

# Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos

## Maternal feeding practices in children from 6 to 24 months attended in health facilities in Lima and Iquitos

Nady Rojas-Guerrero<sup>1,a</sup>, Sissy Espinoza-Bernardo<sup>1,b</sup>

<sup>1</sup> Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Licenciada en nutrición, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2072-1097>

<sup>b</sup> Licenciada en nutrición, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9413-7320>

An Fac med. 2019;80(2):157-62 / DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.802.16408>

### Correspondencia:

Nady Fátima Rojas Guerrero  
fatima200199@gmail.com

Recibido: 19 de marzo 2019

Aceptado: 27 de abril 2019

Publicación en línea: 28 de junio 2019

**Conflictos de interés:** Las autoras declaran no tener conflictos de interés

### Fuente de financiamiento:

Autofinanciado

### Contribuciones de autoría:

NRG concibió el problema de investigación, realizó el análisis de datos y redacción del artículo. SEB participó en la revisión temática del proyecto desde su concepción hasta la redacción del artículo.

**Citar como:** Rojas-Guerrero N, Espinoza-Bernardo S. Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos. An Fac med. 2019;80(2):157-62.  
DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.802.16408>

### Resumen

**Introducción.** Las prácticas de alimentación complementaria deficientes tienen un efecto negativo sobre el crecimiento y desarrollo de niños en la infancia. El Perú tiene una amplia diversidad cultural y variada idiosincrasia acerca de la alimentación y nutrición de los niños; sin embargo, existen escasas publicaciones sobre las prácticas de alimentación complementaria según región de residencia. **Objetivo.** Determinar las prácticas maternas de alimentación de niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos. **Métodos.** La unidad de análisis fue la madre de niño de 6 a 24 meses de edad. Se consideró un total de 151 madres en Lima y 168 en Iquitos. Para establecer la relación entre las prácticas de alimentación complementaria y la residencia, se utilizó la prueba Chi cuadrado con un nivel de significancia de 0,05. **Resultados.** 174 (54,55%) fueron mujeres, 191 (59,87%) de los niños tenían entre 12 y 24 meses. Las madres tuvieron una edad mediana de 25 años. Hubo diferencia significativa en el cumplimiento de prácticas de alimentación complementaria entre los niños de ambas comunidades en: lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses ( $p=0,007$ ), dieta mínima aceptable ( $p=0,000$ ) y en el consumo de multimicronutrientes ( $p=0,000$ ). **Conclusiones.** Las diferencias entre las prácticas maternas de alimentación complementaria se evidencian en el incumplimiento de lactancia materna exclusiva y el consumo de multimicronutrientes para niños de Lima, y una mayor frecuencia de incumplimiento de una dieta mínima aceptable para niños de Iquitos.

**Palabras clave:** Fenómenos Fisiológicos Nutricionales del Lactante; Niño; Características de la Residencia; Lactancia Materna; Micronutrientes; Perú (fuente: DeCS BIREME).

### Abstract

**Introduction.** Poor complementary feeding practices have a negative effect on the growth and development of children in early childhood. Peru is a country with a wide cultural diversity and varied idiosyncrasies about the nutrition of children. In that context there are not publications about that topic. It has not been evaluated if there are differences between complementary feeding practices according to the region of residence. **Objective.** Determine the maternal feeding practices of children from 6 to 24 months attended in a health facilities in Lima and Iquitos. **Methods.** The unit of analysis was the mother-child couple. A total of 151 couples were considered in Lima and 168 in Iquitos. To establish the relation between complementary feeding practices and the city of origin, Chi square test with a level of significance of 0,05 was used. **Results.** 174 (54,55%) were female, 191 (59,87%) of the children were between 12 and 24 months old. The mothers had a median age of 25 years. There was a significant difference between the compliance rates of exclusive breastfeeding before 6 months between Lima and Iquitos ( $p = 0,007$ ), compliance with the minimum acceptable diet ( $p = 0,000$ ) and consumption of multimicronutrients ( $p = 0,000$ ). **Conclusions.** The differences between complementary feeding practices for Lima and Iquitos are a higher frequency of non-compliance with exclusive breastfeeding and consumption of multimicronutrients for Lima, and a higher frequency of noncompliance with a minimum acceptable diet for Iquitos.

