita aprendizaje centrado en problemas. Por lo tanto, todas las teorías, puestas sobre la marcha, involucran aspectos cognitivos, actitudinales y praxiológicos en el aprendizaje humano.

Un incremento en el nivel de conocimientos genera cambios actitudinales, los cuales pueden guiar a cambios en las conductas de las personas en la búsqueda de estilos de vida saludables. En ese aspecto la Atención Primaria en Salud (APS), es vista como un instrumento de educación que permite controlar y manejar las poblaciones con algún estado de vulnerabilidad en los territorios. La educación implica el manejo de múltiples diagnósticos, tratamientos, necesidades y ambientes para incorporar prácticas de vida saludables sobre todo, si se tienen articulados las condiciones y recursos personales, sociales y físicos. En conclusión se debe brindar una buena educación a la madre en el periodo de ablactación ya que una falta de conocimiento sobre el tema de alimentación complementaria puede generar algunas consecuencias posteriores que afecten al niño, como es la malnutrición. (47)

Educación para la Salud

La información, mediante el tiempo, se ha transformado en un estado necesario para suministrar destrezas en las personas considerando que la requieren en cuanto a la adopción de diversas conductas saludables. En este sentido, la OMS (2006) expresa que la educación para la salud como modelo participativo es adaptada de las diversas necesidades que requiere la población bajo la responsabilidad, en su aprendizaje y en el saber hacer. (48) De manera que, la educación para la salud según el Comité de Expertos de la OMS (1983) aborda el fomento de la motivación, habilidades personales y autoestima, las cuales son necesarias para acoger las diversas medidas que son destinadas a mejorar la salud en la población. Además, incluye las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, así como los factores, riesgo y el uso del sistema de asistencia sanitaria. (49)

Atención Primaria en Salud

En cuanto a la atención primaria en salud, su medición se basa en la atención técnica, manejo de la relación interpersonal y el ambiente donde se lleva a cabo el proceso de atención. Por tanto, la calidad en salud permite obtener un conjunto actitudes asociadas en relación con la atención recibida, beneficiando a la entidad prestadora de los servicios de salud, previendo de servicios accesibles y equitativos para la satisfacción del usuario (51). Lo importante de esta materia es que la calidad posee características, con las cuales se pueden evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud:

- Eficacia: capacidad de atención del paciente bajo un ambiente óptimo y controlado, con el propósito de conseguir mejoras en la salud y el bienestar de las personas.
- Efectividad: relación entre el impacto real de un servicio y la mejora de salud alcanzada, produciendo resultados que repercuten en el estado de salud del paciente.
- Optimización: representación de la decisión necesaria de invertir para el logro y el grado óptimo de salud.
- Aceptabilidad: expectativas y valores de los pacientes hacia los familiares en cuanto a la información de su estado de salud, la atención, preferencias de la atención y preferencias del paciente sobre el costo de la atención.
- Legitimidad: elementos legítimos de la atención en salud del individuo y los elementos que no impliquen un bien común para la sociedad.
- Equidad: distribución justa de los servicios dentro de la comunidad y de acuerdo con las necesidades de la población.
- Pertinencia: se considera pertinente el servicio cuando los individuos obtienen beneficios por su estado de salud.
- Competencia profesional: capacidad en el desempeño de sus funciones por parte de los profesionales y los equipos de trabajo, implicando la capacidad de diseñar normas para ser aplicadas en todas las fases del proceso de atención.

- **Accesibilidad:** garantía y posibilidad que poseen los pacientes de utilizar los servicios de salud.
- **Continuidad:** ausencia de interrupción de la atención del servicio en salud y el mantenimiento de la atención médica.
- **Seguridad:** elementos estructurales basados en evidencias para minimizar los riesgos en cuanto a eventos adversos en el proceso de atención de salud.
- **Comodidades:** conforten la atención de salud en los aspectos físicos de la institución.
- **Calidad técnico-científica:** grado de aplicación de las herramientas tecnológicas médicas que dispone la institución.
- **Coordinación:** acoplamiento general de los elementos de la atención médica durante la atención en salud. (50)

Marco legal

Para la sustentación legal de esta investigación se traen varios aspectos normativos vigentes actualmente, primeramente, el código de la infancia y adolescencia (Ley 1098 de 2006) artículo 24. Nos habla de los derechos a la alimentación; todos los niños y adolescentes tienen derecho a una alimentación y otros medios para su desarrollo físico, psicológico, espiritual, moral, cultural y social, de acuerdo con las posibilidades económicas del alimentante (51).

