

ADECUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD DE UNA ZONA RURAL.

YAMILA ELVIRA RODRÍGUEZ

Licenciada en Nutrición, Especialista en Docencia Universitaria. Profesor adjunto. Licenciatura en Nutrición. Facultad de Ingeniería y Tecnología. Sede Regional Goya. Universidad de la Cuenca del Plata. E-mail: a_yer71@hotmail.com

RICARDO GERMÁN KAILER JASZCZUK

PALABRAS CALVES

- Adecuación.
- Alimentación complementaria.
- Frecuencia.
- Consistencia.
- Zona rural.

Tesina presentada para obtener el título de Licenciado/a en Nutrición. Directora: Jessica Resnisky. Asesora metodológica: Laura Inés Pérez. IUCS Fundación H. A. Barceló. Facultad de Medicina. Licenciatura en Nutrición.

RESUMEN

El primer año es el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño. Una inadecuada nutrición en esta etapa repercute en dichas áreas comprometiendo la salud en general con posibles consecuencias en la vida adulta. Así, la alimentación adecuada durante el primer año de vida constituye un pilar clave en el desarrollo físico e intelectual y en la salud a lo largo de la existencia de cada individuo. Objetivo: Analizar la adecuación de la alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses de edad de la zona rural de Santo Tomé, Corrientes. Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y analítico. Muestra: 31 niños de ambos sexos, de 12 a 24 meses de edad. Técnica: entrevista semiestructurada, realizada a las madres y/o tutores de los niños. Resultados: El 45,16% (n= 14) de los niños inició su alimentación a la edad adecuada, mientras que el 54,84% (n= 17) lo hizo inadecuadamente. El 93,55% de los niños (n= 29) presentó una frecuencia inadecuada en su alimentación. La consistencia de inicio de la alimentación fue adecuada en el 70,97% (n= 22) de los niños. Al analizar la adecuación del consumo de alimentos por grupos ésta fue principalmente inadecuada. Conclusión: La alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses de edad de la zona rural de Santo Tomé, Corrientes, no se adecua a las recomendaciones vigentes.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad es indiscutible que la inadecuada nutrición en la infancia tiene importantes repercusiones sobre el crecimiento, desarrollo y salud en general de los niños. (1) Pero además, la alimentación del niño durante los primeros años de vida tiene una repercusión importante en la salud durante la adolescencia y adultez. (2) El primer año es el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño. También es el momento en el que es más inmaduro y vulnerable. (3) En este período es cuando más cambios se producen en la vida del niño y más rápidamente se llevan a cabo, teniendo

las conductas alimentarias a esta edad enorme impacto en su desarrollo posterior. Las prácticas de alimentación inadecuadas que ocurren con la introducción de los primeros alimentos complementarios son una causa principal de la alta prevalencia de desnutrición infantil. (4) A su vez, la desnutrición incrementa notablemente la frecuencia y gravedad de las enfermedades infecciosas, entre otras. (5)

Por otra parte, la OMS y otras organizaciones relacionan el fenómeno de la obesidad en la infancia (incluso en edad adulta) con la alimentación complementaria (AC) prematura. Actualmente se sabe que exposiciones precoces, o fuera de tiempo, pueden alterar el metabolismo del infante y de lo que será en su vida adulta. (6) La alimentación de buena calidad en los primeros años de vida constituye así un pilar clave en el desarrollo físico e intelectual, y en la salud a lo largo de la existencia de cada individuo. (7)

En esta investigación se analizó la adecuación de la alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses de edad de una zona rural. Los objetivos específicos fueron: determinar la adecuación de la edad de inicio de la alimentación complementaria, determinar la adecuación de la consistencia de inicio de la alimentación complementaria, determinar la adecuación de la frecuencia de la alimentación, y determinar la adecuación del consumo de grupos de alimentos. Además, considerando que la lactancia materna juega un papel importante en esta etapa de vida del niño, también obtuvo información sobre la lactancia materna. Estos datos permitirían plantear e implementar estrategias de intervención que fortalezcan los hábitos adecuados, y/o modifiquen aquellos inadecuados, con el fin de prevenir futuras consecuencias, a corto y largo plazo, en la salud de los niños y adultos futuros.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y analítico.
Población: Niños de 12 a 24 meses de edad, que habitaban en el

área programática de las salas de atención primaria de la salud (SAPS) "Juan Maciel" y Atalaya "Agustín Gómez", de Santo Tomé, Corrientes.

