



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES

POSTGRADO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN DEL  
LACTANTE DE PEDIATRAS DEL EJE METROPOLITANO DE MÉRIDA**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

**AUTOR: Andrea Jurado Abril**

**TUTOR: Dra. María Angelina Lacruz Rengel**

**Dra. Nolis Camacho**

Mérida, 2020

C.C Reconocimiento

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACION DEL  
LACTANTE DE PEDIATRAS DEL EJE METROPOLITANO DE MERIDA**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO  
PRESENTADO POR LA MÉDICO  
CIRUJANO ANDREA JURADO ABRIL, CI  
E-37619703, ANTE EL CONSEJO DE LA  
FACULTAD DE MEDICINA DE LA  
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO  
CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PUERICULTURA Y  
PEDIATRÍA.

**AUTOR:**

**Dra. Andrea Jurado Abril**

Médico Cirujano. Residente de 3er. Año del Postgrado de Puericultura y Pediatría  
Universidad de Los Andes

**TUTOR:**

**Dra. María Angelina Lacruz Rengel**

Pediatra Puericultor. Neurólogo Infantil. Profesora titular Departamento de  
Puericultura y Pediatría. Universidad de los Andes. Mérida- Venezuela

**TUTOR:**

**Dra. Nolis Camacho**

Pediatra Puericultor. Especialista en Nutrición y Crecimiento. Jefe de la Consulta  
de Nutrición y crecimiento del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los  
Andes. Profesora del Departamento de Puericultura y Pediatría. Universidad de los  
Andes. Mérida - Venezuela.

**ASESOR:**

**Dr. Orángel Cadenas**

Médico-cirujano. Asesor en metodología de la investigación

## **AGRADECIMIENTO**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Agradezco a Dios porque siempre sentí su presencia en los momentos difíciles y alegres; a mi madre Lorenza quien siempre me ha apoyado y ayudado para seguir adelante y superarme; a mi familia y amigos quienes a pesar de no estar cerca sé que comparten esta alegría conmigo; al Instituto Autónomo Hospital de Los Andes por permitirme crecer como profesional y persona, aprendiendo cada día a ser mejor; a mis maestros quienes compartieron sus conocimientos y guiaron en mi formación como pediatra; a todos los niños y sus padres quienes con su confianza me permitieron aprender y afianzar mis conocimientos. Infinitas gracias a todos.

www.bdigital.ula.ve

### **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios, por la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, este y todos mis logros, por ser el pilar más importante de mi vida, demostrarme siempre su cariño y ayuda incondicional hasta el final, ella me motiva, me alienta, me impulsa a ser cada día mejor.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	p.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>OBJETIVOS</b>	7
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b>	8
Tipo y modelo de investigación	8
Población y muestra	8
Procedimientos y métodos	8
Sistema de variables	10
Análisis estadístico	11
<b>RESULTADOS</b>	12
<b>DISCUSIÓN</b>	21
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	29
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	31

## LISTA DE TABLAS

<b>Nº</b>	<b>Título de la tabla</b>	<b>p.</b>
1	Variables socio-demográficas y académicas de la población encuestada.....	13
2	Nivel de conocimiento sobre alimentación, actitudes y prácticas de alimentación en lactantes.....	14
3	Conocimiento de los pediatras estudiados sobre alimentación en el lactante. Relación de respuestas adecuadas e inadecuadas.....	16
4	Actitudes de los pediatras estudiados hacia la alimentación en lactantes.....	17
5	Prácticas de los pediatras estudiados sobre la alimentación en lactantes.....	17
6	Asociación entre variables académicas y nivel de conocimiento sobre la alimentación en el lactante.....	19
7	Asociación entre variables demográficas, académicas y nivel de actitud hacia la alimentación en el lactante.....	20

## LISTA DE GRÁFICOS

No.	Título del gráfico	p.
1	Fuentes de información sobre lactancia materna y alimentación complementaria de pediatras encuestados.....	14

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

# CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE, DE PEDIATRAS DEL EJE METROPOLITANO DE MÉRIDA

**AUTOR:** Andrea Jurado Abril

**TUTOR:** Dra. María Angelina Lacruz Rengel

Dra. Nolis Camacho

Mérida, 2020

## RESUMEN

**Introducción:** La alimentación del lactante se enmarca en las prácticas de la Lactancia materna (LM) y de la Alimentación complementaria (AC), con amplio consenso sobre la promoción de la LM en forma exclusiva, mientras que para la AC, en términos de su inicio, formas y alimentos a introducir, existen amplios debates. Por ello, es relevante conocer cuáles conocimientos, actitudes y prácticas, maneja el personal especialista en puericultura y pediatría, hacia la alimentación del lactante, lo cual es el objetivo de la presente investigación.

**Material y métodos:** Investigación descriptiva, de corte transversal, de una muestra de pediatras de Mérida, Venezuela, durante el año 2.020, utilizando una encuesta sobre la alimentación del lactante. **Resultados:** Participaron 52 pediatras, la mayoría de los cuales tenían edades superiores a los 40 años y del género femenino, con experiencia de crianza de hijos y ejercicio profesional mixto (público-privado). Las principales fuentes de información fueron los congresos y cursos. Con respecto al conocimiento sobre alimentación durante la etapa de lactante, prácticamente la totalidad de los pediatras, presentaron un conocimiento intermedio (96,2%; n= 50), con debilidades sobre: la Edad ideal para destete, Edad de inicio de alimentación complementaria, Porciones según edad, Adición de grasas y la Incorporación oportuna de cereal de trigo o avena y del huevo. Las actitudes y prácticas hacia la alimentación durante la etapa de lactante, fueron adecuadas. **Conclusión:** Existe deficiencia en el conocimiento de la alimentación del lactante, por parte de los pediatras encuestados, lo que requiere se implementen estrategias formativas en el área.

**Palabras clave:** Lactancia materna; Alimentación complementaria; Especialista en puericultura y pediatría; Conocimientos; Actitudes; Prácticas.

