

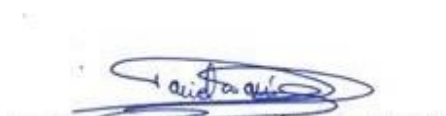
## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** trabajo complejo.docx (D42798848)  
**Submitted:** 10/19/2018 9:41:00 PM  
**Submitted By:** ldominguezb@unemi.edu.ec  
**Significance:** 0 %

**Sources included in the report:**

**Instances where selected sources appear:**

0



**INTRODUCCIÓN** La alimentación complementaria durante los dos primeros años de vida es una oportunidad para prevenir enfermedades nutricionales y ser un pilar esencial para potenciar el crecimiento y desarrollo de los lactantes, ya que durante este periodo su requerimiento energético está incrementado (Romero Velardea et al., 2016). La OMS menciona al respecto que “

la alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales

del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna”

**CITATION OMS18 \1 12298 (OMS, 2018).** Durante esta etapa es necesario tener los conocimientos idóneos para evitar las prácticas incorrectas que ponen en riesgo el estado nutricional de los lactantes, que en unión con la gran prevalencia de enfermedades infecciosas establecen una de las primeras causas de malnutrición (Romero Velardea et al., 2016). En la actualidad, la pieza fundamental para la correcta intervención en alimentación complementaria es educar a los responsables de la alimentación de los niños sobre la introducción oportuna en cantidad y calidad de los grupos de alimentos apropiados para su edad, caso contrario se producirán alteraciones intestinales causando intolerancias y alergias alimentarias a largo plazo, además la exposición a patógenos y agentes alergénicos a temprana edad (Romero Velardea et al., 2016). Un argumento importante para la introducción de alimentos después de los 6 meses es que la leche materna ya no cubre con los requerimientos nutrimentales del lactante, entre ellos se menciona el hierro y el zinc, entre otros que son necesarios para su desarrollo neuromuscular, al ser esta una etapa activa en la que el niño empieza a reconocer y descubrir su entorno (Velasco Manrique, 2014). Hoy en día, existe una lucha constante entre los conocimientos, creencias y la evidencia científica que existe al respecto, por lo tanto, es importante el papel del profesional nutricionista para ayudar a cambiar esos prototipos establecidos, ya que al estar comprobado que la alimentación humana es ampliamente influenciada por factores culturales y sociales, disponibilidad alimentaria y acceso a los alimentos (Forero, Acevedo, Hernández, & Morales, 2018).

## **CAPÍTULO 1**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

• **PROBLEMA** La malnutrición es considerada una de las causas fundamentales de defunciones registradas anualmente entre los niños menores de cinco años alrededor del mundo, siendo gran parte de estas muertes debidas o relacionadas con prácticas incorrectas de alimentación complementaria en los lactantes (Zúñiga, Holguín, Mamián, & Delgado-Noguera, 2017). La alimentación complementaria se entiende como una actividad que empieza al momento en que se introducen alimentos diferentes a la leche materna o algún sucedáneo de la misma, siendo esta proporcionada a partir de los 6 meses de edad ya que a partir de este momento la leche materna no cubre los requerimientos nutricionales tanto de macro y micronutrientes del lactante (Zúñiga et al., 2017). Esta etapa puede llegar a ser un periodo de transición crítico que influenciará directamente sobre el crecimiento y desarrollo infantil, por lo tanto es

esencial que la introducción de los alimentos sea adecuada, debido a que el inicio de la alimentación de manera precoz está asociado con mayor probabilidad de desarrollar infecciones, mientras que el inicio tardío provoca deficiencia de nutrientes en los niños (Zúñiga et al., 2017). A nivel mundial, el 35% de los lactantes reciben lactancia materna exclusiva los cuatro primeros meses de vida y la alimentación complementaria generalmente empieza precoz o tardíamente, además se estima que en el 33% de los casos el inicio de la alimentación es inapropiado al encontrarse un consumo deficiente de verduras y frutas y un consumo excesivo de hidratos de carbono (Zúñiga et al., 2017). En un estudio denominado: Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad, realizado en la Habana, Cuba, se menciona que “Al analizar el consumo de otros grupos de alimentos diferentes a la leche, se aprecia que el de frutas frescas es muy bajo, con predominio del mango, el plátano fruta, la guayaba y la fruta bomba. El consumo de vegetales frescos también mostró una ingesta baja, con predominio de la calabaza, seguida del tomate, la habichuela y la zanahoria, pero ninguno fue consumido al menos por la cuarta parte de los encuestados. El consumo de cereales recae en el arroz, seguido del trigo (fundamentalmente en forma de panes, galletas, pastas alimentarias y dulces de harina). Solamente el 11,2% de los niños consumen cereales fortificados” (Jiménez et al., 2018). Se menciona además que al analizar la dieta consumida por los niños menores de 1 año de edad, el 6,2% no cubren sus requerimientos nutricionales de macronutrientes con un porcentaje de adecuación menor al 70% y por otra parte el 45,3% de los niños evaluados consume un exceso de energía para su edad. Mientras tanto los niños en edades comprendidas entre 1 y 2 años el 26,4% de ellos cubren sus requerimientos por debajo del 70% (Jiménez et al., 2018). De igual manera, en Colombia existe evidencia al respecto, demostrando que aproximadamente el 50% de las madres lactantes tienen inadecuadas prácticas de alimentación complementaria, haciendo referencia a la última Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN), que explica que la introducción de alimentos se realiza en edades tempranas y de forma incorrecta ya que la dieta proporcionada a los lactantes es deficitaria en calorías y minerales (Zúñiga et al., 2017). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2011 - 2013) afirma que “desde muy temprana edad,

los niños están expuestos a otros líquidos diferentes a la leche materna. Casi un 50%

de los niños

entre cero y un mes ya fueron expuestos a esta práctica, y, para cuando

llegan al rango de edad de 5 a 6 meses, el 72% ya consumieron líquidos distintos a la leche materna. Entre los líquidos que consumieron los niños, la leche de fórmula ocupa el primer lugar, lo que confirma el hecho de que desde muy temprana edad los niños ya están expuestos a otra leche distinta de la leche materna. La proporción de niños que reciben alimentos sólidos, semisólidos y suaves ocurre también desde muy temprana edad, práctica que se contrapone a la recomendación de la OMS, la cual establece que la alimentación complementaria debe iniciarse a partir de los 6 meses de edad” CITATION Fre13\l 12298 (Freire & Ramírez, 2013).