Muestra: 31 niños de 12 a 24 meses de edad, de ambos sexos, seleccionados mediante una técnica de muestreo no probabilístico intencional, según criterios de inclusión y exclusión. Del total de la muestra estudiada 16 niños pertenecían al área programática de la SAPS N° 6 "Juan Maciel", ubicada a 5 kilómetros de la ciudad de Santo Tomé, y 15 pertenecían al área programática de la SAPS N° 7 Atalaya "Agustín Gómez", ubicada en el paraje Atalaya, a 8 kilómetros de la ciudad.

Criterios de inclusión: niños de 12 a 24 meses de edad de ambos sexos, amamantados y no amamantados, que habitaban en el área programática de las SAPS "Juan Maciel" y Atalaya "Agustín Gómez", cuyas madres firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: niños que presentaban enfermedad aguda grave, parálisis cerebrales espásticas, labio leporino, enfermedad celíaca, intolerancias gastrointestinales.

Definición operacional de las variables:

Adecuación de la edad de inicio de la AC. Definición: Edad en meses que el niño tenía al momento de recibir el primer alimento distinto de la leche. Indicador: Meses. Valor: Muy Temprana: antes del 4to mes, Temprana: 4 a 5 meses, Oportuna: 6 meses, Tardía: más de 6 meses. (8, 9, 10).

Adecuación de la consistencia de inicio de la AC. Definición: Grado de solidez de la primera comida consumida. Valor: Sólida; semisólida; líquida. (11, 12, 13).

Adecuación de la frecuencia de la alimentación. Definición: Cantidad de veces que el niño consume alimentos por día, según edad en meses. Indicadores: veces por día. Valor: Amamantados: 6-8 meses: 2-3 veces/día. 9-12 meses: 3-4 veces/día. No amamantados: 6-12 meses 4-5 veces/día. (12, 14).

Adecuación de la incorporación de alimentos por grupos.

Definición: Incorporación de los grupos de alimentos según edad en

meses. Indicador: Porcentaje de adecuación según grupo de alimentos.

Cereales con gluten: Fideos, sémola, avena: 7 meses. Pan, galletitas saladas: 8 meses. Cereales sin gluten: Arroz, harina de maíz, harina de mandioca: 6 meses.

Frutas: Manzana, banana, frutas cítricas en jugos colados y diluidos, puré de frutas permitidas: 6 meses. Durazno y damasco: 7 meses. Pulpa de mandarina y naranja: 8 meses.

Leche maternizada: 0 mes. Yogurt: 6 meses.

Vegetales: Zapallo, zanahoria, papa, batata: 6 meses. Acelga, espinaca, zapallito: 7 meses. Remolacha, tomate: 8 meses.

Chauchas: 10 meses.

Carne: Carne vacuna: 7 meses. Carne de pollo, hígado: 6 meses.

Huevo: 10 meses.

Dulces: Azúcar: no se recomienda su consumo. Dulces (mermelada, dulce compacto, dulce de leche): 10 meses.

Grasas: Aceite: 6 meses. Manteca, margarina: 8 meses.

Frituras, Leche de vaca en polvo, Miel, Bebidas azucaradas: Gaseosas y jugos concentrados y Productos de pastelería: Facturas, pan dulce, roscas, tortas, galletitas dulces con o sin relleno: no se recomienda su consumo antes del año. (11, 15, 16, 17, 18, 19)

Consumo de leche materna. Definición: Ingesta de leche materna alguna vez. Valor: Si; No.

Duración de la lactancia materna. Definición: tiempo en meses que el niño consumió leche materna. Indicador: meses. Valor: 0 - 2 meses.

Consumo de líquidos no nutritivos. Definición: Ingesta de líquidos diferentes a la leche. Indicador: tipo de líquido. Valor: Agua; Infusiones. (12).

RECOLECCIÓN DE DATOS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Se realizó durante la tercera semana de noviembre de 2011, a través de entrevistas realizadas a las madres o adultos responsables

de los niños. La entrevista fue semiestructurada, realizada en base al formulario utilizado en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) en el año 2010, con adaptaciones. Para determinar la confiabilidad y validez del instrumento se realizó una prueba piloto con 5 madres. Se utilizó estadística descriptiva y se procesaron los datos mediante Microsoft Excel 2007 de Microsoft Office.

Aspectos éticos: En vista de que se trabajó con sujetos humanos, se obtuvo un consentimiento informado por parte de las madres o adultos responsables de los niños.