## ABSTRACT

**Introduction:** Infant feeding is part of the practices of breastfeeding (BF) and complementary feeding (CA), with a broad consensus on the promotion of BF exclusively, while for CA, in terms of its start, forms and foods to introduce, there are extensive discussions. For this reason, it is relevant to know what knowledge, attitudes and practices, handle the specialist staff in childcare and pediatrics, towards infant feeding, which is the objective of this research. **Material and methods:** Descriptive, cross-sectional research of a sample of pediatricians from Mérida, Venezuela, during the year 2020, using a survey on infant feeding. **Results:** 52 pediatricians participated, most of whom were over 40 years of age and female, with experience of raising children and mixed professional practice (public-private). The main sources of information were congresses and courses. With regard to knowledge about feeding during the infant stage, practically all the pediatricians presented intermediate knowledge (96.2%; n = 50), with weaknesses regarding: the ideal age for weaning, age of initiation of complementary feeding, portions according to age, fat addition and timely incorporation of wheat or oat cereal and egg. Attitudes and practices towards feeding during the infant stage were adequate. **Conclusion:** There is a deficiency in the knowledge of infant feeding by the pediatricians surveyed, which requires the implementation of training strategies in the area.

**Keywords:** Breastfeeding; Complementary feeding; Child care and paediatrics specialist; Knowledge; Attitudes; Practices.

## INTRODUCCIÓN

Se reconoce en la literatura internacional que la alimentación al inicio de la vida, sobre todo durante los dos primeros años, tiene una influencia directa sobre la calidad de vida de las personas. Dicha influencia se va a manifestar en toda la extensión de su ciclo vital como factor protector o factor de riesgo de padecer enfermedades prevenibles.

El estado nutricional de un niño menor de dos años de edad, y su sobrevivencia hasta los 5 años, depende directamente de sus prácticas de alimentación, esencial para asegurar que alcance todo su potencial de desarrollo. Por tanto, para mejorar la salud y el desarrollo de los niños entre 0 y 23 meses de edad es crucial mejorar sus prácticas de alimentación (1). Se ha documentado en muchos países, que el período de la alimentación complementaria, de los 6 a los 23 meses de edad, es el momento donde existe un pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas (2).

Dos acciones fundamentales coexisten en la alimentación del niño menor de dos años: la lactancia materna y la alimentación complementaria. La lactancia materna representa la columna central de una buena alimentación, que debiese ser complementada, a partir los seis meses de edad con otros alimentos, que deben ser adecuados, para aprovechar el máximo del potencial de crecimiento y desarrollo determinado genéticamente en el niño (3,4).

Se ha estimado que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la lactancia materna no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de la "carga" de enfermedades entre los niños menores de 5 años (5,6). El logro de la cobertura universal de una lactancia materna óptima podría evitar, globalmente, el 13% de las muertes que ocurren en los niños menores de 5 años, y que las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años (7).

En este sentido, es relevante reconocer a la lactancia materna (LM) y alimentación complementaria (AC), como una práctica social, resultante de la mezcla de saberes médicos y populares, que participan en la construcción de los hábitos alimentarios de los menores de dos años (8). Múltiples autores han demostrado que los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación de lactantes, están influenciados por el conocimiento natural, costumbres y cultura popular, que se comunica en el círculo cercano de acompañamiento social de la madre, formado en especial, de otras madres, abuelas y mujeres de la familia; y por factores propios de la madre cuidadora como la edad, paridad, nivel de instrucción o condición socio-económica (9,10).

Por su parte, los saberes médicos transmitidos por los proveedores de atención de salud juegan un rol clave en delinear la forma cómo se promueve y sustenta dicha práctica. Así, desde los obstetras, personal de enfermería que atiende áreas pediátricas y por supuesto, a los pediatras en su rol puericultor, les corresponde

estar capacitados, sensibilizados y entrenados para orientar asertivamente a la madre cuidadora en la tarea de alimentar a su hijo.

Es en las consultas pediátricas, sobre todo, en las relacionadas con los controles del niño sano, donde se hacen recomendaciones con relación a la alimentación (tipo de alimento, forma e intervalo de administración, porciones y consistencia según edad, introducción de alimentos distintos a la leche, introducción controlada de alimentos alergenizantes, etc.) en el marco de un seguimiento detallado y continuo que incluye la valoración nutricional y del desarrollo (11,12). Sin embargo, cada oportunidad de contacto del pediatra con el binomio madre e hijo, aun en situación de enfermedad, debe aprovecharse para ofrecer recomendaciones en el área nutricional.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Se reconoce que a diferencia de lo que ha ocurrido con la leche materna o con las fórmulas infantiles, sobre la alimentación complementaria (AC) existe escasa investigación sobre el conocimiento, actitudes y prácticas del pediatra. Esta situación se hace evidente en la gran variación en las recomendaciones y propuestas que sobre la AC se realizan, pese a los esfuerzos por generar pautas técnicas por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS, por sus siglas en inglés), la Academia Americana de Pediatría (AAP), la Sociedad Europea de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica (ESPGHAN), la Asociación Mexicana de Pediatría (AMP) y en nuestro país la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP). Estos conocimientos, propensiones y prácticas del personal especializado en la puericultura, son fundamentales para que se logre

la acepción general de que la lactancia materna (LM) durante los primeros meses de vida, seguida por una AC correcta, sean los objetivos prioritarios en las políticas sanitarias infantiles (13).

Así, en relación a la LM, Schanler, O'Connor y Lawrence, valoraron las actitudes y prácticas de un grupo de pediatras con respecto a la promoción de la LM con apoyo de la Academia Americana de Pediatría a través de una encuesta a 1602 pediatras activos, con un 71% de respuestas, para identificar el nivel educativo sobre LM. Se reportó que la práctica de LME durante el primer mes de vida fue recomendada solo por el 65% y el 37% durante el primer año. La mayoría de los pediatras estuvieron de acuerdo sobre la afirmación de que la LM y la fórmula son métodos igualmente aceptables para alimentar a los bebés. La mayoría de los encuestados no se habían actualizado en los últimos 3 años y señalaron la necesidad de formación en el área (14).

Taveras et al, indagaron sobre las opiniones y prácticas de los médicos clínicos en relación con la prescripción de lactancia materna exclusiva a madres que estaban amamantando a las 4 y a las 12 semanas posparto, encontrando que las prácticas y opiniones específicas de los pediatras y enfermeras se relacionaban con la probabilidad de continuación en forma exclusiva, de la lactancia materna entre sus pacientes. Así mismo, se encontró que un número importante de clínicos recomendaban a las madres, la suplementación con fórmula, lo que implicaba que los mismos, les enviaban una señal vinculada con la no valoración adecuada de la

LME. Otro hallazgo relevante se refirió a las inseguridades que presentan los clínicos, para apoyar la lactancia materna, lo que pareciera estar influenciado por el tiempo limitado que tienen para abordar dicha problemática durante las visitas preventivas (15).