• **JUSTIFICACIÓN** La lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria son las prácticas más efectivas para el correcto desarrollo de los niños y disminuir la morbimortalidad infantil cuando se realizan de manera adecuada, es por esa razón es imprescindible conocer todos aquellos aspectos que pueden afectar su cumplimiento (Forero et al., 2018). Existe evidencia que demuestra que las prácticas adecuadas de alimentación complementaria logran una significativa reducción del retraso de crecimiento en los niños, por el contrario las prácticas inadecuadas ocasionan de 1,4 millones de muertes en niños a nivel mundial (Forero et al., 2018). Una alimentación complementaria incorrecta y prematura expone a los lactantes a objetos contaminados e incrementa el riesgo de alergias o intolerancias que afectan su desarrollo normal, además del riesgo de reacción a productos o colorantes alimenticios que se encuentran en los alimentos procesados, viéndose este último reforzado por el hecho de la reducción de la ingesta de anticuerpos presentes en la leche materna (Marcuz & Oliveira, 2015). Desde años atrás se han establecido pautas orientativas para educar a las madres sobre la forma adecuada y oportuna de introducción de los alimentos para garantizar un adecuado aporte de nutrientes en los lactantes, estas pautas han perdido su verdadero valor en la actualidad ya que la alimentación de los niños se ve influenciada por factores culturales y sociales, ocasionando en su gran mayoría incrementar las tasas de malnutrición infantil (Velasco Manrique, 2014). Actualmente, un factor predominante para el inicio de la alimentación son los conocimientos previos de la madre, siendo de gran influencia tanto las tradiciones como aquellas recomendaciones realizadas por familiares, por esta razón nuestra revisión bibliográfica busca identificar los factores que impiden que esta práctica pueda efectuarse de manera correcta y oportuna, cambiando paradigmas establecidos en las familias por generaciones (Forero et al., 2018).

## • OBJETIVOS

**OBJETIVO GENERAL** • Indagar los paradigmas de la alimentación complementaria en los dos primeros años de vida en América Latina.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS** • Identificar los factores que influyen al momento de iniciar la alimentación complementaria.

• Revisar información sobre la importancia de una correcta alimentación para el desarrollo adecuado del niño en los dos primeros años de vida.

• Comparar las diferentes teorías existentes sobre las prácticas de alimentación complementaria.

## CAPÍTULO 2

**MARCO TEÓRICO** La alimentación complementaria es definida por la Organización Mundial de la Salud

como “

el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales

**del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna”**

**CITATION OMS18 \ 12298 (OMS, 2018). El periodo de transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria, que generalmente ocurre entre los 6 a los 24 meses, es de fundamental importancia, al ser la etapa en la que los niños crecen y se desarrollan se vuelve una fase de gran vulnerabilidad, porque es aquí cuando para muchos niños empieza la malnutrición CITATION OMS181 \ 12298 (OMS, 2018).**

**• ANTECEDENTE TEÓRICO ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA** Es un proceso que se realiza desde el principio de la historia humana produciéndose grandes cambios debido a la gran cantidad de muertes infantiles y desnutrición en todos los países de América Latina como ocurre en Bolivia, Guatemala, Ecuador y Honduras, con una prevalencia del 27% de desnutrición crónica, por tal razón, los gobiernos buscan erradicar las enfermedades ocasionadas por exceso o déficit de nutrientes en la dieta de los lactantes mediante programas de mejoramiento nutricional y para su cobertura realizan visitas domiciliarias y actividades grupales (Gertner et al., 2016). Como mencionan Ana Realpe y Humberto Ortiz al respecto “El término alimentación complementaria comprende un proceso que se inicia cuando se introduce cualquier tipo de alimento no lácteo, como complemento a la leche materna o fórmula adaptada (y no como sustitución de ésta), dado diariamente de un modo regular y en cantidades significativas, y termina cuando el niño recibe una alimentación muy parecida a la del resto de la familia”. (Realpe & Ortiz, 2013). Más tarde, Ana Jiménez Ortega afirma que “La alimentación complementaria (AC), también llamada Beikost (alimento adicional), diversificación alimentaria..., consiste en la introducción en la alimentación de los niños de alimentos diferentes de la Leche Materna o de las fórmulas de lactancia artificial” (Jiménez Ortega, Martínez García, Velasco Rodríguez-Belvis, & Ruiz Herrero, 2017). Por lo tanto al analizar los postulados de los diferentes autores se estableció que la alimentación complementaria es un proceso de gran importancia para mantener la salud del niño y que debe ser iniciado a los 6 meses de edad, ya que es aquí cuando el niño ha madurado sus diferentes sistemas orgánicos y está listo para recibir otro tipo de alimento que contribuya los nutrientes necesarios para garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo (Jiménez Ortega et al., 2017).

**• FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

**El momento preciso para iniciar la alimentación complementaria depende de diversos factores que se encuentran involucrados para asegurar el éxito de esta práctica, tales como: la edad del niño, la capacidad de digestión y absorción de nutrientes de la dieta, las habilidades motoras y el medio socioeconómico en que se encuentra (Cuadros-Mendoza et al., 2017). El proceso nutricional por su parte requiere de la interacción de diferentes sistemas del cuerpo humano, por ejemplo: digestivo, neurológico, renal e inmunológico, que se encuentran en una evolución constante, razón por la cual es importante conocer el desarrollo de este proceso evolutivo con la finalidad de realizar la introducción de manera segura de los alimentos de acuerdo a la maduración biológica del niño para evitar acciones que afecten su capacidad digestiva y metabólica (Cuadros-Mendoza et al., 2017).**