RESULTADOS

Inicio de la Alimentación Complementaria (AC)

Aproximadamente la mitad de los encuestados había iniciado la AC de forma temprana, entre los 4 y 6 meses (48,39%= 15). En el 45,16% (n= 14) el inicio de la alimentación fue oportuno, a los 6 meses. En el 6,45% de los niños (n= 2) el inicio fue tardío, después de los 6 meses. No se observó inicio muy temprano, es decir antes de los 4 meses de edad, en ningún caso. Por lo tanto, poco más de la mitad de los niños estudiados comenzó su alimentación de forma inadecuada.

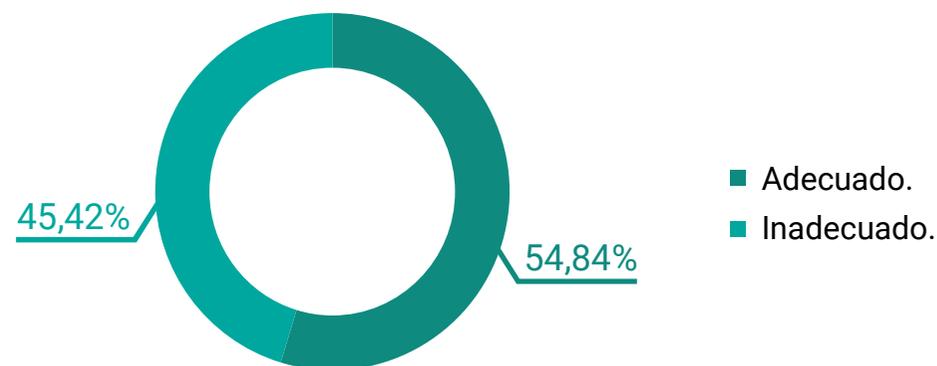


Gráfico 1. Adecuación de la edad de inicio de la alimentación complementaria.

Frecuencia de la Alimentación:

El 93,55% de los niños encuestados (n= 29) consumían alimentos con una frecuencia menor a la recomendada, ya que los niños de 6 a 8 meses consumían alimentos 1 vez por día, y los de 9 a 12 lo hacían 2 veces por día, mientras que la recomendación para estos rangos de edad es de 2 a 3 veces por día y 3 a 4 veces por día respectivamente. Por lo tanto presentaron una frecuencia inadecuada.

Solo en el 6,45% de los niños (n= 2) la frecuencia fue adecuada. Estos niños consumieron alimentos 2 veces por día entre los 6 y 8 meses de edad, y 3 y 4 veces por día entre los 9 y 12 meses. En el primer rango de edad, a pesar de que la frecuencia fue adecuada, la misma se ubica en el límite inferior recomendado (2 veces/día) y ningún niño consumió alimentos 3 veces por día, que corresponde al límite superior.

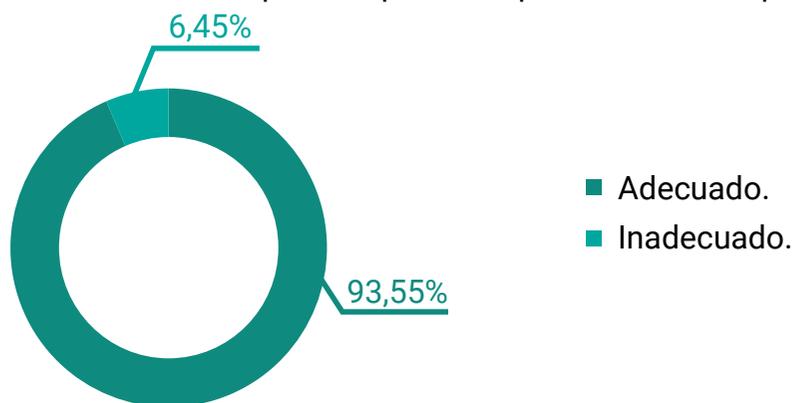


Gráfico 2. Adecuación de la frecuencia de la alimentación según la edad.

Incorporación de alimentos por grupo

Cereales con gluten (fideos, sémola, avena, pan, galletitas saladas): el 100% (n=31) lo había consumido. De éstos, el 61,3% (n=19) lo hizo a la edad recomendada de 7 meses en el caso de los fideos, sémola y avena y 8 meses en el caso del pan y las galletitas saladas, es decir, su consumo fue adecuado. El 38,7% (n=12) lo hizo antes de la edad recomendada, incorporando fideos, pan y galletitas a partir de

los 4 meses, por lo que fue inadecuado.