Feldman-Winter L, Szucs K, Milano A et al, valoran la tendencia en el tiempo en cuanto a las actitudes y prácticas de LM durante dos décadas, 1995-2014, con el hallazgo de que las recomendaciones y prácticas de los pediatras se encuentran más estrechamente alineadas con las políticas de la AAP (16).

Melin, Björklund y Zwedberg, estudiaron la experiencia de pediatras laborales, con respecto a la LM, encontrando que para los mismos, es un tema de interés, no obstante, perciben que existe una comunicación inadecuada con el personal de enfermería, requiriendo una mejor colaboración con dicho personal, sobre todo, con los aspectos prácticos de la LM (17).

El elevado número de niños desnutridos en una población tiene consecuencias en el desarrollo del país. Para mejorar esta situación, las madres y las familias requieren de apoyo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Los profesionales de la salud pueden desempeñar un rol importante para brindar dicho apoyo, influenciando las decisiones relacionadas con las prácticas alimentarias de las madres y las familias.

Si bien son conocidas las bondades ontológicas de la lactancia materna, capaz de cubrir por si misma las necesidades nutricionales y energéticas del recién nacido y lactante hasta los 2 años de edad, ofrecer protección inmunológica prestada de la madre, estimular el crecimiento cerebral y generar una relación de apego madre-hijo; y de la alimentación complementaria con sus características técnicas y adaptadas al entorno en que vive el niño, como experiencia sensorio-motora y social, ambas garantes de salud no solo en la primera infancia sino a lo largo de la vida del sujeto, sería deseable conocer como el pediatra las promueve y recomienda partiendo de sus conocimientos técnicos sobre el tema (18, 19).

Por tanto, la presente investigación se direcciona hacia la descripción de los conocimientos, actitudes y prácticas que sobre la alimentación del lactante, son recomendadas por el personal especializado en puericultura y pediatría, bajo la presunción de que los mismos, varían según el conocimiento y experiencia personal, muchas veces al margen de los consensos científicos y de la realidad social del niño, y cuyas debilidades son susceptibles de corrección.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Describir el nivel de conocimientos y las principales actitudes y prácticas de un grupo de pediatras del estado Mérida, en cuanto a la alimentación del niño, durante su primer año de vida.

### Objetivos específicos:

1. Establecer las características demográficas de la población estudiada.
2. Determinar las fuentes de información de los pediatras sobre la alimentación en el lactante.
3. Precisar el nivel de conocimiento de los pediatras sobre la alimentación en el lactante
4. Determinar las actitudes y prácticas más frecuentes y acertadas en relación a la alimentación de los lactantes, que manejan la población de pediatras estudiados.
5. Establecer la relación entre nivel de conocimiento, actitudes y prácticas adecuadas de la alimentación de lactantes que posee la población de pediatras con sus características demográficas y académicas.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Tipo y modelo de investigación**

Observacional, descriptivo, de corte transversal.

### **Población y muestra**

La población estudiada estuvo constituida por todos los especialistas en puericultura y pediatría, quienes ejercen su profesión en el eje metropolitano del estado Mérida, para el año 2.020 (Municipio Libertador, Municipio campo Elías, Municipio Santos Marquina y Municipio Sucre), tanto en el sistema público como privado. A partir de dicha población, se tomó una muestra intencional, que consistió en todos aquellos pediatras que pudieron ser encuestados presencialmente, independientemente de su edad, sexo y años de ejercicio profesional. La muestra estuvo constituida por el 90% de los pediatras en ejercicio en esta área geográfica.

### **Procedimientos y métodos**

La investigación consistió en contactar a los pediatras que ejerzan su profesión en el eje metropolitano de Mérida. Se les realizó una presentación breve de los objetivos de la investigación y se les solicitó su consentimiento informado por escrito, para participar en la misma, ofreciendo confidencialidad al encuestado. Posteriormente, los pediatras respondieron la encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas que los mismos tienen, sobre la alimentación en el lactante, en forma autoadministrada, encuesta de respuesta cerrada, estandarizada,

validada previamente por tres expertos y aplicada por la investigadora. En dicha encuesta se recogió la siguiente información:

- **Aspectos demográficos y académicos:** Edad, sexo, experiencia parental (tiene o no hijos), tiempo de ejercicio, universidad donde estudió, tipo de ejercicio (público, privado, mixto).

- **Fuentes de información:** Congresos, cursos, redes sociales, revistas científicas, libros, etc.

- **Conocimiento sobre lactancia materna y alimentación complementaria:**

Alimento ideal en menores de 6 meses de edad, tiempo recomendado de lactancia materna, ventajas de la lactancia materna, edad ideal de inicio de alimentación complementaria, raciones, consistencia, frecuencia de alimentación, alimentos recomendados para el inicio, sitio ideal de administración de las comidas, proporción ideal de proteínas, incorporación de alimentos reconocidos alergizantes (huevo, cítricos, pescado, cereales).

Se consideró que el conocimiento en esta área fue alto si respondía acertadamente el 75% de las preguntas, intermedio si respondía del 50 al 75% de las preguntas acertadamente y bajo, con respuestas acertadas en menor al 50%.

- **Actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación de menores de un año.** Se evaluó la frecuencia de recomendación de actitudes y prácticas en la alimentación de lactantes, considerándose aspectos como: acompañamiento y conversación del niño mientras come, que el niño participe activamente en su

alimentación, que coma obligado, que se le castigue por no comer o se le premie con golosinas. Dentro de las practicas se insistió en la frecuencia de recomendar la higiene de los alimentos, lavado de manos para preparar y administrar los alimentos, hervido del agua, oferta de alimentos con taza y cuchara, consumo de alimentos crudos. La ponderación se realizó con ayuda de una escala de Likert con cinco categorías temporales: Siempre, frecuentemente, poco frecuente, ocasionalmente o nunca; que puntuaban en un rango de 1 a 5 puntos.