Constitución Política de Colombia 1991

La Constitución Política de 1991, declara a Colombia como un Estado Social de Derecho, consagrando la vida como un derecho fundamental e inviolable; en desarrollos jurisprudencias subsecuentes se avanza hacia el derecho a una vida digna. Por cuanto, a la salud como derecho la Corte Constitucional le da protección tutelar, bajo el precepto de conexidad con el derecho a una vida digna, reconoce el carácter de fundamental del derecho a la salud de manera autónoma. Adicionalmente, la Carta Magna establece que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del

Estado, y en los términos de sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. De igual forma, se determinó que la Seguridad Social es un derecho irrenunciable como garantía para toda la población dentro del territorio nacional, puesto que el Estado concurre al igual que los particulares, en la cobertura de la Seguridad Social y la prestación de los servicios como forma de ampliación progresiva de los mandatos legales. (52)

Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) 109 de 2007

El CONPES con el fin de orientar las acciones de política en los ámbitos nacional y territorial, y en el marco de los derechos, de la atención integral y del Sistema de Protección Social; establece líneas estratégicas que permitirán, tanto a los responsables de la formulación como de la ejecución de las políticas, dirigirlas y priorizarlas, para el desarrollo integral de la primera infancia, al avalar el cuidado integral en la primera infancia como oportunidad ideal para promover el desarrollo humano de un país. La educación primero posee extensos efectos del desempeño escolar y académico y es determinante, tanto para el desarrollo humano como para el económico. Los niños y niñas que participan en los programas de educación inicial tienen mayores probabilidades de asistencia escolar, mejoran sus habilidades motoras y consiguen superiores resultados en las pruebas de desarrollo socio-emocional (53).

CONPES 103 de 2007

Ejes y determinantes de la política de seguridad alimentaria y nutricional. La definición adoptada en este documento CONPES Social va más allá del hecho de que toda la población tenga una alimentación adecuada; éste exalta el derecho de la misma, a no padecer hambre y a tener una alimentación adecuada y el deber que tiene la persona y la familia de procurarse una alimentación apropiada y la necesidad de contar con estrategias sociales para los riesgos (incluyendo el desarrollo de competencias). (54) Además define dos características importantes:

Acceso: es la posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible. Se refiere a los alimentos que puede obtener

o comprar una familia, una comunidad o un país. Sus determinantes básicos son el nivel de ingresos, la condición de vulnerabilidad, las condiciones socio-geográficas, la distribución de ingresos y activos (monetarios y no monetarios) y los precios de los alimentos (54).

Consumo: se refiere a los alimentos que comen las personas y está relacionado con la selección de los mismos, las creencias, las actitudes y las prácticas. Sus determinantes son: la cultura, los patrones y los hábitos alimentarios, la educación alimentaria y nutricional, la información comercial y nutricional, el nivel educativo, la publicidad, el tamaño y la composición de la familia (54).

Finalmente la presente investigación contempló el artículo 44 de la Constitución política de Colombia: en donde se expresan los derechos fundamentales de los niños como son: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos (52). Y los artículos 206 a 246 del Código de Familia la considera como la autoridad parental que desarrolla el conjunto de facultades y deberes, que la ley otorga e impone al padre y a la madre sobre sus hijos menores de edad o declarados incapaces, para que los protejan, eduquen, asistan y preparen para la vida.

Como objetivo general se planteó la importancia de determinar los conocimientos y prácticas que tienen los cuidadores de niños de 6 a 36 meses sobre alimentación complementaria en una Fundación en la ciudad de Cartagena.

Marco metodológico

Se planteó un estudio descriptivo observacional transversal. Por otro lado, se pretendió mostrar la información obtenida tal y como se encuentra en la realidad en un espacio y un tiempo determinados. La po-

blación estuvo conformada por las madres de los 91 niños que asisten a la Fundación perteneciente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), ubicado en la ciudad de Cartagena. Esta institución contó con las condiciones dirigidas a promover y generar el desarrollo integral de los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad, brindando oportunidades de expresión y comunicación con pares, adultos y diversidad de experiencias que permitieron construir y comprender el mundo. No se realizó cálculo muestral porque se tomó toda la población objeto de estudios.

Se utilizó una encuesta llamada “Encuesta de alimentación” la cual consiste primeramente en tomar los datos generales de la madre como la edad, nivel de estudio, ocupación, número de hijos, y edad del hijo objeto del estudio. Se aplicó a la población de padres y/o cuidadores de niños de 6 a 36 meses. Como criterios de inclusión se consideran los cuidadores que de manera voluntaria accedieron a participar del estudio; finalmente no se consideraron los padres de niños con trastornos neurológicos y aquellas madres que presenten alguna limitación para comunicarse.

Principales hallazgos

Las características sociodemográficas de las 91 madres que participaron del estudio, se observan en la tabla 1. El 71% de las madres se encontraba entre los 18 y 19 años de edad, sus hijos se encontraban entre 6 a 15 meses en 28%, de 16 a 25 meses un 61% y de 25 a 36 meses el 10%. El 57% de los niños pertenece al género masculino. Un 97% de las madres estudió hasta el bachillerato y el 100% de las madres se encuentra desempleada lo que es un requisito fundamental para ser parte de la Fundación.