Cereales sin gluten (arroz, harina de maíz, harina de mandioca): el 96,8% de los encuestados (n=30) lo consumió, de los cuales el 83,3% (n=25) lo hizo a la edad adecuada de 6 meses, y el 16,7% (n= 5) a una edad inadecuada, ya que incorporaron arroz a partir de los 4 meses de edad.

Vegetales (puré de vegetales cocidos): el 100% de los niños (n=31) consumió vegetales en forma de puré (zapallo y papa). De éstos, el 80,6% (n=25) lo hizo adecuadamente, a los 6 meses de vida. Mientras que el 19,4% (n=6) realizó una incorporación inadecuada, a partir de los 4 meses.

Frutas (puré de frutas, jugo de frutas frescas): El 96,8% de los niños (n=30) consumió estos alimentos. De ellos, el 66,75 (n=20) lo incorporó a los 6 meses, que es la edad recomendada, por lo que su consumo fue adecuado. Sin embargo, en el 33,3% de los niños la introducción de este grupo fue inadecuada (n=10), ya que consumieron puré de manzana a los 4 meses de edad.

Lácteos (leche de vaca en polvo, leche maternizada, yogurt): el 90,3% de los niños (n=28) consumió algún alimento de este grupo. De ellos, el 50% (n=14) lo realizó de manera adecuada, ya que consumió yogurt a partir de los 6 meses, o leche maternizada, que se la puede consumir desde el nacimiento. El 50% restante (n=14) efectuó una incorporación inadecuada de los mismos, pues incorporaron el yogurt desde los 4 meses de edad y también consumieron leche de vaca en polvo, en algunos casos desde el primer mes de vida, a pesar de que su consumo no está recomendado hasta los 2 años de edad.

Carnes (carne vacuna, carne de pollo, hígado): el 83,9% (n=26) lo consumió. De éstos, el 88,5% (n=23) lo realizó adecuadamente, ya que consumieron carne de pollo e hígado desde los 6 meses, y carne de vaca desde los 7. El 11,5% (n=3) lo hizo inadecuadamente, pues consumieron hígado desde los 4 meses.

Huevo: el 58,1% (n=18) lo consumió, de los cuales el 55,6% (n=10) lo hizo adecuadamente, luego de la edad recomendada de 10 meses.

El 44,4% (n=8) lo realizó inadecuadamente, por incorporarlo desde los 6 meses. En ningún caso se registró la separación de yema y clara para su consumo.

Dulce (azúcar, mermelada, dulce compacto, dulce de leche): el 45,2% de los casos (n=14) lo consumieron. De éstos, el 71,4% (n=10) lo realizó de manera adecuada, el azúcar a los 6 meses y mermelada y dulce de leche a los 10 meses. El 29,6% (n=4) consumió azúcar de manera temprana, desde los 2 meses de vida, por lo que su incorporación fue inadecuada.

Grasas (aceite, manteca, margarina): el 100% (n=31) lo incorporó a su alimentación. De éstos, el 71% (n=22) lo hizo adecuadamente: el aceite desde los 6 meses y la manteca y margarina, a pesar de que se recomienda su consumo desde los 8 meses, lo incorporaron desde los 12. El 29% (n=9) lo consumió de manera inadecuada, ya que incorporaron el aceite desde los 4 meses de edad.

Miel: el 35,5% (n=11) de los niños la consumió. De éstos, el 100% (n=11) efectuó una incorporación inadecuada, a partir de los 2 meses de vida, mientras su consumo no es aconsejado hasta luego del año. Bebidas azucaradas (gaseosas, jugos concentrados): el 19,4% (n=6) de los niños estudiados lo consumió, de los cuales el 100% (n=6) lo hizo inadecuadamente, ya que no se recomienda su consumo antes del año de vida, y lo hicieron a partir de los 6 meses de edad.

Frituras: el 6,5% (n=2) de los niños consumió frituras, a pesar de que no está recomendado en menores de un año. De aquellos, el 100% (n=2) lo hizo inadecuadamente a los 11 meses de vida, es decir, 1 mes antes de lo recomendado.

Productos de pastelería (facturas, pan dulce, roscas, tortas, galletitas dulces con o sin relleno): el 22,6% (n=7) de los niños consumió algún alimento de este grupo. De éstos, el 100% (n=7) efectuó una incorporación inadecuada, pues lo hicieron desde los 10 meses, y no está recomendado antes del año.