**FACTORES DETERMINANTES EN EL DESARROLLO DEL NIÑO • Desarrollo neurológico** En su gran mayoría, la introducción de alimentos tiene como base el desarrollo neurológico del niño, porque es necesario conocer el momento exacto cuando el bebé empieza a perder los reflejos primarios como el de extrusión de la lengua y adquiere las capacidades que necesita para ingerir alimentos no líquidos. Cuando se inicia la alimentación complementaria antes de los 6 meses, los lactantes expulsan los alimentos con su lengua, efecto que se conoce como “reflejo de protrusión” propio de esta edad (Cuadros-Mendoza et al., 2017). Al llegar a los 6 meses el niño ya ha obtenido diversas habilidades motoras como sentarse, intercambiar objetos de una mano a otra, tiene el sostén cefálico normal y además aparece la deglución voluntaria, permitiéndole tolerar alimentos blandos en purés o papillas que serán administrados con cuchara (Cuadros-Mendoza et al., 2017). Entre los 7 y 8 meses es recomendable modificar progresivamente la textura de los alimentos, es decir, cambiar de blandos a trozos pequeños, ya que a esta edad empieza la erupción de las piezas dentales, dos superiores y dos inferiores, lo que le permite mejorar la masticación y eficacia para triturar y deglutir los alimentos; si no se modifica la textura de los alimentos a esta edad puede ocasionarse alteraciones en el proceso de la masticación en edades posteriores (Cuadros-Mendoza et al., 2017).

• **El desarrollo del tracto gastrointestinal** El actor fundamental del proceso nutricional en el lactante es tracto gastrointestinal, cuya maduración es la que está estrechamente relacionada con la capacidad para introducir alimentos nuevos a la dieta, a los 6 meses de vida el tracto gastrointestinal ya ha desarrollado los procesos necesarios para asimilar alimentos distintos a la leche materna o fórmulas lácteas (Cuadros-Mendoza et al., 2017). De esta misma manera la motilidad gastrointestinal ha madurado adecuadamente, mejorando así el tono de los esfínteres lo que permite un mejor vaciamiento gástrico, también se incrementa la producción de ácido clorhídrico, bilis y sales biliares facilitando el desdoblamiento de carbohidratos, proteínas y grasas diferentes a las de la leche materna (Cuadros-Mendoza et al., 2017). Así mismo, se incrementa el tamaño del estómago del bebé, que oscila entre 10–20 ml en el recién nacido, llegando alcanzar unos 200 ml al año de vida, lo que facilita el incremento de las cantidades de alimentos, también se desarrollan diversos sistemas enzimáticos que permiten una digestión exitosa (Jiménez Ortega et al., 2017). • **Función renal** Es importante el estado de maduración renal porque el niño necesita estar capacitado para filtrar los solutos presentes en los nuevos alimentos sólidos o líquidos introducidos en su dieta. La tasa de filtración glomerular en el recién nacido corresponde al 25% del valor del adulto y va incrementando progresivamente hasta llegar a un 75 - 80% a los seis meses de vida, permitiéndole al lactante ingerir una carga más alta de solutos (Cuadros-Mendoza et al., 2017). Además, a los 6 meses de edad, la función renal ha madurado lo suficiente, permitiéndole al niño tolerar mayor aporte proteico y de solutos presentes en la dieta y los mecanismos de absorción y secreción tubular han llegado alcanzar un grado mayor de funcionalidad (Cuadros-Mendoza

et

al., 2017).

**RECOMENDACIONES PARA EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA • Frecuencia, cantidad y textura de los alimentos** Conforme incrementa la alimentación complementaria del niño, empezará a disminuir la cantidad de tomas de leche desplazándose así a la lactancia materna; cuando se ofrecen alimentos de bajo aporte nutricional como por ejemplo refrescos, los requerimientos del niño son serán cubiertos adecuadamente ocasionándose carencias que pueden llegar a desencadenar desnutrición (Cuadros-Mendoza et al., 2017). Al momento de establecer la cantidad de comida que debe ser ingerida por el niño se debe tener presente en primer lugar su edad y luego la densidad energética de los alimentos ofrecidos (Cuadros-Mendoza et al., 2017). Referente a la textura de los alimentos va a depender tanto de la edad como el desarrollo neuromuscular del niño, a los seis meses el niño puede consumir alimentos sólidos en puré, a los ocho meses ya puede asimilar alimentos sólidos triturados y a los 12 meses de edad ya puede comer los alimentos consumidos por la familia (Cuadros-Mendoza et al., 2017).

• **Higiene y preparación de alimentos** Preparar los alimentos que serán ofrecidos al niño de manera segura reduce el riesgo de diarreas, razón por la cual es imprescindible que todos los utensilios utilizados en la alimentación del bebé sean adecuadamente lavados al igual que cada uno de los alimentos utilizados, cabe recalcar que como en algunas culturas su costumbre es comer con las manos, el aseo de estas es fundamental tanto en el cuidador como en el niño, a continuación se mencionan algunas pautas que se deben tener presentes al momento de preparar alimentos en casa (Cuadros-Mendoza et al., 2017). -

**Recomendaciones para preparar los alimentos en casa:** 1. Escoja los alimentos frescos y en perfecto estado 2. Lave los utensilios para preparar los alimentos del niño y que estos sean solo para su uso 3. Mantener la higiene personal en especial de las manos y recogerse el cabello 4. Al preparar los alimentos que estos queden blandos y que no hierban en exceso ya que pierden gran cantidad de nutrientes 5. Hacer tipo puré o aplastar bien pero no licuar ya que el niño tiene que comer alimentos de mayor consistencia 6. Procurar no guardar alimentos, ya que estos deben de ser frescos y cada vez que alimente al niño debe de ser una preparación reciente para evitar la presencia de microorganismos 7. En el caso de congelar algún alimento se deberá descongelar solamente lo que el niño va a comer y no volver a guardar lo sobrante otra vez (Mahan, Escott, & Reymond, 2013).