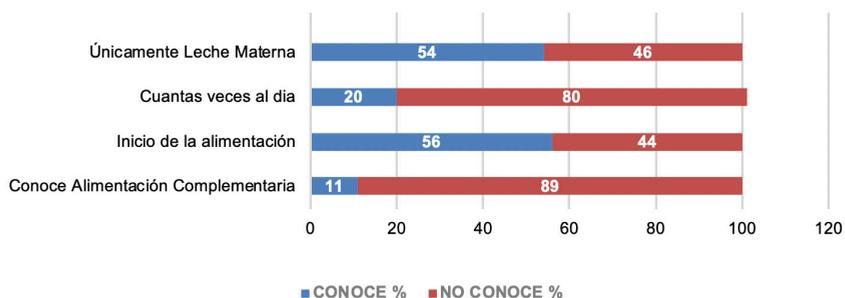
Tabla 1. Características sociodemográficas de la población estudiada.

VARIABLE N=91	Frecuencias(n)	Porcentaje (%)
Edad de la madre		
16 a 17 años	2	2
18 a 19 años	65	71
20 a 22 años	24	27

VARIABLE N=91	Frecuencias(n)	Porcentaje (%)
Edad del niño		
6 a 15 meses	26	29
16 a 25 meses	56	61
25 a 36 meses	9	10
Género		
Masculino	52	57
Femenino	39	43
Estado civil		
Casada	22	16
Libre	22	16
Separado	86	66
Grado de Escolaridad de la Madre		
Secundaria Incompleta	2	2
Secundaria Completa	89	98
Estrato		
I	82	
II	9	
Ocupación de la Madre		
Estudiante	91	100

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 1. Alimentación ¿Qué tanto conoce?.



Fuente: Elaboración propia.

Únicamente conoce la leche materna el 54%, mientras que el 46% desconoce la importancia de la alimentación. Con respecto a cuántas veces en el día se le da la alimentación complementaria se vió que el 20% sabe mientras que el 80% no sabe; en cuanto al inicio de la alimentación complementaria para las madres en el estudio se evidenció que el 56% la conoce y 44% la desconoce y finalmente la definición de la alimentación complementaria la conoce un 11% de la población, mientras el 89% la desconoce.

Tabla 2. Inicio de la alimentación complementaria.

VARIABLE N=91	Frecuencias(n)	Porcentaje (%)
Inicio de la alimentación complementaria		
Antes de los 5 meses	37	40
A los 6 meses	51	55
A los 7 u 8 meses	3	3
Desde los 9 en adelante	2	2

Fuente: Elaboración propia

Se obtuvo como resultado que el 39,8% de las madres iniciaba la alimentación complementaria a los cinco meses o antes, el 54,8% de las madres lo hacía a los seis meses, el 3,2% iniciaba a los siete u ocho meses y el 2,2% iniciaba a los 9 meses o más. Por lo cual el 56% de las madres realizaba el inicio de la alimentación complementaria a los seis meses y el 44% la iniciaba antes o después de los seis meses.

Tabla 3. Conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria.

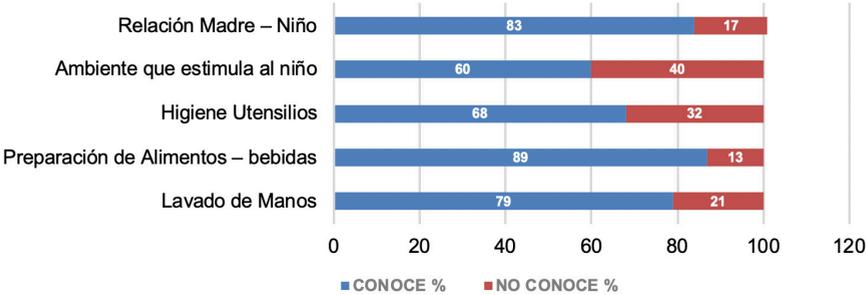
VARIABLE N=91	Frecuencias(n)	Porcentaje (%)
Conocimientos sobre la AC		
No conoce	81	89
Conoce	10	11

VARIABLE N=91	Frecuencias(n)	Porcentaje (%)
Prácticas que tienen las madres sobre AC		
No conoce	14	15
Conoce	77	85
TOTAL	91	100

Fuente: Elaboración propia

Del total de las madres el 89% no tiene conocimientos sobre la alimentación complementaria, sin embargo del total de las madres 84,6% afirma conocer sus propias prácticas, pero no establece un calificativo a las mismas.

Grafica 2. Pautas que tienen las madres sobre Alimentación Complemetaria.



Fuente: Elaboración propia. *AC: Alimentación complementaria

De acuerdo a las prácticas que tienen las madres, del total de éstas el 83% conoce la relación que se debe tener entre madre-niño, en cambio el 17% la desconoce, el 60% conoce sobre el ambiente que estimula al niño al momento de la alimentación por lo contrario el 40% lo desconoce, el 68% conoce sobre la higiene de los utensilios para la preparación de los alimentos y el 32% la desconoce, el 89% conoce sobre cómo debe ser la preparación de los alimentos- bebidas mientras que el 13% la desconoce y 79% conoce sobre el lavado de manos al momento de preparar los alimentos a pesar de que el 21% lo desconoce.