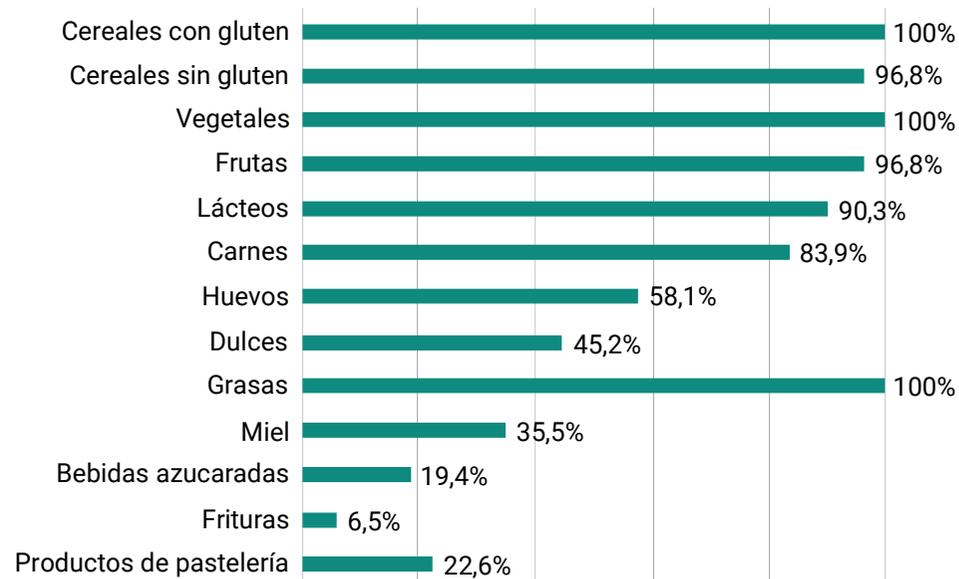
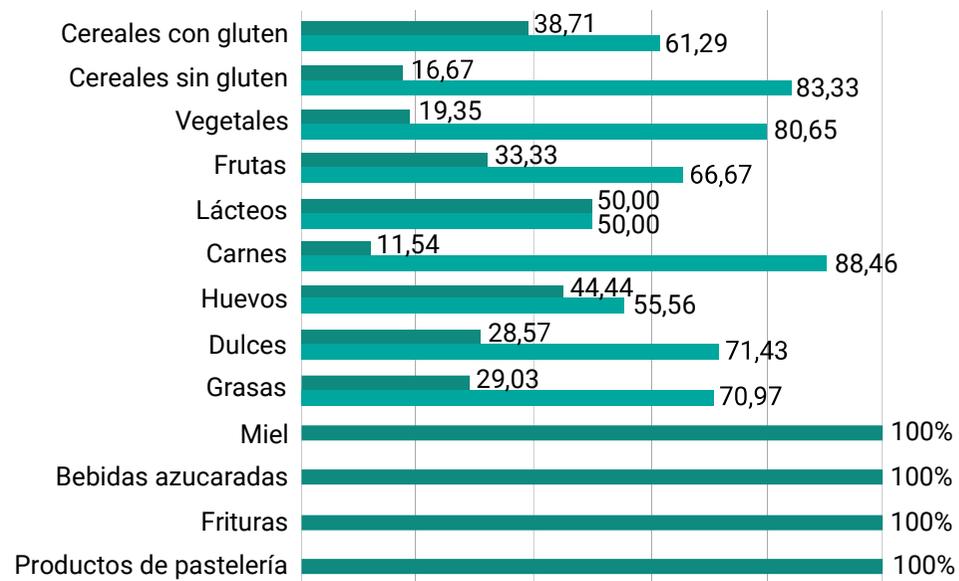


Gráfico 4. Consumo de alimentos por grupo.



■ Inadecuado. ■ Adecuado.

Gráfico 5. Adecuación del consumo de alimentos por grupo.

Consistencia de inicio de la alimentación complementaria

En el 58,06% fue adecuada, ya que incorporaron alimentos de consistencia semisólida. En el 41,94% la consistencia fue inadecuada, debido a que los niños consumieron caldos/sopas es decir, la consistencia al inicio de la alimentación era líquida.