• **Variedad alimentaria** Para que la alimentación complementaria sea acertada es necesario que los alimentos aporten cantidades suficientes de energía, proteínas, hierro, zinc, calcio y vitaminas; ser poco voluminosos, frescos, agradables, no salados, además estar disponibles en la localidad y ser accesibles para la familia (Cuadros-Mendoza et al., 2017). La alimentación complementaria debe considerar los alimentos consumidos por la familia, que generalmente dependen mayoritariamente de factores culturales y económicos, la alimentación del niño debe ser basada en variedades de alimentos como se detallan a continuación (Cuadros-Mendoza et al., 2017). - **Cereales libres de gluten** El grupo alimentario con el que muchas veces se inicia la alimentación complementaria son los cereales, cuando el cereal no contiene gluten aporta primordialmente carbohidratos como almidones y polisacáridos, también micronutrientes esenciales, ácidos grasos y están fortificados con hierro; generalmente se los prepara a base de arroz, maíz o soya y que pueden ser disueltos sin dificultad tanto en la leche materna como en las fórmulas infantiles (Cuadros-Mendoza et al., 2017). - **Cereales con**



**gluten** Los cereales que contienen gluten están elaborados de trigo, avena, cebada o centeno; aportan menor cantidad de proteínas pero contienen alta carga energética porque aportan carbohidratos en mayor proporción. Estos alimentos al igual que los anteriormente mencionados también contienen hierro y son de fácil preparación. Cabe recalcar que no es necesario iniciar la alimentación complementaria con alimentos hidrolizados como los que detallamos sino también con alimentos naturales que aportan cereales tales como el arroz, la pasta, el pan, galletas, avena, entre otros (Cuadros-Mendoza et al., 2017). En la actualidad, no existe una directriz establecida sobre el momento exacto para introducir el gluten en la alimentación de los niños, una recomendación sensata es introducirlo no antes de los 4 meses pero tampoco después de los 7 meses de vida (Cuadros-Mendoza et al., 2017).

**- Frutas y verduras** En la región y localidad de cada país existe variedad de frutas y verduras que deben formar parte de la alimentación del niño, las frutas proporcionan vitaminas, minerales, fibra, carbohidratos, agua y dependiendo de su color aportan nutrientes especiales como por ejemplo el caroteno que se encuentra en las frutas de color naranja; es necesario que las frutas sean brindadas al niño sin su cascara para garantizar un aporte adecuado de fibra y no excederse de la recomendación de 5gr/día que es lo adecuado durante el primer año de vida del lactante (Cuadros-Mendoza et al., 2017). Un exceso de fibra puede provocar que micronutrientes esenciales como el hierro y el zinc no sean absorbidos adecuadamente, por otra parte las frutas que consumen los niños deben ser maduras para una correcta digestibilidad, deben ser brindadas en papillas o jugos naturales frescos por su contenido en vitamina C que ayuda a una mejor absorción del hierro (Cuadros-Mendoza et al., 2017). Respecto a las verduras, son alimentos que aportan proteínas vegetales, vitaminas, minerales y agua, se utilizan en crudo o preparadas al vapor durante un tiempo máximo de 10 minutos para evitar la pérdida de sus propiedades nutricionales, pueden ser ofrecidas al niño en forma de puré, evitando los primeros días aquellas como la coliflor y demás repollos porque pueden provocar flatulencias, también aquellas con un sabor fuerte como el ajo, cebolla y espárragos debido a que pueden ser desagradables al niño (Cuadros-Mendoza et al., 2017).

**- Carnes** Las carnes son la fuente principal de aporte de proteínas de alto valor biológico, hierro, zinc y vitamina B12, por tal razón es recomendable introducir carnes como pollo, ternera, vaca, cerdo a partir de los 6 meses de edad para evitar anemia por carencias nutricionales, es necesario mencionar que el valor nutritivo de las carnes blancas es muy semejante al de las carnes rojas por eso es necesario empezar a introducir pequeños trozos de carnes he ir progresando paulatinamente todos los días hasta llegar a 40-60gr (Cuadros-Mendoza et al., 2017).

**- Derivados lácteos** El yogurt es considerado un derivado de los lácteos que tiene un contenido bajo en lactosa pero alto en proteínas, calcio y vitaminas, ayuda a la regeneración de la flora intestinal porque contiene pre y pro bióticos, el yogurt puede ser introducido entre los 9-10 meses de edad (Cuadros-Mendoza et al., 2017). De igual forma ocurre con los quesos, son considerados una excelente fuente de proteínas, calcio, fósforo y grasa por lo que es necesario ofrecer siempre quesos frescos y bajos en grasa a partir de los 9-10 meses (Cuadros-Mendoza et al., 2017).

**- Pescado y huevos** Los pescados contienen proteínas de alto valor biológico, hierro, yodo, zinc, fósforo y son una fuente imprescindible de ácidos grasos poliinsaturados como el omega 3 y 6. En la actualidad, está recomendado introducir el pescado a partir de los 9-10 meses, empezando con cantidades muy pequeñas he ir incrementándolo progresivamente, existen



**pescados con los que se debe tener especial cuidado como el pez espada, atún rojo, tintorera y cazón ya que contienen mercurio en altas cantidades y puede ser perjudicial en menores de 3 años (Cuadros-Mendoza et al., 2017). El huevo es un alimento que contiene proteínas de alto valor biológico aportando ácidos grasos esenciales, hierro y vitaminas, la yema puede ser introducida a partir de los 6 meses y la clara se introduce posteriormente, también se debe mencionar que no es recomendable el consumo de huevo crudo ya que el ser sometido a cocción se facilita la digestión proteica y el aporte de biotina es mayor (Cuadros-Mendoza et al., 2017).** - **Legumbres** Estos alimentos aportan fibra, carbohidratos, proteínas, hierro, vitaminas y por su alto contenido en nitratos deben ser introducidos en pequeñas cantidades después de los 7 – 8 meses para evitar flatulencias y facilitar su digestión (Cuadros-Mendoza et al., 2017). - **Agua** Al iniciar la alimentación complementaria, se incrementan las cantidades de solutos que recibe el niño, por tal razón aquellos lactantes que se alimenten con fórmulas lácteas infantiles deben recibir un aporte de agua hervida, mientras que los que son alimentados con leche materna no necesariamente lo requirieren debido a que la leche contiene gran cantidad de agua, salvo en casos especiales como exceso de calor o fiebre (Cuadros-Mendoza et al., 2017).