Discusión

La OMS indica que la alimentación complementaria inicia a los seis meses de vida y junto a la lactancia materna, favorece el aporte energético, proteico y demás nutrientes, esenciales para el crecimiento y desarrollo saludable. Por lo tanto, la alimentación adecuada, mejorará la capacidad de pensamiento y razonamiento, la memoria y la concentración entre otras habilidades cognitivas. El presente proyecto tuvo como objetivo determinar los conocimientos y prácticas que tienen los cuidadores de niños de 6 a 36 meses sobre alimentación complementaria en una Fundación en la ciudad de Cartagena.

De acuerdo a los resultados se encontró que el 61 % de los niños esta entre los 16 y los 25 meses; hallazgos similares se obtiene del estudio realizado por Jiménez Acosta M, Martín González I, Rodríguez Suárez, A. Silvera Téllez D y cols, en Cuba en el año 2018 el cual mostro que el 58,6 % de los niños que participaron del estudio sobre alimentación complementaria y lactancia materna tienen entre 1 y 2 años (53). Carmen Vásquez de Velasco en su postura teórica, expone que los problemas de alimentación en la población infantil se han incrementado, porque a lo largo del tiempo se han evidenciado algunos problemas como son malos hábitos alimenticios, inseguridad alimentaria (productos de insuficiente y desigual desarrollo que provocan baja productividad de alimentos), conocimientos, creencias y prácticas inadecuadas con respecto al consumo de los alimentos de la unidad familiar lo cual genera efectos negativos en la generación de capacidades y competencias individuales y colectivas.(54)

En cuanto a la edad del cuidador se encontró que el 5,5% tiene 21 años en comparación con un estudio realizado por María L. Saenz-Lozada y Ángela E. Camacho-Lindo en el que se encontró que el 46,2% tienen entre 25 y 35 años (55). Según la American Academy of Child Adolescent Psychiatry (AACAP) en el 2012 las adolescentes embarazadas corrían el riesgo de tener problemas a larga duración en aspectos importantes de la vida como el fracaso en la escuela, la pobreza, enfermedades físicas y mentales (56). Estas adolescentes pueden no tener asistencia médica lo cual las lleva a tener posibles complicaciones médicas; en algunos casos tienen reacciones emocionales y estados mentales que requieren que la remitan a un profesional de la salud.

Los resultados obtenidos evidencian que hay una prevalencia de madres como encargadas del proceso de alimentación complementaria, en comparación con un estudio realizado por Jiménez Acosta M, Martín González I, Rodríguez Suárez, A. Silvera Téllez D y cols, en el año 2018 en el que se obtuvo como resultado que el 52,3 % pertenecía al sexo masculino y el 47,7 % al femenino. Estos resultados resultan ser importantes para explicar el comportamiento de la familia durante la alimentación y los roles asumidos por cada uno de los miembros. Con lo anterior, autores como Rosmarlhy, confirman que el proceso de la alimentación no solo radica en cómo la madre alimenta al niño sino también la manera en que ambos padres participen del proceso; el padre no solo es importante por las influencias directas que ejerce sobre su hijo como figura masculina, de orden, autoridad entre otras, sino también a través de efectos indirectos sobre las interacciones tempranas del lactante. (57)

En cuanto a la ocupación del cuidador se encontró que las madres son estudiantes, en comparación con un estudio realizado por María L. Saenz-Lozada y Ángela E. Camacho-Lindo en Bogotá en el año 2005 en el cual el 46,2% de las madres estudia, el 37,7% trabaja, el 5,5% trabaja y estudia y el 6,0% tiene otra ocupación; el 31,7% de los padres estudia, el 49,2 trabaja, el 4,5% trabaja y estudia y el 2,5% tiene otra ocupación (59). La ocupación de la madre es una circunstancia que puede influir en la decisión alimentaria del niño; M. Salazar y colaboradores en el 2015, plantean que existe una asociación significativa entre la alimentación y la ocupación de la madre, ya que las que son amas de casa tienen más tiempo para estar pendientes de los alimentos que consumen sus niños a diferencia de las que estudian o trabajan debido a que deben salir de sus casas y tienen un control constante de lo que sus hijos ingieren. (59)

Teniendo en cuenta la escolaridad de la madre se encontró que el 97,8% de las madres es bachiller y el 2,2% no es bachiller y se encuentra terminando sus estudios escolares, en comparación con un estudio realizado por Tenorio Campos A. y Martínez Naranjo F., en el año 2015 en el que se encontró que en cuanto a la escolaridad de la madre un 37,75% tiene educación primaria completa, 43,12% tiene la educación primaria incompleta, 3,75% tiene educación secundaria completa, 15,62% tiene educación secundaria incompleta, 3,12% tiene educación universitaria completa y 0,62% tienen educación universitaria incompleta. Con todo esto Delgado