**Keywords:** Infant Nutritional Physiological Phenomena; Child; Residence Characteristics; Breast Feeding; Micronutrients; Peru (source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

La alimentación complementaria se define como el proceso de introducción de alimentos adicionales a la leche materna y se expresa en las prácticas de alimentación complementaria<sup>1</sup>, las cuales, según la Organización Mundial de la Salud consideran aspectos como el momento de introducción, frecuencia, calidad en términos de consistencia, diversidad y composición de una dieta mínima aceptable brindada entre los 6 meses y los dos años de edad<sup>2</sup>.

Las prácticas de alimentación complementaria deficientes se han relacionado con elevadas tasas de infecciones en la infancia temprana<sup>3,4</sup>, además de tener un efecto negativo sobre el crecimiento y desarrollo en estos años importantes<sup>5</sup>. Incluso con una lactancia materna óptima, los niños padecerán retraso en el crecimiento si no reciben cantidades suficientes de alimentos complementarios de calidad después de los seis meses de edad<sup>6</sup>.

Se ha reportado diferencias entre los determinantes de desnutrición infantil en niños menores de cinco años dentro de los cuales se destaca el lugar de procedencia y las diferencias idiosincráticas, lo cual, se ha expresado claramente en muchos estudios a nivel de la costa y la selva<sup>7</sup>. La diversidad y disponibilidad de productos podría, del mismo modo, tener un impacto sobre la alimentación complementaria brindada en las diferentes regiones del país<sup>8</sup>. En tal contexto, no se ha evaluado si existen diferencias entre las prácticas de alimentación complementaria según la región donde habitan los niños.

El objetivo del presente estudio fue comparar las prácticas maternas de alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses atendidos en centros de salud de Lima e Iquitos. Los resultados pretenden contribuir a replantear las intervenciones y políticas públicas en el ámbito nutricional con el fin de mejorar dichas prácticas, considerando la realidad de cada región en términos idiosincráticos así como la disponibilidad y diversidad de productos alimentarios.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal<sup>9</sup>.

### Población y muestra

La población estuvo conformada por las madres de niños de 6 a 24 meses de edad en periodo de alimentación complementaria, que acudieron a un centro de salud de Iquitos y otro centro de salud de Lima entre marzo y noviembre del 2018. La población total de madres de niños para este periodo de tiempo en el Centro de Salud Bellavista Nanay en Iquitos fue de 301 y para el Centro de Salud Caquetá en Lima fue de 250. Se calculó un tamaño de muestra de madres de niños para cada centro de salud, la fórmula empleada fue la de poblaciones finitas. La población para la proporción aproximada para el cumplimiento de prácticas de alimentación complementaria a considerarse fue de 0,45, según un estudio previo<sup>10</sup>. Se calculó para Iquitos 168 madres de una población total de 301 y para Lima 151 madres de una población total de 250, en dicho periodo de estudio. Los criterios de inclusión fueron: madre de niño o niña de 6 a 24 meses de edad, hijo nacido a término, residente en la localidad donde se ubica el establecimiento de salud, consentimiento de la madre para la participación en el estudio. Se excluyeron del estudio: hijo con afecciones físicas congénitas o adquiridas, hijo enfermo en los últimos 15 días.

### Procedimientos

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista, y como instrumento un cuestionario diseñado y adaptado de la Encuesta de Alimentación Complementaria de UNICEF, la cual, ha sido validada y utilizada en múltiples estudios<sup>10,11,12</sup>. Se utilizó dicho instrumento por ser entendible, práctico, rápido y eficaz, además de utilizar un lenguaje sencillo para las madres. Este instrumento evalúa el cumplimiento o incumplimiento según lo referido por la madre para las siguientes dimensiones: lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses; lactancia materna continua al año de vida; introducción de alimentos sólidos, semi-sólidos o suaves; diversidad alimentaria mínima; frecuencia mínima de comidas

según edad; dieta mínima aceptable; y consumo de suplemento con multimicronutriente.