• **Alimentos no aconsejables - Leche de vaca** La leche de vaca entera es un alimento que no debe ser introducido antes de los 12 meses, por su bajo contenido en hierro y porque podría ocasionar micro sangrados intestinales contribuyendo al desarrollo de anemia ferropénica en los lactantes (Cuadros-Mendoza et al., 2017). - **Condimentos y edulcorantes** En las preparaciones de los niños durante el primer año de vida no debe ser añadida sal o azúcar, pues estos componentes ya se encuentran de forma natural en la dieta diaria en cantidades suficientes; los edulcorantes por otra parte, favorecen la preferencia por los sabores dulces lo que puede ocasionar un riesgo para desarrollar caries dentales y sobrepeso u obesidad (Cuadros-Mendoza et al., 2017). - **Café, té, aguas aromáticas** Las bebidas estimulantes como el café, té y diversas infusiones pueden llegar a ocasionar cólicos en los lactantes debido a su contenido en alcaloides, además no aportan nutrientes a la dieta. Las bebidas carbonatadas artificiales como jugos, gaseosas y refrescos tampoco deben proveerse a los niños porque son altas en energía y disminuyen la absorción del calcio y carecen de nutrientes contribuyendo al desarrollo de obesidad (Cuadros-Mendoza et al., 2017).

## **NECESIDADES**

**NUTRICIONALES DEL LACTANTE** **Carbohidratos:** corresponden el 30 – 40% del total consumido en los primeros meses hasta llegar al 55 – 60% al año de edad, valores similares a los del adulto, el carbohidrato principal presente en la leche materna es la lactosa (Jiménez Ortega et al., 2017). **Grasas:** ocupan un 40 – 55% del total de la dieta y van disminuyendo hasta llegar a un 30 – 35% al año de vida, es de vital importancia que el aporte de grasas provenga principalmente de ácidos grasos mono y poliinsaturados (Jiménez Ortega et al., 2017). **Proteínas:** se empieza con 2gr/kg/día durante los 6 primeros meses y disminuye hasta llegar a 1,6gr/kg/día a partir de esa edad (Jiménez Ortega

et

al., 2017).

**ALIMENTACIÓN DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO**  
**Edad Leche materna Cantidad y frecuencia Preparaciones 6 meses**

**Continuar con la leche materna cuando el niño pida.**

**Inicio de la alimentación complementaria y la suplementación que se entregara en el centro de salud más cercano. 1/4 taza o 2-3 cucharaditas de alimentos, consistencia semi-sólida en forma de papilla, sin sal y sin azúcar, 2 veces al día. Ofrezca un alimento a la vez por dos o tres días seguidos. Después incluya otros alimentos. Los utensilios del niño deben ser personales. Inicie con coladas de arroz, evite los cereales con gluten como la avena, harina de trigo. Sopas espesas con vegetales de color verde y otros colores, frutas como papaya, jugo de granadilla. No dar condimentos, embutidos, comida guardada, ni con conservantes. 7 – 8 meses**

**Continuar con la leche materna cuando el niño pida.**

**Agregar a las preparaciones leche materna y aceite vegetal de oliva o girasol.**

**Continuar con la suplementación de micronutrientes que será entregado en el centro de salud. ½ taza de alimentos 2 veces al día, alimentos de consistencia semi sólidos en forma de papilla incluyendo las frutas.**

**Los alimentos deben de ser preparados exclusivamente para el niño y con toda la higiene posible.**

**Las carnes del tamaño de la palma de la mano. Sopas espesas, colada de machica, quinua, morocho. Alimentos cocinados y aplastados como la zanahoria blanca, papa, zapallo, espinaca, zanahoria amarilla, tomate, vainitas, papa, yuca, verde, brócoli, camotes. Carnes de pollo, hígado de pollo. Frutas aplastadas como el guineo, papaya, manzana, mango, pepino dulce, pera, guayaba. Evite la naranja, limón. 9 – 11 meses**

**Continuar con la leche materna cuando el niño pida. Es importante dejar que el niño escoja sus alimentos y aprenda a llevarlos a la boca. Continuar con la suplementación de micronutrientes que será entregado en el centro de salud. ½ taza de alimentos 2 veces durante el día, más 2 colaciones a la media mañana y media tarde, alimentos de consistencia sólidos en trozos. 1 fruta 2 veces al día.**

**La alimentación debe de ser variada. Se incrementa alimentos como: lentejas, garbanzo, arvejas, chocho, maíz, frejol, habas secas.**

**Carnes de pollo, hígado de pollo, pescado blanco.**

**No deben de tomar leche, yogur o queso antes de los 12 meses. 12 – 24 meses**

**Continuar con la leche materna cuando el niño pida.**

**Continuar con la suplementación de micronutrientes que será entregado en el centro de salud. 1 taza de alimento 2 – 3 veces al día, más 2 colaciones. El niño come alimentos sólidos y espesos. 1 huevo de gallina al día o 3 de codorniz. El niño come solo sin ayuda. Esteya está**

**incluido en la mesa del hogar. Todos los alimentos además de la comida de la casa: desayuno, almuerzo, merienda más la media mañana y media tarde. Se puede agregar sal o azúcar en mínima cantidad. Tabla 2. Orden de introducción de alimentos complementarios. Fuente: Ministerio de Salud Pública. Manual Paso a Paso por una Infancia Plena.**

## **FINALIDAD DE**

**LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA** Los niños durante el período de crecimiento desarrollan gran número de habilidades y destrezas, por lo tanto sus requerimientos nutricionales son cada vez mayores, razón por la cual la lactancia materna es insuficiente en esta etapa pediátrica (Cuadros-Mendoza et al., 2017). Dentro de la finalidad de la alimentación complementaria se encuentran: • Impulsar un óptimo desarrollo neurológico, cognitivo y del tracto digestivo • Suministrar nutrientes como: hierro, zinc, calcio, vitamina D, vitamina A • Preparar al niño para diferenciar los colores y texturas de los alimentos • Integrar al niño a la dieta familiar (Cuadros-Mendoza et al., 2017). Las necesidades energéticas de los niños cambian de manera constante acorde a su desarrollo, por esta razón a partir del sexto mes su requerimiento es superior, en especial de nutrientes específicos como: hierro, zinc, calcio, vitamina A y D que deben ser aportados a través de los alimentos, en la tabla 1 se muestra el requerimiento adicional a la leche después del sexto mes de vida (Cuadros-Mendoza et al., 2017).