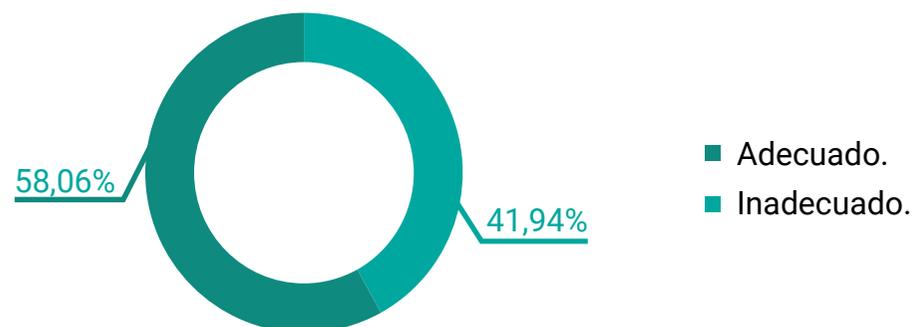


Gráfico 3. Adecuación de la consistencia de inicio de la alimentación complementaria.

Lactancia Materna (LM)

El 67,74% (n= 21) de los niños había consumido leche materna alguna vez, y el 32,26% (n=10) nunca lo había hecho. De los primeros, el 33,33% (n= 7) estaba recibiendo LM al momento de la entrevista, y el 66,67% (n= 14) no. De éstos últimos, el 50,00% (n= 7) lo había dejado entre los 7 y 12 meses, el 28,57% (n= 4) lo dejó durante los primeros 6 meses, y el 21,43% (n= 3) lo hizo después del año de vida. Al distribuir la muestra por salas, se identificó que en la sala Maciel un 62,5 % consumió leche materna hasta los 24 meses, mientras que un 37,5% no consumió. Y se ha observado que en la sala Atalaya un 73,33% lo había consumido, mientras que el 26,67% no.

Consumo de líquidos no nutritivos

El 80,65% (n= 25) del total (n= 31) había consumido líquidos no nutritivos (agua, infusiones, té de hierbas) durante los primeros 6 meses

de edad. Se registró el mayor consumo a los 2, 3 y 4 meses de edad, con una frecuencia del 24% (n= 6) en cada uno de esos meses. A los 5 y 6 meses de edad el consumo de líquidos fue del 12% (n= 3) en cada uno. El 4% restante (n= 1) lo consumió en el primer mes de vida. De los niños que consumieron líquidos no nutritivos, el 52% (n=13) lo hizo mientras eran amamantados, y el 48% (n=12) restante ya no estaba siendo amamantado al momento de consumirlos.

DISCUSIÓN

El hecho de que los niños se alimentan con una frecuencia inadecuada cobra especial importancia debido a que los niños que ingieren alimentos con una frecuencia menor a la recomendada no logran consumir el valor energético requerido, lo que lleva a un riesgo de desnutrición. Y ese valor energético es aún menor, si se considera que en una cierta cantidad de los niños estudiados la consistencia de inicio de la alimentación fue líquida, ya que las sopas y los alimentos acuosos no proporcionan suficiente energía para el niño, al tener una baja densidad calórica. (20)

En cuanto a la incorporación de alimentos por grupo, se observó en muchos casos el consumo de grupos de alimentos antes del sexto mes de vida, tal como se encontró en la ENNyS (9), a nivel nacional. Incorporar alimentos antes de los 6 meses de edad adquiere relevancia ya que puede tener efectos negativos en la salud de los niños a nivel renal, digestivo, nutricional, además de provocar un desplazamiento de la lactancia. Por otro lado, en la población rural estudiada el 100% de los niños consumió vegetales, porcentaje mayor a lo encontrado en la ENNyS, donde el 82% de los niños de 6 a 23 meses lo había consumido. Con las frutas el valor nacional fue marcadamente menor (43%) al hallado en este estudio (96,8%), y la región del NEA presentó una frecuencia de consumo aún menor (35%). Si bien la mayoría (66,75%) lo consumió a los 6 meses, algunos niños lo hicieron a partir de los 4 meses (33,3%)