### **Sistema de variables**

#### *Variables demográficas:*

- Edad: en años.
- Sexo: Masculino y femenino.
- Hijos: Sí y No.

#### *Variables independientes:*

- Año de graduación como especialista en puericultura y pediatría.
- Universidad de graduación.
- Tenencia de otra especialidad.
- Ubicación de ejercicio profesional.
- Fuente de información sobre la alimentación del niño en el primer año de vida.

*Variables dependientes:*

- Conocimientos de los pediatras sobre alimentación en lactantes.
- Actitudes de los pediatras sobre alimentación en lactantes.
- Prácticas de los pediatras sobre la alimentación del lactante.

### **Análisis estadístico**

Con la información recopilada en el instrumento de recolección de datos diseñado para tal fin (ver anexos), se realizó la base de datos con el programa Statistical Package for the Social Science, versión 15.0 (S.P.S.S). Se utilizó para el análisis descriptivo de las variables tablas de frecuencia con cifras absolutas y porcentajes. Para el análisis inferencial, se utilizó el estadístico Chi cuadrado de Pearson, con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ ; para establecer la asociación entre variables.

## RESULTADOS

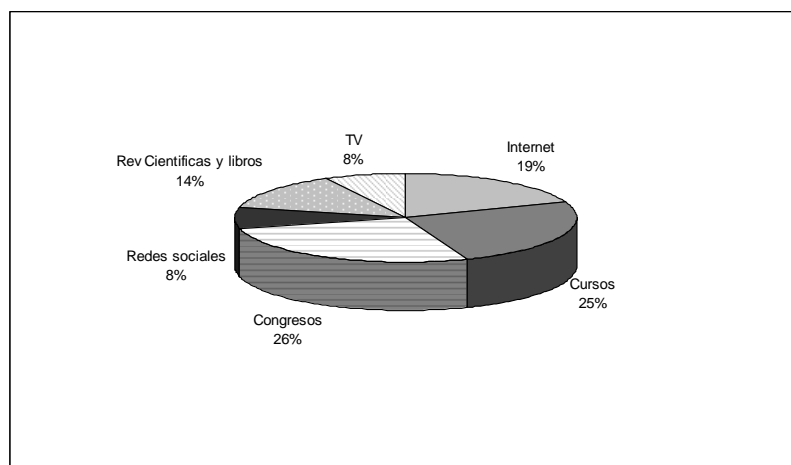
Se invitaron a participar en el estudio a 58 pediatras puericultores que ejercen profesionalmente en el área metropolitana de Mérida, aceptando participar 52 de ellos, de los cuales el 75% (n=39) eran femeninos. La distribución por categorías de edad, mostró un 75,0% (n=39) con edades mayores a los 41 años, seguido por el 17,3% (n=9), entre 36-40 años. El 63,5% (n=33) tiene y vive con sus hijos y por tanto, tiene experiencia de crianza. Al indagar sobre aspectos académicos como el tiempo de graduado, el 48,0% (n=25) respondieron más de 21 años de graduados, seguido por el 21,2% (n=11), teniendo entre 11 a 20 años de graduados. La Universidad donde realizaron estudios de especialidad en puericultura y pediatría fue la Universidad de Los Andes (ULA) con un 82,7% (n=43), seguido por Otras universidades, con el 17,3% (n= 9). El 55,8% de los encuestados tenía una subespecialidad en el área pediátrica. En relación a la ubicación de ejercicio profesional, el 69,2% (n= 36) respondieron laborar, tanto en los sectores públicos, como en los privados; es decir, tienen una ubicación profesional mixta (Tabla 1).

Las fuentes de información de los pediatras sobre LM y AC, más frecuentes, fueron los Congresos 26,9% (n= 14), seguido por los Cursos en un 25% (n=13) (Gráfico 1).

**Tabla 1. Variables socio-demográficas y académicas de la población encuestada**

<b>Categorías para los pediatras estudiados</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Edad</b>		
< 30 años	1	1,9
31 a 35 años	9	17,3
36 a 40 años	3	5,8
> 41 años	39	75,0
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	13	25,0
Femenino	39	75,0
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
<b>Tenencia de hijos</b>		
Sí	33	63,5
No	19	36,5
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
<b>Años de graduado</b>		
5	8	15,4
6-10	8	15,4
11-20	11	21,2
Más de 21	25	48,0
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
<b>Universidad de graduación</b>		
ULA	43	82,7
UDO	1	1,9
UCV	2	3,8
Otra	6	11,6
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
<b>Tenencia de otra especialidad</b>		
Sí	29	55,8
No	23	44,2
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
<b>Ubicaciones del ejercicio profesional</b>		
Público	11	21,2
Privado	5	9,6
Mixto	36	69,2
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Formato de recolección de datos



Fuente: encuesta realizada

**Gráfico 1. Fuentes de información sobre lactancia materna y alimentación complementaria de pediatras encuestados**

**Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre alimentación, actitudes y prácticas de alimentación en lactantes**

Categorías para los pediatras estudiados	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Conocimiento</b>		
Intermedio	50	96,2
Bajo	2	3,8
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
<b>Actitud</b>		
Adecuada	51	98,1
Inadecuada	1	1,9
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
<b>Prácticas</b>		
Adecuadas	52	100,0
Inadecuadas	-	-
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Formato de recolección de datos

En cuanto al nivel de conocimiento, por parte de los pediatras estudiados, sobre la alimentación en lactantes, el 96,2% (n=50) se catalogaron en un nivel intermedio del mismo, mientras que sólo un 3,8% (n= 2), estuvieron en un nivel bajo. Para la

actitud, igualmente, de los pediatras estudiados, hacia la alimentación del lactante, el 98,1% (n=51), presentaron una actitud adecuada. Finalmente, para la prácticas de alimentación, el 100% (n= 52), estuvieron en un nivel de destrezas adecuadas (Tabla 2).

Al valorar las respuestas en relación con el nivel de conocimiento de los pediatras encuestados, de las diecinueve preguntas realizadas, en nueve de ellas, escogieron mayoritariamente, la opción correcta, mientras que en cuatro, la respuesta correcta estuvo en un sector límite; es decir, el porcentaje que escogieron la opción correcta estuvo entre un 50-70%, y en las seis restantes, hubo predominio de las respuestas incorrectas (Tabla 3).