**Tabla 11. Aportes energéticos de la leche materna y alimentos complementarios**

EDAD	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	ALIMENTACION COMPLEMENTARIA
0 – 2 meses	410 kcal	0 kcal
3 – 5 meses	490 kcal	0 kcal
6 – 8 meses	463 kcal	200 kcal
9 – 11 meses	398 kcal	300 kcal
12 – 23 meses	326 kcal	580 kcal

**Fuente: (**

**Cuadros-**

**Mendoza et al., 2017).**

**RIESGOS POR MALAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN** Riesgos de la alimentación complementaria temprana Antes de los 4 meses: • La leche materna ya no forma el alimento principal • Se incrementa el riesgo de enfermedades • Puede provocar daño renal • Desnutrición • Deficiencias nutricionales debido a la reducción de la ingesta de leche o por mala absorción de nutrientes • Alergias alimentarias • Incremento del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como obesidad, diabetes e hipertensión (Realpe & Ortiz, 2013).

**Riesgos de la alimentación complementaria tardía** Después del 6 – 7 mes • Carencias nutricionales específicas de micronutrientes como: hierro, zinc y vitamina A • Retraso en el crecimiento • Desnutrición • Rechazo a los alimentos sólidos • Alteraciones del lenguaje (Realpe & Ortiz, 2013). Respecto a la cantidad de alimentos que debe ingerir el niño durante el día, lo ideal es que a mayor edad mayor sea la cantidad de alimentos sólidos consumidos e ir disminuyendo paulatinamente las tomas de leche (Realpe & Ortiz, 2013). Según menciona la OMS, el número de comidas que debe realizar un niño según su edad son: • Niño menor de 6 meses de edad: lactancia materna exclusiva a libre demanda • Niño mayor de 6 meses de edad:

**lactancia materna y 1 comida • Niño entre 7 – 8 meses de edad: lactancia materna y 2 comidas • Niño entre 9 – 12 meses de edad: lactancia materna y 3 comidas • Segundo año de vida: lactancia materna y 4 comidas (Realpe & Ortiz, 2013).**

**BABY-LEDWEANING** Término que hace referencia a la alimentación complementaria guiada por el bebé, es una técnica que se basa en ofertar al niño alimentos sólidos de un tamaño adecuado para que él pueda agarrarlos y llevárselos a la boca cuando considere que pueda hacerlo y en la cantidad que desee; y no necesariamente será el adulto quien ofrezca alimentos aplastados tipo puré con una cuchara (Velasco Manrique, 2014). Por esta razón, el bebé seguirá manteniendo su rol activo como lo hizo los 6 primeros meses de lactancia materna exclusiva y no esperando a que el adulto sea quien le suministre la comida, cabe recalcar que es el adulto quien debe facilitarle los alimentos al niño considerando que sean seguros y adecuados para su edad y sea el niño quien decida si los consume o no.

**A continuación se detallan los beneficios de la técnica mencionada (Velasco Manrique, 2014).**

**Método natural que contribuye a la necesidad del bebé de experimentar en su entorno, ya que los bebés suelen llevarse a la boca todo tipo de objetos utilizando sus manos • Impulsa a desarrollar habilidades propias de su edad y a formar mejor su criterio • Estimula una actitud positiva en el niño al permitirle decidir que alimentos comer y cuales rechazar, ya sea porque no le atrae o le parece poco seguro • Convierte el momento de la comida en un tiempo ameno y divertido en el que toda la familia interactúa, no existen regaños ni discusiones por algún alimento • Fortalece el desarrollo de la masticación y posteriormente el desarrollo del habla • Los niños aprenden a comer despacio masticando bien los alimentos • Facilita la integración a la dieta familiar • Por último, existen 2 beneficios fundamentales como son el desarrollo del gusto por alimentos saludables y reducción del índice de obesidad infantil (Velasco Manrique, 2014).**

**Los riesgos de esta técnica pueden ser: •**

**Asfixia por atragantamiento al ofrecer al niño alimentos enteros • Bajo peso por ingesta insuficiente de alimentos • Anemia ferropénica por deficiencia consumo de alimentos ricos en hierro (Velasco Manrique, 2014) La alimentación complementaria durante los dos primeros años de vida es una práctica determinante sobre el futuro adulto, porque influye directamente sobre el estado de salud y desarrollo a corto o largo plazo de enfermedades (Cuadros-Mendoza et al., 2017).**

**MARCO CONCEPTUAL Alergia alimentaria: “reacción clínica reproducible, mediada inmunológicamente, frente a la exposición a un alimento” (Peralta, Aguilera, Tordecilla, Guzmán, & Ferrer, 2015).**

**Alimentación complementaria: “es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales**

**del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna”**

**CITATION OMS18 \ 12298 (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2018). Alimento: “En términos del**

**Codex Alimentarius, es toda sustancia elaborada, semielaborada o natural, que se destina al consumo humano, incluyendo las bebidas, el chicle y cualesquiera otras sustancias que se utilicen en la fabricación, preparación o tratamiento de los alimentos,**

**pero no incluye los cosméticos ni el tabaco ni las sustancias utilizadas solo como medicamentos” CITATION OPS18 \ 12298 (OPS/OMS, 2018). Anemia: “Es una deficiencia del tamaño o del número de eritrocitos o de la cantidad de hemoglobina que contienen” (Mahan et al., 2013). Desnutrición: “Desequilibrio entre la ingesta y requerimiento de nutrientes, lo que resulta en un déficit acumulado de energía, proteína, o micronutrientes” (Segarra Ortega, Lasso Lazo, Chacón Abril, Segarra Ortega, & Huiracocha Tutiven, 2016). Higiene de los alimentos: “Comprende las condiciones y medidas necesarias para la producción, elaboración, almacenamiento, distribución, comercialización y hasta la preparación culinaria de los alimentos destinadas a garantizar un producto inocuo, en buen estado y comestible, apto para el consumo humano” CITATION OPS18 \ 12298 (OPS/OMS, 2018) Intolerancias alimentarias: “**

**Es la respuesta clínica a un alimento en cuyo mecanismo de producción no interviene (o no ha podido demostrarse su intervención) un mecanismo inmunológico.**

**Sin embargo, existe un componente genético o epigenético que ha originado la predisposición a ello. Puede incluir respuestas de tipo farmacológico, metabólico o de idiosincrasia indeterminada” (Ruíz et al., 2018). Lactancia materna exclusiva: “Amamantado que no recibe alimento sólido alguno, ni otro tipo de leche que no sea la materna” (Gorrita, Ortiz, & Alfonso, 2016). Lactante: “Momento en el que un recién nacido prueba el seno materno, se convierte en un lactante desde ese momento y hasta aproximadamente los 24 meses de vida” (María Serrano Romero, 2017).**

### **CAPÍTULO 3**

**METODOLOGÍA** La presente investigación es de enfoque cualitativo de carácter descriptivo e interpretativo basado en la revisión de literatura sobre el tema propuesto, aplicando los siguientes métodos: • **Método etnográfico:** facilitó el desarrollo de la problemática del tema al permitir analizar ideas, creencias y prácticas relacionadas con la alimentación complementaria en América Latina.