tal como se registró en Botucatu, Brasil. (21) Sin embargo, en Córdoba, Argentina, la introducción de frutas se registra al tercer mes de vida. (22) Al tratarse de una zona rural quizá el hecho de tener este tipo de alimentos (vegetales y frutas) disponibles en el hogar favorezca el ofrecimiento de los mismos a los niños, lo que permite registrar un porcentaje mayor. También se observó el consumo de azúcar a los 2 meses y leche de vaca en polvo al mes de vida. El consumo de azúcar a los 2 meses puede inducir hábitos inadecuados relacionados con el gusto, así como al exceso de peso. (8, 11) Por su parte la leche de vaca en polvo puede provocar una sobrecarga renal de solutos, ya que tiene una osmolaridad superior a la leche materna. Además, es de difícil digestión, por lo que tiene mayor permanencia gástrica, con lo que puede disminuir su ingesta y, por ende, el aporte calórico. También le puede provocar alergia, hipocalcemia, anemia, y/o hipernatremia al niño. (23) En cuanto al consumo de bebidas azucaradas, se registró un porcentaje (19,4%) claramente inferior al registrado por la ENNyS (46%). Esta diferencia en los resultados probablemente se deba al limitado acceso geográfico y/o económico a este tipo de alimentos, que puede existir en las zonas rurales. Se argumenta que una exposición temprana a alimentos densos en sabor como los jugos industriales ricos en azúcares, predisponen en los niños un gusto mayor por estos alimentos, es una forma de “programar” lo que serán sus hábitos alimenticios futuros. (6)

Por otra parte, no está indicado alimentar a los lactantes con miel, ya que estos alimentos se han identificado como las únicas fuentes dietéticas de las esporas del *Clostridium Botulinum*, y antes de los 12 meses de edad no cuentan con la inmunidad para resistir el desarrollo de las esporas. (11, 24) A pesar de ello, en Argentina, la ENNyS indica que un 26% de los niños recibió miel antes del año de vida; a nivel regional, en el NEA la recibió el 44%, siendo éste el valor regional más alto encontrado. (9) En el presente estudio el valor es superior al hallado a nivel nacional, pero inferior al correspondiente al NEA en zonas urbanas, ya que fue del 35,5% (n=11).

Con respecto a la LM, se encontró que sólo el 67,74% de los niños estudiados había consumido leche materna alguna vez y el 32,26% no lo había consumido nunca. Estos resultados no difieren demasiado de una investigación realizada en la ciudad de Corrientes, donde el 71% de las madres había amamantado a sus hijos hasta los 4 meses o más. (25) Por otra parte, los resultados encontrados en comunidades rurales de Guatemala, también fueron superiores, ya que todas las madres habían alimentado a sus hijos con leche materna alguna vez. (24) En cuanto a la duración de la LM, a diferencia de los resultados obtenidos en zonas urbanas de la Argentina, donde 1 de cada 2 niños era amamantado al año de vida, (9) en esta zona rural estudiada los resultados fueron menos favorables, pues solo 1 de cada 5 niños era amamantado a esa edad. A pesar de que la OMS recomienda lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y lactancia materna continuada hasta los 2 años de vida (26, 27), el promedio de duración de LM fue de solo 9,3 meses. En un estudio realizado en Mali las madres citaron que el trabajo en los campos no les permite amamantar al niño el tiempo necesario, por lo que la lactancia materna exclusiva se da en bajos porcentajes. (28) Quizás esta población tenga una razón similar.

En este estudio también se observó que un alto porcentaje de niños (80,65%) había consumido líquidos no nutritivos (agua, infusiones) durante los primeros 6 meses de vida, especialmente entre los 2 y 4 meses de edad. Ésta es una práctica inadecuada e innecesaria desde el punto de vista biológico, inclusive en días calurosos y secos, ya que puede provocar la reducción del consumo total de leche y así ocasionar el destete precoz y elevar los riesgos de morbimortalidad. (12, 26, 28) Investigaciones realizadas en Las Filipinas confirman los efectos dañinos que causa la introducción temprana de líquidos no nutritivos, y su relación con la incidencia de enfermedades diarreicas, ya que, dependiendo de la edad, un niño es de dos a tres veces más susceptible a padecer de diarrea si le dan agua, te o preparaciones herbales además de la leche materna, que si lo amamantan exclusivamente. (29, 30)

Finalmente cabe mencionar que en este estudio no se indagó sobre las razones por las cuales las madres o personas a cargo del niño realizan o dejan de realizar ciertas prácticas de AC. Estos datos podrían ser muy útiles para efectuar un análisis más amplio.