Becerra dice que la escolaridad se ha considerado como un factor que se relaciona con la alimentación, aunque a veces, no tiene relación directa; es decir, a mayor escolaridad mejor será la alimentación del niño ya que a mayor estudio mejor comprensión de mensajes educativos y conductas favorecedoras hacia la alimentación del niño. (60)

Con respecto al mes de inicio de alimentación complementaria en el niño, el 56% de las madres inició la alimentación complementaria a los seis meses y el otro 44% empezó antes o después de los seis meses; en comparación, un estudio realizado por Iñiguez León en Chile en el año 2011 se encontró que el 38% inició la alimentación complementaria a los seis meses y el 40% antes o después de los seis meses (13). Según Reviriego (2016), la introducción temprana puede ocasionar una serie de complicaciones en la salud del bebé como, por ejemplo, el aparato digestivo todavía es inmaduro, lo que conlleva a que, si se introduce la alimentación complementaria, el bebé no será capaz de digerir los alimentos como debe, causando problemas, el riesgo de atragantamiento es significativamente mayor antes de los seis meses. (61)

Con respecto a la inclusión de alimentos, según la edad, se encontró que el 18,7% le da alimentos triturados entre los siete y los ocho meses y el 81,3% le da papillas, alimentos picados o sólidos entre los 7 y 8 meses. El 29,7% de las madres le da de comer pescado a los niños a los nueve y meses y el 70,3% le da entre los seis y ocho meses o después de los doce meses. El 28,6% le empieza a dar la clara del huevo entre los nueve a diez meses y el 71,4% le da de seis a ocho meses o de once meses en adelante. En comparación con un estudio realizado por Norma Ochoa Meza en Perú en el año 2012 en que se encontró que el 96% de las madres brindó carbohidratos, proteínas, vitaminas, grasas y minerales, el 4% solo proteínas entre los seis y veinticuatro meses. El 80% de las madres si agrega aceite o mantequilla en la alimentación del niño desde los doce meses. Un 20% no agrega aceite ni mantequilla. El 80% brinda una consistencia picada, un 16% triturada o papilla, 4 % licuado entre los seis y veinticuatro meses. Se presume que partir de los seis meses el niño debe consumir proteínas, lácteos y vitaminas que se consideran importantes par el progreso y avance normal; esto ayuda la cicatrización de heridas y aumenta la inmunidad natural contra infecciones. Es necesario afirmar que el aporte de nutrientes conserva la integridad de las células epiteliales de la mu-

cosa de la boca, así mismo contribuye al crecimiento dental. Según Lopez B, incluir diariamente diversidad de alimentos saludables, permite tener una mejor concentración, previene el deterioro cognitivo y reduce los riesgos de adquirir enfermedades en la edad adulta. (63)

Teniendo en cuenta la higiene de alimentos, se encontró que el 86,8% de las madres utiliza agua hervida para hacer los jugos de los niños y el 13,2% no utiliza agua hervida. El 79,1% se lava las manos antes y después de cocinar y de alimentar al niño y el 20,9% a veces se le olvida; en comparación con un estudio realizado en Perú en el año 2016 donde se encontró que el 52% de las madres atendidas se lavan las manos antes y durante la preparación de la alimentación complementaria de su niño(a). Por otro lado, el 48% que ocasionalmente o nunca se lavó las manos. Según el MINSA (Ministerio de Salud), el lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidador, se debe realizar antes de la preparación de alimentos, antes de dar de comer a la niña o niño, después de usar el baño y después de limpiar a un niño o niña que ha defecado. Los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras para prevenir intoxicaciones alimentarias. (52)

En cuanto a la higiene de los utensilios se encontró que el 68,1% de las madres lava seca y guarda los utensilios de cocina mientras que el 31,9% los lava y los deja escurrir, los lava solo en la noche o solo los enjuaga; en comparación con un estudio realizado por Norma Ochoa Meza en Perú en el año 2016 donde se observa que 96% de las madres lava los utensilios de su niño(a) con agua, detergente. Por otro lado, el 4% lava con agua hervida para su alimentación complementaria.

Según Anna Lucia D´ Emilio (2005), es necesario mantener la higiene de los utensilios ya que están expuestos a insectos y animales como moscas, roedores, gatos y otros que pueden contaminar estos materiales para preparar los alimentos y por eso es recomendable lavar lo utensilios antes y después de su manipulación.

Con respecto a los conocimientos, encontramos que el 89% de las madres no tiene conocimientos acerca de la alimentación complementaria, en comparación con un estudio realizado por León Banegas R, en el año 2016 donde encontró que el 17,5% de las madres tiene conocimientos acerca de la alimentación complementaria. Por tanto es importante con-

siderar que el desconocimiento de la fase y momento en que se inicia la alimentación complementaria dependerá de los conocimientos obtenidos por la madre. La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna. (62)

A esta edad los niños adquieren funciones propias para lograr procesar y recibir otros alimentos; la no introducción de alimentos genera consecuencias en el crecimiento del menor, por esto se recomienda que las madres además de la alimentación complementaria continúen con la lactancia materna y que ofrezcan a sus hijos una alimentación que responda a sus necesidades.