Los resultados de las reacciones a los ítems de actitudes, mostraron fuerte tendencia hacia la presentación de un comportamiento adecuado, por parte de los pediatras encuestados (Tabla 4).

En general, de acuerdo con las respuestas emitidas por los pediatras encuestados, los mismos tienen prácticas higiénicas adecuadas con respecto a la alimentación del lactante. No obstante, se destaca que la conducta de ofrecer alimentos crudos al niño, presentó variabilidad en su expresión (Tabla 5).

**Tabla 3. Conocimiento de los pediatras estudiados sobre alimentación en el lactante. Relación de respuestas adecuadas e inadecuadas**

Área de conocimiento	Adecuado		Inadecuado	
	n	%	n	%
Ventajas buena alimentación en menores de un año de edad	52	100,0	-	-
Alimento ideal menores de seis meses	52	100,0	-	-
Edad ideal para destete	20	38,5	32	61,5
Ventajas de lactancia materna	52	100,0	-	-
Qué es alimentación Complementaria	37	71,2	15	28,8
Inicio alimentación complementaria	20	38,5	32	61,5
Porción ideal de un niño de seis meses	12	23,1	40	76,9
Raciones diarias de niño de seis meses	39	75,0	13	25,0
Alimento ideal para inicio alimentación complementaria	31	59,6	21	40,4
Aporte semanal proteínas a los ocho meses	33	63,5	19	36,5
Menú ideal para un niño de nueve meses	45	86,5	7	13,5
Consistencia de alimentos por edad	41	78,8	11	21,2
Edad de incorporación a olla familiar	43	82,7	9	17,3
Cantidad ideal de comida a los doce meses	28	53,8	22	46,2
Adición de grasas a los alimentos	17	32,7	35	67,3
Incorporación de cítrico a dieta	34	65,4	18	34,6
Incorporación de pescado a dieta	38	73,1	14	26,9
Incorporación cereal de trigo o avena	14	26,9	38	73,1
Edad inicio consumo de huevo	20	38,5	32	62,5

Fuente: Formato de recolección de datos

**Tabla 4. Actitudes de los pediatras estudiados hacia la alimentación en lactantes.**

Actitudes valoradas	Siempre		Frecuente		Poco frecuente		Ocasional		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conversa con el niño mientras come	35	67,3	12	23,1	4	7,7	1	1,9	-	-
Lo deja que participe para alimentarse	33	63,5	17	32,7	-	-	2	3,8	-	-
Lo premia con golosinas	-	-	-	-	1	1,9	7	13,5	44	84,6
Lo obliga a comer	-	-	-	-	5	9,6	5	9,6	42	80,8
Lo castiga si no come	-	-	-	-	1	1,9	2	3,8	49	94,3

Fuente: Formato de recolección de datos

**Tabla 5. Prácticas higiénicas de los pediatras estudiados sobre la alimentación en lactantes.**

Tipo de práctica	Siempre		Frecuente		Poco frecuente		Ocasional		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lava los alimentos	50	96,2	2	3,8	-	-	-	-	-	-
Tapa alimentos luego de prepararlos	48	92,3	3	5,8	1	1,9	-	-	-	-
Se lava las manos antes de dar de comer	50	96,2	2	3,8	-	-	-	-	-	-
Hierve el agua de beber	50	96,2	2	3,8	-	-	-	-	-	-
Lava las manos del niño antes de comer	51	98,1	-	-	1	1,9	-	-	-	-
Ofrece alimentos crudos	8	15,4	11	21,1	8	15,4	7	13,5	18	34,6
Ofrece alimentos con taza y cuchara	39	75,0	11	21,2	1	1,9	1	1,9	-	-

Fuente: Formato de recolección de datos

Al realizar el análisis inferencial de la información obtenida, no se precisan asociaciones estadísticamente significativas entre las variables demográficas y académicas (edad, sexo, tenencia de hijos, años de graduado, especializaciones o lugar de ejercicio profesional o fuente de información) y el nivel de conocimientos y actitudes sobre alimentación en el lactante (Tablas 6 y 7). En relación a las

prácticas, las cuales se reportan como manejadas en forma adecuada, por la totalidad del grupo, lo que no permite el cálculo de dichas asociaciones.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

**Tabla 6. Asociación entre variables demográficas y académicas con el nivel de conocimiento sobre la alimentación en el lactante**

Variables de los pediatras	Nivel de conocimiento - Alimentación en el lactante						p*
	Intermedio		Bajo		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Edad</b>							
Menor de 30 años	1	2,0	-	-	1	1,9	0,875
31-35 años	9	18,0	-	-	9	17,3	
36-40 años	3	6,0	-	-	3	5,8	
Mayor de 41 años	37	74,0	2	100,0	39	75,0	
<b>Total</b>	50	100,0	2	100,0	52	100,0	
<b>Sexo</b>							
Masculino	12	24,0	1	50,0	13	25,0	0,441
Femenino	38	76,0	1	50,0	39	75,0	
<b>Total</b>	50	100,0	2	100,0	52	100,0	
<b>Tenencia de hijos</b>							
Sí	32	64,0	1	50,0	33	63,5	0,602
No	18	36,0	1	50,0	19	36,5	
<b>Total</b>	50	100,0	2	100,0	52	100,0	
<b>Años de graduado</b>							
Cinco	8	16,0	-	-	8	15,4	0,523
Cinco a diez	8	16,0	-	-	8	15,4	
Once a veinte	11	22,0	-	-	11	21,2	
Más de veintiuno	23	46,0	2	100,0	25	48,0	
<b>Total</b>	50	100,0	2	100,0	52	100,0	
<b>Tenencia de sub-especialidad</b>							
Sí	28	56,0	1	50,0	29	55,8	0,694
No	22	44,0	1	50,0	23	44,2	
<b>Total</b>	50	100,0	2	100,0	52	100,0	
<b>Sitio ejercicio Profesional</b>							
Publico	11	22,0	-	-	11	21,2	0,630
Privado	5	10,0	-	-	5	9,6	
Mixto	34	68,0	2	100	36	69,2	
<b>Total</b>	50	100,0			50	100,0	

Fuente: Formato de recolección de datos; \* Significancia si:  $p < 0,05$  (prueba chi-cuadrado)