El uso de este instrumento permite la aplicación masiva en corto tiempo y la obtención de información sobre una amplia variedad de dimensiones. El cuestionario aplicado fue validado por jueces expertos con un valor de concordancia de 0,9473. Las prácticas de alimentación complementaria se definieron como "alimentación de los niños cuando la leche materna no es suficiente y son necesarios otros alimentos y líquidos para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante"<sup>6</sup> y se operacionalizó basándose en las dimensiones de la Encuesta de Alimentación Complementaria de UNICEF. Las variables se categorizaron en base a su cumplimiento o incumplimiento según los resultados de la encuesta.

El instrumento aplicado se estructuró de la siguiente manera: presentación en la cual se mencionaron los objetivos del mismo, la importancia de la investigación para la persona encuestada y los agradecimientos. La segunda parte contenía el desarrollo del instrumento: datos sociodemográficos del niño y la madre; y preguntas de prácticas de alimentación complementaria. Previamente a la aplicación del cuestionario, se realizó el consentimiento informado a la entrevistada. Asimismo, se garantizó la confidencialidad de los datos.

### Aspectos éticos y análisis estadístico

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Se elaboró una base de datos con Microsoft Excel 2016. Todos los datos fueron procesados con el software estadístico IBM SPSS versión 24. Se realizó el análisis exploratorio de datos. Para las variables cuantitativas se utilizó la media y la desviación estándar como medida de resumen y para las variables cualitativas, frecuencias y porcentajes. Se realizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para definir la medida de resumen a utilizar para las variables cuantitativas. Se utilizó la media y la desviación estándar

en el caso de que la variable tuviera una distribución normal; por otra parte, la mediana y los rangos intercuartílicos en el contexto de no seguir una distribución normal. Para establecer la relación entre las variables de prácticas de alimentación complementaria con la ciudad de procedencia, se utilizó la prueba Chi cuadrado con un nivel de significancia estadístico de 0,05.

## RESULTADOS

Se evaluó a un total de 319 madres de niños de entre 6 y 24 meses; 151 fueron de Lima y 168 de Iquitos. Del total de niños, 174 (54,55%) fueron de género femenino. Por otra parte, 191 (59,87%) de los niños tenían entre 12 y 24 meses. Para Lima, la edad mediana de los niños fue de 13 meses con un rango intercuartílico de entre 9 y 19 meses; para Iquitos, la edad mediana fue 12 meses, con un rango intercuartílico de entre 8 y 16 meses, tal como se muestra en la figura 1. Respecto al peso al nacer, mediana para Lima fue de 3,34Kg con un rango intercuartílico de entre 2,98 y 3,64Kg; para Iquitos, la mediana del peso al nacer fue 3,25Kg con un rango intercuartílico de entre 2,98 y 3,45Kg, como se muestra en la figura 2. Un total de 215 (67,4%) niños tuvieron un peso al nacer de entre 3,00 y 3,99kg. Otros datos sociodemográficos se muestran en la tabla 1.

Con respecto a las madres de los 319 niños, tuvieron una edad mediana de 25 años con rango intercuartílico de entre 21 y 31 años. En relación con los rangos

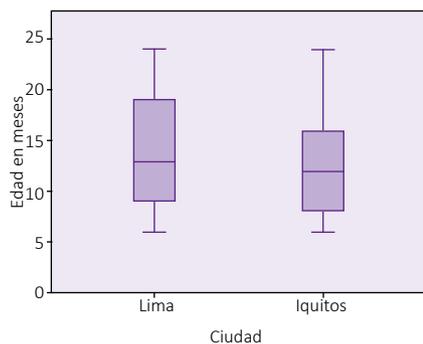


Figura 1. Distribución de la edad de 319 niños de entre 6 y 24 meses, atendidos en centros de salud de Lima e Iquitos, 2018.