En cuanto a las prácticas, se encontró que el 84% de las madres tiene prácticas favorables en comparación con un estudio realizado por León Banegas en Perú en el que 47 madres que representan el 74.6% presentan prácticas desfavorables, seguido por 16 madres que representan el 25.4% presentan prácticas favorables, encontrándose correlación directa y significativa entre las variables de estudio ($\text{sig}=.000$).

Las prácticas alimentarias desfavorables son comúnmente un determinante de la ingesta insuficiente más importante por la disponibilidad de alimentos en el hogar. Esto quiere decir que a pesar de que las madres están en un lugar donde las capacitan acerca del tema tienen muy pocos conocimientos a la hora de alimentar a sus niños. Las prácticas inadecuadas pueden traer consigo problemas de salud para el niño como una intoxicación, enfermedades estomacales, enfermedades causadas por bacterias y gérmenes, entre otras, es por eso que se debe tener muy en cuenta el estado de los alimentos, la forma en que se conservan, se limpian y entran en preparación para el consumo familiar.

En el resultado se obtuvo que las madres tenían buenas prácticas, porque seguían tradiciones familiares de cómo se preparaban los alimentos y qué debían darle al niño, no contaban con suficiente conocimiento por lo que eran menores de edad y algunas están en el proceso escolar. Esta investigación tuvo como limitante el cambio de escenario para el levantamiento de datos, por motivos de negación de este, lo cual nos llevó a realizar la investigación en otra institución.

Conclusiones

En cuanto a la edad de las madres, la que predomina es la de 19 años, con un 45.1%; la edad de los niños que predomina es la de 16 a 25 meses con un 61,5%; en la distribución de niños por género se encontró que la que predomina es el masculino con un 57,1%; el 100% de las madres tiene como ocupación estudiante; en cuanto a la escolaridad de la madre se obtuvo como resultado que el 97,8% es bachiller y con respecto a la distribución de madres por curso la que predomina es la de técnica en belleza con un 39,6%.

La mayoría de las madres tiene pocos conocimientos sobre la alimentación complementaria. Los conocimientos que mayor porcentaje desconocen las madres son: definición de la alimentación complementaria, inicio de la alimentación, cuantas veces al día se debe dar la alimentación, y dar solo leche materna hasta los nueve meses; mientras que sobre los aspectos que conocen se encuentran, el inicio de la alimentación complementaria, y la alimentación únicamente de leche materna hasta los seis meses.

La mayoría de las madres tiene prácticas adecuadas en la alimentación complementaria, la que tiene predominio es la preparación de los alimentos.

Recomendaciones

Concientizar a las madres llevando a cabo actividades de dialogo de saberes para minimizar las prácticas inadecuadas durante el proceso de alimentación, con ello se buscará garantizar condiciones idóneas para el crecimiento y desarrollo integral, incluyendo así la capacidad de aprendizaje, de comunicarse y razonar; igualmente existen los factores que distraen la atención del niño al momento de la alimentación, ya que el acto de comer debe ser consciente para poder disfrutarlo y que sea eficaz; si la madre no tiene higiene al momento de lavar los utensilios del niño, estos pueden contraer infecciones y no le permitirían tener un buen desarrollo. También se recomienda realizar la encuesta a los padres de los niños, ya que estos también están involucrados en el proceso, y realizar estudios comparativos con otros centros con el propósito de unir criterios. Compartir esa investigación con los tomadores de decisiones

a nivel distrital para garantizar un enfoque de intervención alimentaria dirigido a la familia en general.

Referencias bibliográficas

1. Fraile AG. Alimentación complementaria dirigida por el bebé. Estudio prospectivo sobre implicaciones antropométricas, nutricionales, neurológicas y sociodemográficas.” Tesis de Maestría. Universidad Miguel Hernández; 2017. 4 p
2. Santillán Mancero E. Sobre el desarrollo de mezclas de alimentos andinos aminoácidicamente completas de bajo costo para la alimentación infantil. *Rev Cubana Aliment Nutr* [revista en Internet]. 2018 [citado 1 May 2021], 28(2):[aprox. -23 p.]. Disponible en: <http://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/608>
3. Velasco, M. “Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje.” Universidad de Zaragoza. Posgrado de Medicina Naturalista (2014).
4. Cuadros Mendoza CA et al. Actualidades en alimentación complementaria. *Acta pediatr. Méx, México*, v. 38, n. 3, p. 182-201, jun. 2017. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912017000300182&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 01 mayo 2021. <https://doi.org/10.18233/apm38no3pp182-2011390>.
5. Romero-Velarde, E. et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 2016, vol. 73, no 5, p. 338-356.
6. Jedrychowski W, Perera F, Jankowski J, Butscher M, Mroz E, Flak E, et al. Effect of exclusive breastfeeding on the development of children’s cognitive function in the Krakow prospective birth cohort study. *Eur J Pediatr*. 2012; 17:151-8 [Links]
7. Pedroza Sampallo RM, Gómez Ramírez K (ed.). *Lactancia humana y fonoaudiología: Guía para madres lactantes*. Universidad Nacional de Colombia, 2018.
8. Jiménez Ortega, AI, et al. “De lactante a niño: alimentación en diferentes etapas.” *Nutrición Hospitalaria* 34 (2017): 3-7.
9. Organización Mundial de Salud [homepage en internet]. Colombia: Organización Mundial de Salud; 2012 mayo;[actualizada 18 febrero 2018; citado 14 marzo 2018]. OMS. Disponible en: www.who.int/topics/infant_nutrition/es/