• **Método teórico:** se utilizó para el desarrollo del marco teórico conceptual

donde se realizó un análisis y síntesis que consistió en indagar teorías sobre Alimentación Complementaria obteniendo como producto final

un criterio, mientras que el método Histórico Lógico aportó el camino para investigar sucesos anteriores y conocer cómo han evolucionado las prácticas alimentarias.

- **Método de triangulación de ideas:** ayudó a explorar y conocer nuestro principal objeto de estudio que es la alimentación complementaria desde diferentes dimensiones y perspectivas de varios autores.
- **Análisis documental:** permitió el uso y consulta de diferentes materiales (revistas, monografías, libros, tesis) para seleccionar la bibliografía de interés para utilizarla en el presente trabajo, respetando los derechos de autor en todos los casos.

## **CAPÍTULO 4**

**DESARROLLO DEL TEMA** Como parte del trabajo investigativo, se detalla a continuación diversas investigaciones realizadas con relación al tema de estudio:

**Estudio 1 Factores que inciden en el destete temprano en un grupo de madres de Santa Marta, Colombia.** Estudio realizado en Colombia con 54 madres de niños en edades inferiores a 24 meses, se obtuvo que los factores por los cuales las madres lactantes abandonaron la lactancia materna se encuentran: liderando con el 36,54% la falta de tiempo para este proceso, el 23,06% mencionaron que tienen una producción insuficiente de leche, el 17,31% el bebé rechazó la lactancia, el 15,38% afirmó que fue decisión propia de cada una suspenderla y el 7,69% lo hizo teniendo en consideración opiniones externas de familiares y amigos (González-Ruiz et al., 2015). Estos factores mencionados anteriormente contribuyeron al inicio de la alimentación complementaria de manera precoz, ya que el 84,6% de las madres la inició a los 3 meses de vida del niño, aportándose alimentos como fórmulas lácteas infantiles en un 26%, papillas, purés y sopas con 25%, las mazamorras, coladas y jugos ocupan un 23% respectivamente (González-Ruiz et al., 2015). Respecto a lo anterior, hay que mencionar que según varias investigaciones se ha demostrado que el nivel de escolaridad de las madres influye sobre el conocimiento de la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida (González-Ruiz et al., 2015).

**Estudio 2 Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad** Este estudio es de carácter transversal realizado en niños entre 6 y 23 meses de edad procedentes de La Habana, en el que se encontró los siguientes resultados: el nivel de escolaridad de las madres fue el preuniversitario o técnico medio con un 61,6%, seguido del universitario con un 20,5%. En cuanto a quién es la persona que orienta sobre la incorporación de los alimentos en la dieta del niño en el 62,1% de los casos lo hace el médico de la familia, seguido del pediatra con el 43,1% y en menor porcentaje lo hacen los familiares (Jiménez et al., 2018). El primer alimento que es ofrecido a los niños después de la leche son las viandas con un 76,8% ocupando el primer lugar la malanga, siendo la tercera parte de los niños participantes en el estudio quienes iniciaron con este alimento, a continuación se introducen carnes con un 22,9% y las frutas un 9,3% corroborando que el consumo de vegetales y frutas frescas es deficiente. Recalcando que la participación de los vegetales en las comidas de los menores es muy básica y poco variada, siendo las principales preparaciones en purés o sopas (Jiménez et al., 2018).

**Estudio 3 Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, según los indicadores básicos propuestos por la OMS, en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario, Argentina.** Estudio realizado en Argentina en dos centros



asistenciales, uno público y otro privado de la ciudad de Rosario en Argentina, en el que se evaluó el cumplimiento de las normas establecidas por la OMS sobre una lactancia materna y alimentación complementaria correctas (Zapata et al., 2015). Se obtuvo lo siguiente: con relación a la introducción temprana de los alimentos es un proceso que afecta a casi la mitad de los niños, sin diferencias entre centros asistenciales mientras que la forma adecuada para la introducción de alimentos es mayor en las madres que reciben información acerca de cómo hacerlo de manera correcta (Zapata et al., 2015). Estudio 4 Situación de salud, nutrición y saneamiento entre los niños menores de 12 meses en el Distrito 8 de El Alto. En Bolivia se encontró lo siguiente, al consultar a las madres lactantes sobre si ellas le brindarían comida a sus hijos si ven que estos se llevan objetos a la boca el 58% respondieron que no, mientras que el porcentaje restante afirmó que lo tomarían como una señal de hambre y le ofrecerían alimentos al niño (Gertner, Johannsen, & Martinez, 2016). Respecto a la duración de la lactancia materna el mayor porcentaje de madres informaron mantener la lactancia materna hasta un promedio de 18,65 meses de edad, considerado una edad inferior a la establecida por la OMS que indica que es hasta los 24 meses (Gertner et al., 2016). Se menciona también que las madres respondieron acerca de cuantas veces debe comer un niño de 1 año de edad, un 94% dijo que entre 3 veces o más en el día, que estaría adecuado a los parámetros existentes sobre esta temática (Gertner et al., 2016).

Estudio 5 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 En este estudio se tomó como muestra a 63 madres de niños en edades comprendidas entre 6 y 24 meses, en las que se evaluó su nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria, encontrándose que un 28,6% tienen bajo conocimiento sobre el tema, un 54% tienen conocimiento medio y por último el 17,5% restante tienen un conocimiento alto (León, 2015). Se muestra también, con relación a las prácticas de alimentación complementaria que el 74,6% presentan practicas desfavorables y apenas el 25,4% mantienen estas prácticas favorables (León, 2015).