### Cuadro 7. Asociación entre variables demográficas, académicas y nivel de actitud hacia la alimentación en el lactante

Variables de los pediatras	Nivel de actitud - Alimentación en el lactante						p*
	Adecuada		Inadecuada		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Edad</b>							
Menor de 30 años	1	2,0	-	-	1	1,9	0,952
31-35 años	9	17,6	-	-	9	17,3	
36-40 años	3	5,9	-	-	3	5,8	
Mayor de 41 años	38	74,5	1	100,0	39	75,0	
<b>Total</b>	51	100,0	1	100,0	52	100,0	
<b>Sexo</b>							
Masculino	13	25,5	-	-	13	25,0	0,750
Femenino	38	74,5	1	100,0	39	75,0	
<b>Total</b>	51	100,0	1	100,0	52	100,0	
<b>Tenencia de hijos</b>							
Sí	33	64,7	-	-	33	63,5	0,365
No	18	35,3	1	100,0	19	36,5	
<b>Total</b>	51	100,0	1	100,0	52	100,0	
<b>Años de graduado</b>							
Cinco	8	15,7	-	-	8	15,4	0,777
Cinco a diez	8	15,7	-	-	8	15,4	
Once a veinte	11	21,6	-	-	11	21,2	
Más de veintiuno	24	47,0	1	100,0	25	48,0	
<b>Total</b>	51	100,0	1	100,0	52	100,0	
<b>Tenencia de sub-especialidad</b>							
Sí	28	54,9	1	100,0	29	55,8	0,558
No	23	45,1	-	-	23	44,2	
<b>Total</b>	51	100,0	1	100,0	52	100,0	
<b>Sitio de ejercicio profesional</b>							
Público	11	21,6	-	-	11	21,2	0,797
Privado	5	9,8	-	-	5	9,6	
Mixto	35	68,6	1	100,0	36	69,2	
<b>Total</b>	51	100,0	1	100,0	52	100,0	

Fuente: Formato de recolección de datos; \* Significancia si:  $p < 0,05$  (prueba chi-cuadrado)

## DISCUSIÓN

Son los profesionales de la salud, y en especial los pediatras, quienes tienen a su cargo brindar información y apoyo para garantizar el estado nutricional de los niños en edad lactante, influenciando las decisiones relacionadas con las prácticas y actitudes alimentarias de las madres y su prole, mas aun en los primeros dos años de vida donde se organizan los hábitos alimentarios para toda la vida.

Fueron enrolados para este estudio 52 pediatras, en su gran mayoría mayor de 40 años y femenina, con experiencia de crianza de hijos, ejercicio profesional mixto en el área mayor a 21 años y formada en la Universidad de los Andes, como especialistas en más de la mitad del grupo.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

La población encuestada señala como principales fuentes de información a los Congresos y cursos, lo cual se relaciona con la avidez del grupo por la actualización en el tema de manos de expertos en esta área.

Al evaluar las respuestas obtenidas de los pediatras con respecto al conocimiento sobre alimentación durante los dos primeros años de vida del niño, se observó que casi la totalidad de la población tiene un conocimiento que califica como intermedio, siendo pertinente señalar que se identifican debilidades en apartados como: Edad ideal para destete, Edad de inicio de alimentación complementaria, Porciones según edad, Adición de grasas a los alimentos como estrategia de

incremento de aporte calórico, incorporación oportuna de cereal de trigo o avena y huevo.

La población estudiada reconoce a LM como alimento ideal exclusivo en menores de 6 meses por sus ventajas, en concordancia con los enunciados de la OMS y la OPS (2010), que mencionan que la misma brinda beneficios a corto y largo plazo, tanto al niño como a la madre, incluyendo la protección del niño frente a una variedad de enfermedades agudas y crónicas. La lactancia materna debe ser exclusiva en los primeros seis meses de vida, porque proporciona la totalidad de las necesidades energéticas del niño, y posteriormente en combinación con la AC aporta más de la mitad de las necesidades energéticas de 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses (20). Así mismo, la leche materna puede considerarse un órgano inmunológico de transición del recién nacido, al transferir anticuerpos, especialmente IgA secretora y células vivas (macrófagos) con capacidad antiinfecciosa, por lo que disminuye el número y la gravedad de las enfermedades infecciosas, estimula los sistemas enzimáticos y metabólicos específicos, consigue el mayor rendimiento nutritivo con la menor sobrecarga metabólica (20, 21, 22).

En relación a la edad de destete, en dos tercios de los propósitos se detecta confusión. La OMS (20), AAP y consensos de la ESPAGHAN, AMP (23) y SVPP (24), son categóricas al insistir en la necesidad de mantener la LM hasta los dos años de edad, con la finalidad de garantizar un aporte mínimo energético al niño para prevenir la desnutrición, enfermedades infecto-contagiosas y mortalidad

infantil, especialmente en regiones donde las condiciones socio-económicas-culturales no ofrecen otras oportunidades, como por ejemplo en Venezuela.

Si bien tres cuartas partes de la población estudiada conocen de qué se trata la Alimentación complementaria, solo dos tercios puntualizan de acuerdo a la norma técnica su fecha ideal de inicio, que se extiende desde los 4 meses y medio hasta los seis meses de edad. En este período transicional correspondiente al segundo semestre del 1er año de vida del niño, tanto la maduración digestiva como la maduración renal van progresando; avanza también la maduración neurológica. El niño/a adquiere la capacidad de digerir y absorber otros alimentos y es capaz de excretar cargas osmolares sin pérdidas excesivas de agua. El niño duplica el peso del nacimiento, pierde el reflejo de protrusión y se sienta solo; logra la integración de patrones de coordinación óculo motora y viso motora para reconocer una cuchara y prensarla con sus labios; puede deglutir alimentos sólidos, ya es capaz de comenzar a diferenciar las variedades de sabores, texturas y colores de los alimentos. A partir de estos cambios, se puede comenzar en forma gradual la introducción de otros alimentos diferentes de la leche, siendo el momento oportuno de iniciar la alimentación complementaria (25).