10. Organización Mundial de la Salud, UNICEF, IBFAN. Comercialización de sucedáneos de la leche materna. [citado el 14 de marzo del 2018] disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
11. Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre retraso del crecimiento [Global nutrition targets 2025: stunting policy brief]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (WHO/NMH/NHD/14.3). Licencia: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255735/WHO_NMH_NHD_14.3_spa.pdf?ua=1
12. León Banegas RK. “Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud de Revolución, Juliaca-2015.” (2016).
13. Cadena L, Benavides D. conocimientos, aptitudes y practicas sobre lactancia materna en madres con niños de cero a 1 año de edad. [Tesis]. Ecuador: universidad técnica del norte. Facultad ciencias de la salud; 2010. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/723/2/06%20ENF%20423%20ARTÍCULO%20CIENTÍFICO.pdf>
14. González de cosió T. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna. Salud publica México. Enero de 2013; vol. 55: s170-s179. <https://www.scielosp.org/article/spm/2013.v55suppl2/S170-S179/>
15. De Paz Navarrete, VG and Hernández Carranza IE. “La influencia de la alimentación en el aprendizaje.” (2017).
16. Benjumea MV, Falla NC, Jurado L. Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. Colombia. Hacia promoc. Salud. 2013; 18(2):66-78
17. Jimenez Urrego AM, Velasco Benítez CA, Ara LS. Conocimientos, Prácticas y Actitudes de Madres de Providencia, Colombia sobre la Alimentación Salud y Enfermedad. Revista Gastrohnutp Año 2012. 14; 3: 88-93.
18. Hernández Bello, AH. “Política sanitaria y cuidado de la salud en los hogares en Colombia: acumulación e inequidad de género. Doctorado Interfacultades en Salud Pública (2015).
19. Vásquez Idrogo, VL. “Actitud de las madres sobre alimentación saludable en pre-escolares Puesto de Salud El Verde Chota 2017.” (2018).
20. Organización de las Naciones Unidas para Alimentación y la Agricultura. Colombia.; [consultado 20 de marzo 2018].

21. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. Documento técnico Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años Primera edición Noviembre de 2015 https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/guias_alimentarias_para_poblacion_colombiana_mayor_de_2_anos_.pdf
22. Roldan I, López C. Politic Infancia y Adolescencia. Bogotá. Sigma editores Ltda; 2011.
23. Pion C. Nutrición en niños y niñas. Cartagena de indias; 10 de octubre 2017. [Actualizada Abril 2017; marzo 2018].
24. González A. código de la infancia y la adolescencia. 2. Colombia: oficina de comunicación y atención al ciudadano ICBF; 2013.
25. Rivas MG. Estudio de hábitos alimenticios en los estudiantes de la Universidad de las Américas, Puebla. Tesis profesional. Puebla: Universidad de las Américas, Puebla, Departamento de Administración de Hoteles y Restaurantes.
26. Jiménez Ortega, AI. Martínez García, RM; Velasco Rodríguez-B; Ruiz Herrero. J. De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2017; 34 (4): 3-7. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309253480002>
27. Aranceta J. Nutrición Comunitaria (2ª edición). Barcelona: Masson, 2001.
28. Organización Panamericana de la Salud OPS. “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”. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C. 2010
29. Michael C. Latham Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Capítulo 7 Lactancia materna
30. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2018. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/.
31. Galiano MJ y Moreno-Villares JM. Nuevas tendencias en la introducción de la alimentación complementaria en lactantes. An Pediatr Contin. Madrid. España. 2011;9(1):41-7
32. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. JPGN. 2017; 64:119-132 [Links]