CONCLUSIÓN

Corroborando la hipótesis de este trabajo, se concluye que la AC en niños de 6 a 12 meses de edad de la zona rural de Santo Tomé, Corrientes, no se adecua a las recomendaciones vigentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Donnel A, Carmuega E. Hoy y mañana. Salud y calidad de vida de la niñez Argentina. 1998.
2. Díaz-Arguelles Ramírez-Corría VM. La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias. *Rev Cubana Pediatr.* 2005; 77(1): 3.
3. Castelló M. Alimentación Complementaria del Lactante, Asociación de Suport a la Lactancia Materna. 2007.
4. Creed-Kanashiro H, Espinola N, Prain G. Fortaleciendo la nutrición infantil en Perú: Desarrollo de una papilla a base de Camote. 2007.
5. Cuellar Navarro G, Crespo Terán IA, Gisbert López W, Gutiérrez Cortéz I, Farfán Romero JC, Mazzi Gonzales de Prada E. Efecto de la alimentación complementaria y micronutrientes en el estado nutricional del niño. *Rev Soc Boliv Pediatr.* 2006; 45(1): 11-7.
6. Mata GR. Alimentación complementaria y presencia de obesidad en niños chihuahuenses menores de 7 años. 2010.
7. Ministerio de Salud Chile, División de prevención y control de enfermedades, Departamento de nutrición y ciclo vital. Guía de Alimentación del niño(a) menor de 2 años, Guía de alimentación hasta la adolescencia. 2005.
8. Sociedad Argentina de Pediatría. Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. 2001.
9. Mangialavori G, Gilardon EA, Guidet AB, Durán P, Kogan L. La alimentación de los niños menores de 2 años. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. 2010.
10. Schlaepfer LV, Infante C. La alimentación infantil en México y su relación con la utilización de servicios de salud materna. *Salud Pública Mex.* 1992; 34(6).
11. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. 2002. Brasilia D.F.
12. OMS-OPS. Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 y los 24 meses de edad. 2007.
13. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Guías alimentarias para la población infantil: Consideraciones para los equipos de salud. 2006.
14. Alimentación complementaria para el niño sano entre los 6 meses y 2 años: Guía de Práctica Clínica.
15. Florez-Huerta S, Martínez-Andrade G, Toussaint G, Adell-Gras A, Copto-García A. Alimentación complementaria en los niños mayores de 6 meses de edad: Bases técnicas. Medigraphic Artemisa en línea. 2006; 63.
16. Jiménez Huamaní CO. Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud Fortaleza. 2008.
17. Comité de nutrición de la sociedad uruguaya de pediatría. Pautas de alimentación del niño sano en los dos primeros años de vida. *Arch. Pediat. Urug.* 2002; 73(3): 179-185.
18. Abeya Gilardón EO. Alimentación complementaria: una oportunidad de las políticas de salud pública para prevenir deficiencias.
19. Reyes Morales H, Pelcastre Villafuerte B. Familias y nutrición de los niños en áreas rurales de extrema pobreza. 2009.
20. Marenzi MS. Alimentación complementaria. Lorenzo J, Guidoni ME, Díaz M, Marenzi MS, Jorge J, Isely MB, Lasivita J. Nutrición pediátrica. 1a Edición. Corpus. 2005. Pag. 119.

21. García de Lima Parada CM, de Barros Leite Carvalhaes MA, Temer Jamas M. Prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer año de vida. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007; 15(2): 1-8.
22. Albarenque S, Mas L, Ferreyra M, Marchisio MI, Gomila A, Armelini P. Lactancia materna y alimentación complementaria. *Arch Argent Pediatr*. 2005; 103(3): 257-258.
23. Ventura AK, Savage JS, May AL, Birch LL. Predictores psicosociales, familiares y conductuales tempranos de sobrepeso y obesidad infantil, *Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia*. 2005.
24. Zuleta C. Percepciones, conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en comunidades rurales de Huehuetenango y Chimaltenango. 2008.
25. Poletti OH, Barrios L, Cambas DB, Petuaud GD, Rapiso GS, Polinski JH et al. Prevalencia de la alimentación a pecho y su relación con la instrucción y nivel socioeconómico materno. 2003.
26. OMS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 2003.
27. OMS. Lactancia materna exclusiva.
28. Agarie MA, Belli SE, Gonzalez Dallera MX, Pezzutti AL, Reboni IG. Alimentación complementaria en Oriente. 2004.
29. Linkages. Lactancia materna exclusiva: La única fuente de agua que necesita un bebé. 2002.
30. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Lactancia y morbilidad por diarrea. *Pediatrics*. 1990; 86(6):874-82.