Dos tercios de la población estudiada hace recomendación adecuada del tipo de alimento a introducir al iniciar esta etapa, en concordancia con la OMS (20), AEP (26) y SVPP (24), quienes sugieren hacerlo en forma tradicional con papillas espesas de vegetales como apio, zanahoria o papa, utilizando un vegetal por vez, lo cual proveerá estimulación sensorial y miofacial preparatoria para la articulación

de la palabra. Existe una nueva tendencia " *baby led weaning*" en relación a la forma de ofertar los alimentos como sólidos, no triturados, a libre demanda y bajo vigilancia del cuidador, con una oferta senso-perceptual aparentemente más rica (13).

Si bien la pauta técnica asegura que las raciones de alimentos para esta edad deberán administrarse 2 a 3 veces al día y ser complementadas con lactancia materna para garantizar el requerimiento energético-calórico del lactante, esta recomendación solo es dominada por la cuarta parte de los pediatras participantes y en relación a las porciones de inicio en la AC, se deberá tener en cuenta que la cantidad de alimentos que el niño pueda comer en una comida depende de la capacidad o tamaño de su estómago, la cual usualmente es de 30 ml por kg de peso, así se indicara solo 3-4 cucharadas por comida a los 6 meses. Un lactante entre 6-8 meses de edad, necesita 2-3 comidas al día y un lactante entre 9-23 meses necesita 3-4 comidas al día. Dependiendo del apetito del niño, se le puede ofrecer 1-2 'meriendas' nutritivas. La transición de 2 a 3 comidas y de porciones pequeñas a más grandes, ocurre de manera gradual entre estas edades, dependiendo del apetito del niño y de cómo él o ella se está desarrollando (20).

En la AC deberá cuidarse el aporte proteico, siendo la recomendación técnica la introducción de proteína animal (carne) desde su inicio garantizando suplir las deficiencias de hierro residuales de la LME, aminoácidos esenciales y vitamina B. Esta introducción deberá hacerse en cantidades pequeñas y progresivas, a diario, hasta llegar a 40-60 grs. de carne por ración/día. Según la AEP deberá

introducirse inicialmente el pollo, luego el cordero y finalmente la ternera, dado su grado de digerible (20). En relación a este aspecto, solo dos terceras partes de la población estudiada fueron acertadas.

Se reporta que sólo un tercio de la población estudiada reconoce la posibilidad de hacer incrementos del contenido calórico de los alimentos incorporándoles grasas, a razón de una cucharadita de mantequilla o aceite vegetal, sin incrementos del volumen del alimento y posibilitando porciones pequeñas de alto contenido calórico manejables para la edad del niño. En tal sentido, la grasa no sólo proporcionaría energía, sino que también contribuye a la formación de nuevos tejidos del organismo (27).

Otro aspecto de importancia a señalar es el de la introducción de alimentos conocidos como alergenizantes, en tal sentido se reporta que un poco más de dos tercios de los encuestados conoce pautas de introducción a la dieta de cítricos, huevo y pescado, pero solo un tercio la reconoce para la incorporación de cereales como el trigo y la avena. Partiendo de investigaciones que asocian estos alimentos al desarrollo de alergias o intolerancias futuras, los expertos han justificado la introducción programada de éstos alimentos en la dieta del lactante. Así, en el caso del pescado, de acuerdo con la AEP, no se introducirá antes de los 8 meses por su potencial poder alérgico, aunque su aporte de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (LCPUFAS; por sus siglas en inglés), lo hacen recomendable lo antes posible. En cuanto a los cítricos no existe evidencia científica que fundamente el retraso en el consumo de cítricos hasta el año de

edad; se pueden introducir a partir de los seis meses. Es importante que se ingieran en combinación con otros alimentos para favorecer la absorción de hierro no-heme (27).

Los cereales constituyen el grupo de alimentos con el que más se inicia la alimentación complementaria (28, 29). Los cereales sin gluten aportan principalmente carbohidratos (almidón y polisacáridos), además de vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales, y están suplementados con hierro. Son preparados hidrolizados a base de arroz, maíz o soya, que pueden diluirse de forma instantánea, sin necesidad de cocción, tanto en la leche materna, como en las fórmulas lácteas infantiles, manteniendo un aporte lácteo adecuado. En algunos casos, y si hay rechazo por parte del niño, se pueden añadir a la papilla frutas o al puré de verduras o caldos.

Actualmente, no existe un consenso sobre el mejor momento para introducir el gluten en la alimentación complementaria. Una medida prudente para la introducción del gluten sería hacerlo no antes de los 4 meses, ni después de los 7 meses de vida; independientemente de que el niño tome leche materna o una fórmula láctea infantil (30).

En relación al huevo, es considerado el alimento con mayor valor biológico en sus proteínas; aporta además ácidos grasos esenciales, ácido docosahexaenoico y ácido araquidónico (DHA-ARA), hierro, luteína y vitaminas (31). La yema se puede iniciar desde los 6 meses de edad, y posteriormente la clara de huevo cocida en

cantidades crecientes, debido al alto poder alergénico de la ovoalbúmina que contiene. No es recomendable, por razones nutricionales y de seguridad alimentaria, consumir huevo crudo. Por una parte, el calentamiento facilita la digestión completa de las proteínas del huevo; por otra, previene la deficiencia de biotina, vitamina pobremente absorbida cuando se consume huevo crudo, debido a que este contiene una proteína denominada avidina, que limita la absorción de la biotina (31, 32).

Además, favorece la destrucción de posibles microorganismos contaminantes; se han reportado casos de infección por *Salmonella gallinarum* secundarios al consumo de huevo crudo en los que se ha encontrado contaminación de la yema de huevo por este microorganismo al romper el cascarón del huevo (29).

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Finalmente, con la introducción de un alimento a la vez y la integración de los diferentes grupos de alimentos, un lactante estará consumiendo los grupos básicos de alimentos recomendados (carne, cereales, verduras, frutas y leguminosas); de esta forma, a los siete meses contará ya con tres alimentos de cada grupo, que proporcionarán nutrimentos suficientes en combinación con la leche humana (27).

En relación a las actitudes de los pediatras participantes sobre la alimentación del lactante, se reporta que la totalidad observa una actitud y prácticas adecuadas, recomendando estrategias que hacen del acto de alimentar una experiencia socio-cultural agradable, tendiente a organizar un hábito alimentario saludable.