33. Michaelsen KF, Larnkjaer A, Lauritzen L, Molgaard C. Science base of complementary feeding practice in infancy. *Curr Opin Clin Nutrition Metabolic Care*. 2010; 13:277-83
34. Gil Hernández A, Uauy Dagach R, Dalmau Serra J y Comité de Nutrición de la AEP. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 65:481-95.
35. Anderson J, Malley K, Snell R. Is 6 months still the best for exclusive breastfeeding and introduction of solids? A literature review with consideration to the risk of the development of allergies. *Breastfeed Rev*, 17 (2009), pp. 23-31
36. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2017 [citado 2021 Mayo 01]; 88(1): 07-14. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>.
37. Forero TY, Acevedo RMJ, Hernández MJA, Morales SGE. La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes [Complementary feeding: A practice between two knowledges]. *Rev Chil Pediatr*. 2018 Oct; 89(5):612-620. Spanish. doi: 10.4067/S0370-41062018005000707. PMID: 30571804.
38. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth in developing countries. *BMC Public Health*. 2011 Apr 13;11 Suppl 3(Suppl 3): S25. doi: 10.1186/1471-2458-11-S3-S25. PMID: 21501443; PMCID: PMC3231899.
39. Schapira D, Roy E, Coritgiani M, Aspres N, Benitez A, Galindo A, Parisi N, Acosta L. Estudios prospectivos de Recién Nacidos Prematuros hasta los dos años. Evaluación de un método de medición de neurodesarrollo. *Revista Hospital Materno infantil Ramón sarda*. 1998. 17(2), 5-7.
40. Bravo García GM, Duque Restrepo KJ, Prado PA, Vásquez Correa D. Estrategias de Estimulación oromotora empleadas por las madres y/o cuidadores en bebés prematuros de la Unidad de Cuidados Intensivos neonatal de un hospital del suroccidente colombiano. Colombia. Universidad del Valle. Facultad de Salud. 2015.
- 41 Estévez F., Mazza E. Musicoterapia y estimulación temprana: Algunas aproximaciones: jornadas nacionales de musicoterapia prevención y asistencia en salud. 2003. pp. 5-6.

42. Roig-Quilis M, Rodríguez-Palmero A. Oromotor disorders in a paediatric neurology unit. Their classification and clinical course. *Rev Neurol*. 2008; 47, 509-516.
43. Castrillón IC, Giraldo Roldán OI. Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿Existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación? *rev. psicol. univ. Antioquia* [Internet]. 25 de enero de 2015 [citado 15 de abril de 2021];6(1):57-4. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/21617>
44. Mitchell GL, Farrow C, Haycraft E. y Meyer C. (2013). Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite*, 60: 85–94.
45. Serra L. “Nutrición y Salud Pública”. 2da edición. Ed. Elsevier. España 2006.
46. Bungue M. El planteamiento científico. *Revista Cubana de Salud Pública* [citado 04 Mar 2022]; 43 (3). Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1001>
47. Meza C, “Manual de educación alimentaria para una comunidad”. Lima-Perú. 1974. Pág. 26
48. Rosas Prieto AM, Narciso Zarate V, Cuba Fuentes MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta méd. Peruana* [Internet]. 2013 Ene [citado 2021 Abril 2021] 30(1): 42-47. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008&lng=es
49. Organización Mundial de la Salud. LIVES, Boletín de la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, N°2 de enero de 2006. Disponible en: www.who.int/entity/pmnch/media/lives/Lives2span_web.pdf. 2006.
50. Comité Expertos OMS. Nuevos métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS, 1983. Ser Inf Téc 690.
51. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la APS, en: OPS/OMS: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington DC, 2007, página, 25.
52. Código de la Infancia y la Adolescencia. Bogotá: Congreso de la Republica; 2006. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm
53. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santa Fe de Bogotá. El Ministerio. 1993.

54. Nuñez-Martínez, BE, et al. "Asociación entre nivel de conocimiento y prácticas de cuidadores de niños de 2 a 5 años sobre la alimentación infantil." *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud* 18.1 (2020): 47-54.
55. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Carmen Vásquez de Velasco. Brazil, Peru. 2012 <http://www.fao.org/docrep/field/009/as231s/as231s.pdf>
56. Quenta Coaquira T. "Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional de lactantes de 6 a 12 meses de edad que acuden a Establecimientos de Salud del distrito de Paratia, noviembre-diciembre 2014." (2017).
57. AACAP. (04 de 07 de 2014). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Obtenido de https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families/Pages/Spanish/El_Suicidio_en_los_Adolescentes_10.aspx.
58. Escobar GR, Cabrera M, Trejo A. Prácticas y significados de la paternidad en relación a la alimentación infantil. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2018 Sep [citado 2021 Mayo 01]; 45(3): 243-251. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182018000400243&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182018000400243>.
59. Sáenz-Lozada, ML., Camacho-Lindo, ÁE., Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2007; 9 (4): 587-594. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219060011>
60. Rodríguez H, Restrepo LF, Deossa-Restrepo GC. Conocimientos y prácticas sobre alimentación, salud y ejercicio en universitarios de Medellín-Colombia. *Perspect Nutr Humana*. 2015;17: 36-54.
61. Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabrales LM, Díaz-García MA, Quezada-Salazar CA. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [Revista en la Internet]. 2006 Feb [citado 2021 Mayo 01];63(1): 31-39. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000100005&lng=es.
62. Gómez Chiriguaya, AY and Mosquera Cazco MF. Factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad en adolescentes. BS thesis. 2018.

63. Ochoa Meza N. Alimentación Complementaria y Estado Nutricional en Niños de 6 Meses a 2 años. Puesto de Salud Jorge Chávez, Puerto Maldonado [tesis para optar título profesional de Enfermería]. 2016.
64. López B, Martínez L, Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(1): 117-126.