Estudio 6 Lactancia materna y alimentación complementaria, situación en una población del área metropolitana de Buenos Aires En la localidad de Buenos Aires, Argentina, se encontró que las madres introducían el biberón antes de los 6 meses debido a varias causas como: el niño se queda con hambre, llora demasiado, la leche materna es aguada y no le llena, producción insuficiente de leche o por creencias y mitos, en algunos casos también fue por enfermedad materna o bajo peso del niño al nacer; la edad media de finalización de la lactancia materna exclusiva fue de 4,81 meses, la de inicio de la alimentación complementaria 6,03 meses y la de destete 15,2 meses (Flores & Ponthot, 2017). Con lo referido a la alimentación complementaria se evidenció que el 23% de madres refirió iniciar de manera temprana la alimentación complementaria, el 83% iniciaba la alimentación como por incentivo de la persona a cargo del niño y el 17% lo hacia abajo indicación médica (Flores & Ponthot, 2017).

Estudio 7 Relación entre los conocimientos actitudes y prácticas en alimentación complementaria y el estado nutricional en niños menores de 2 años que acuden a la consulta externa de la Unidad Operativa Ciudadela Ibarra periodo 2016 Estudio analítico de corte

**transversal fue realizado con 195 personas a las que se les evaluó los conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria en niños menores de 2 años, encontrándose que el 91,8 % de las cuidadoras eran las madres y el 8,2% otras personas y que tenían entre 15 años hasta máximo 73 años de edad, el nivel de educación no fue significativo porque fue realizado en el área urbano y casi todas tenían educación entre primaria y universitaria (Oña Sibri, 2017). En los conocimientos sobre lactancia materna exclusiva el 61% si conocen, sobre alimentación complementaria 78,5 % saben la edad de inicio y temas al respecto, en cuanto a la consistencia el 91,3 % si tiene los conocimientos necesarios y lo ponen en práctica, en la diversidad y enriquecimiento de las preparaciones el 95,9 % lo hace (Oña Sibri, 2017). Los niños que fueron parte de este estudio están en normalidad con el IMC 75,9%, la longitud/ edad en la normalidad con un 82,1%, el peso/edad esta con el 90,3% normal solo se encontró con malnutrición por sobrepeso en 9 niños, riesgo 1 niño, con bajo peso 9 niños y los 176 niños están en la normalidad, los resultados negativos se basan en los niveles socio económicos y la falta de conocimiento sobre la frecuencia en que se deben de alimentar a los lactantes (Oña Sibri, 2017).**

**DISCUSIÓN Finalmente, se puede afirmar que las prácticas de alimentación complementaria están influenciadas por aspectos como: edad, conocimientos maternos, creencias, consejos familiares y estabilidad económica,**

**como es el caso de Colombia donde estos factores contribuyeron el**

**inicio de la alimentación complementaria de manera precoz, con evidencia de que el 84,6% de las madres la inició a los 3 meses de vida del niño, utilizando formulas infantiles el 26%, las papillas, purés y sopas el 25%, las mazamoras, coladas y jugos con un 23% respectivamente (González-Ruiz et al., 2015). En Cuba se inicia mayoritariamente la alimentación con un tubérculo, la malanga, luego se introducen carnes, frutas y vegetales, cabe recalcar que el estudio menciona que existe un consumo de vegetales y frutas frescas muy deficiente y que los vegetales son utilizados especialmente en sopas y purés (Jiménez et al., 2018). En Argentina, la consejería alimentaria nutricional a las madres lactantes ayuda a que se inicie adecuadamente la alimentación en los niños, mientras que en Bolivia las madres tienen conocimientos que se asemejan a las recomendaciones de la OMS sobre el tema, caso contrario a Perú que el 74,6% de las madres presentan prácticas desfavorables y apenas el 25,4% inician este proceso correctamente (Gertner et al., 2016). En Ecuador si existe conocimientos sobre alimentación complementaria en las madres, se mencionó en un estudio, demostrándose que en referencia a lactancia materna exclusiva el 61% si conocen, sobre alimentación complementaria 78,5 % saben sobre edad de inicio y temas al respecto, en cuanto a la consistencia el 91,3 % si tiene los conocimientos necesarios y lo ponen en práctica, en la diversidad y enriquecimiento de las preparaciones el 95,9 % lo hace (Oña Sibri, 2017).**

## **CAPÍTULO 5**

**CONCLUSIONES Al momento de iniciar la alimentación complementaria es importante identificar los factores que influyen el**

**inicio de la misma como son los factores ambientales, físicos, el conocimiento de la madre sobre la importancia y beneficios de una correcta alimentación, cantidad, variedad y frecuencia necesaria de los alimentos para evitar la malnutrición del lactante, y además factores**

**como el desarrollo neurológico que hace referencia a la aparición de la capacidad de masticar y deglutir, el desarrollo gastrointestinal que nos informa la maduración del estómago para digerir nuevos alimentos y**

**el funcionamiento renal que se encarga de la eliminación de solutos en la dieta. Se recopiló información sobre la importancia de una correcta alimentación complementaria, en los diferentes estudios, artículos científicos y libros de nutrición, dando prioridad a las prácticas que tienen las personas en los diferentes países de América Latina como son: Colombia, Cuba, Argentina, Perú, Bolivia y Ecuador, concluyendo que existe la necesidad de profesionales nutricionistas que eduquen y brinden información a las madres lactantes ya que en la actualidad este rol es asumido por médicos familiares o pediatras y esto ha incurrido en que el orden de introducción de los alimentos sea temprano o tardío trayendo consigo complicaciones en la salud de los lactantes. Se realizó la comparación de las diferentes teorías sobre prácticas de alimentación complementaria donde las costumbres, creencias y nivel socioeconómico de las familias es la principal influencia como es el caso de Perú que el que existen conocimientos sobre alimentación complementaria pero tienen prácticas desfavorables a diferencia de Ecuador en el que se muestra que existe conocimiento sobre el tema y también se lo pone en práctica; en Colombia se inicia la alimentación a los 3 meses, en Argentina a los 4,81 meses introduciendo leche de fórmula como primer alimento antes de los 6 meses, en comparación con Bolivia su promedio es de 6,19 meses y en Ecuador se inicia a los 6 meses; en Cuba y Colombia la economía no permite cubrir con los requerimientos del lactante y en Argentina el sector privado provee una mejor alimentación a los niños.**

**Hit and source - focused comparison, Side by Side:****Left side: As student entered the text in the submitted document.****Right side: As the text appears in the source.**

---