Por la homogeneidad de la población participante, la cual se desenvuelve en un área geográfica circunscrita bajo la influencia directa de la escuela de Pediatría de la Universidad de Los Andes, no se establecen relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento intermedio, actitudes y prácticas adecuadas y las variables demográficas y académicas estudiadas.

Dada la estructura de esta investigación dirigida a solo pediatras, es difícil considerar comparaciones con otros estudios donde se aborda aspectos relativos a la lactancia materna y/o alimentación complementaria.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La alimentación al inicio de la vida, sobre todo durante los dos primeros años, tiene una influencia directa sobre la calidad de vida de las personas que se hará manifiesta como factor protector o factor de riesgo de padecer enfermedades agudas y crónicas prevenibles.

Se reconoce que el nivel de conocimiento sobre alimentación del lactante de la población estudiada es intermedio, observándose debilidades en aspectos como: edad ideal para destete, Edad de inicio de alimentación complementaria, Porciones según edad, Adición de grasas a los alimentos como estrategia de Incremento de aporte calórico, Incorporación programada de alimentos alergénicos, las cuales son susceptibles de difusión y corrección rápida.

La actitud y prácticas de los pediatras que ejercen en el área metropolitana de Mérida son adecuadas.

No existe asociación estadística entre el conocimiento intermedio, actitudes y prácticas adecuadas de la población estudiada y sus variables demográfico-académicas, observándose en el grupo homogeneidad de criterios relativos a la alimentación del lactante.

Es el pediatra, en su rol puericultor, quien deberá asumir la responsabilidad de cultivar a la madre en su tarea de bien nutrir a su prole en situación y enfermedad.

Se recomienda reforzar el nivel de conocimiento de los pediatras sobre la alimentación de los lactantes, para pasar de un nivel intermedio a uno alto, con lo cual se reafirmarían las actitudes y conductas de los mismos, además de minimizar cualquier brecha existente, sobre las potenciales recomendaciones a comunicar, tanto a las madres de los niños, como al personal de salud formado y en formación.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. 2009. Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza.
2. Dewey KG, Adu-Afarwuah S. Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. *Matern Child Nutr.* 2008 Apr;4 Suppl 1(Suppl 1):24-85.
3. Aguilar L, Casanovas M y Pocona J. Impacto de la enseñanza teórico práctica estructurada de universitarios en su conocimiento y prácticas en la alimentación de menores de dos años. *Cuadernos Hospital de Clínicas.* 2016;57(1):9-17.
4. Pardío-López J. Alimentación complementaria del niño de seis a 12 meses de edad. *Acta Pediatr Mex.* 2012;33(2):80-88.
5. WHO. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008.
6. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet.* 2008 Jan 19;371(9608):243-60.
7. Jones G, Steketee RW, Black RE, et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet.* 2003 Jul 5;362(9377):65-71.
8. Forero Y, Acevedo MJ, Hernández JA, Morales GE. La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes. *Revista chilena de pediatría.* 2018;89(5):612-620.

9. Tutillo Matabay. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la alimentación en madres de niños menores de dos años de edad, Centro de Salud La Vicentina, periodo enero a junio 2019. Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Quito. 2020.
10. Mohsin SS, Shaikh AS. Shaikh R, Haider N, Parkash A. Knowledge attitude and practice of mothers regarding complementary feeding. J Dow Uni Health Sci. 2014;8(1):21-25.
11. Solans A. Promoción de hábitos saludables en la alimentación de los niños. ¿Qué le pasa al pediatra? Arch Argent Pediatr. 2012;110(2):137-143.
12. Faria DPB, Cortez APB, Speridião PGL, Morais MB. Knowledge and practice of pediatricians and nutritionists regarding treatment of cow's milk protein allergy in infants. Rev Nutr. 2018;31(6):535-46.
13. Martínez V, Dalmau S. Alimentación complementaria. Pediatr Integral. 2020;24(2):90-97.
14. Schanler RJ, O'Connor KG and Lawrence RA. Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. Pediatrics. 1999;103:e35.
15. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. Pediatrics. 2004;113:e283-e290.
16. Feldman-Winter L, Szucs K, Milano A, et al. National trends in pediatricians' practices and attitudes about breastfeeding: 1995 to 2014. Pediatrics. 2017;140(4):e20171229.

17. Melin A, Björklund P, Zwedberg S. Pediatrician's experiences of working with breastfeeding: An interview study. *Sexual & Reproductive HealthCare*. 2018;16:218-223. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.008>.
18. Engle P, Bentley M, Pelto G. The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. *Proceedings of the Royal Society*. 2000 Feb;59(1):25-35.
19. Pelto GH, Levitt E, Thairu L. Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and the design of interventions. *Food and Nutrition Bulletin*. 2003 Mar;24(1):45-82.
20. OPS/OMS. 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. 2010. Washington, D.C.: OPS.
21. OMS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 2001. Comercialización y Difusión, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza.
22. de Antonio Ferrer L. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. *Pediatr Integral*. 2015;(4):243-250.
23. Ramos-Velarde E, Villalpando S, Pérez A, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2016;73(5):338-356.
24. Brizuela DN, Márquez JC, Cavada IC, Santiago R. Alimentación complementaria en niños sanos de 6 a 24 meses. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría*. 2013;76(3):128-135.

25. Ministerio de Salud de La Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Guías alimentaria para la población infantil. Consideraciones para los equipos de salud. 2010. Buenos Aires: Argentina.
26. Gómez Fernández-Vegue M. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre La Alimentación Complementaria. Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. 2018.
27. Almarza AL, Martínez BM. Alimentación del lactante sano. En: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP. 2010:311-320.
28. 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. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017 Jan;64(1):119-132.
29. Cuadros-Mendoza CA, Vichido-Luna MA, Montijo-Barrios E, Zárate-Mondragón F, et al. Actualidades en alimentación complementaria. *Acta Pediatr Mex.* 2017;38(3):182-201.
30. Martínez-Ojinaga Nodal E. Gluten y lactancia materna: adiós a la ventana inmunológica. *Evid Pediatr.* 2014;10:58.
31. Perdomo-Giraldi M, Durán FM. Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatr Integral.* 2015;19(4):260-67.
32. Ramírez-Mayans JA, García-Campos M, Montijo-Barrios E. Nutrición en el niño sano. 2007. Instituto Nacional de Pediatría: México.