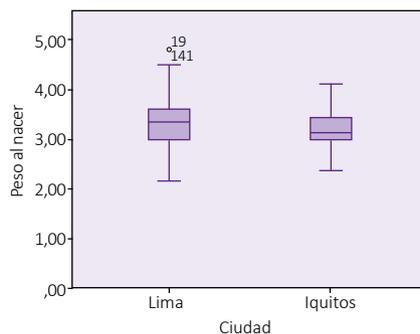


Figura 2. Distribución del peso al nacer de 319 niños de entre 6 y 24 meses, atendidos en centros de salud de Lima e Iquitos, 2018.

de edad, hubo mayor frecuencia de madres jóvenes con edades de entre 16 a 19 años en Iquitos. El grado de instrucción fue de secundaria en 207 madres (64,89%). Por otra parte, su estado civil fue conviviente en 252 (79%); de ocupación, ama de casa en 243 (76,18%). En cuanto al número de hijos, 189 (59,25%) tenían solo un hijo. Otros datos sociodemográficos de las madres se muestran en la tabla 2.

Respecto al cumplimiento de las prácticas de alimentación complementaria se encontró que para Lima la diversidad alimentaria mínima fue la práctica con mayor cumplimiento con 139 (92,05%) y el consumo de multimicronutriente fue la práctica de menor cumplimiento con 72 (47,68%). Para Iquitos, la práctica de mayor cumplimiento fue la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses

con 150 (89,29%) y la práctica con menor cumplimiento fue la lactancia materna continua al año de vida con 107 (63,69%) de frecuencia, tal como se muestra en la tabla 3.

En la comparación de las prácticas de alimentación complementaria, se encontró que hubo diferencia significativa entre las frecuencias del cumplimiento de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses entre Lima e Iquitos ( $p=0,007$ ) con un cumplimiento para Lima de 118 (78,17%) y para Iquitos de 150 (89,29%). A su vez, se encontró diferencia significativa en el cumplimiento de la dieta mínima aceptable ( $p=0,000$ ). Así, para Lima 135 (89,40%) y para Iquitos 117 (69,64%) cumplen la dieta mínima aceptable. Finalmente, se encontró diferencia significativa en el consumo de multimicronutrientes ( $p=0,000$ ) con un cumplimiento de 72 (47,68%) para Lima y 129 (76,59%) para Iquitos. Tabla 3.

## DISCUSIÓN

El estudio realizó una comparación entre las prácticas maternas de alimentación complementaria de niños de Lima e Iquitos, teniendo la consideración respecto a las diferencias idiosincráticas y la disponibilidad de productos en dos localizaciones geográficas distintas, lo cual, se ha relacionado previamente con diferencias notables de dichas prácticas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de 319 niños de entre 6 y 24 meses, atendidos en centros de salud de Lima e Iquitos, 2018.

	Lima		Iquitos		Total	
	n=151	(%)	n=168	(%)	n=319	(%)
<b>Sexo</b>						
Femenino	78	(51,66)	96	(57,14)	174	(54,55)
Masculino	73	(48,34)	72	(42,86)	145	(45,45)
<b>Edad</b>						
6-8 meses	29	(19,21)	47	(27,98)	76	(23,82)
9-11 meses	26	(17,22)	26	(15,48)	52	(16,30)
12-24 meses	96	(63,58)	95	(56,55)	191	(59,87)
<b>Peso al nacer</b>						
2,50-2,99 kg	39	(25,83)	47	(27,98)	86	(26,96)
3,00-3,99 kg	96	(63,58)	119	(70,83)	215	(67,40)
> 4,00 kg	16	(10,60)	2	(1,19)	18	(5,64)

**Tabla 2.** Datos sociodemográficos de las madres de 319 niños de entre 6 y 24 meses, atendidos en centros de salud de Lima e Iquitos, 2018.

	Lima		Iquitos		Total	
	n=151	(%)	n=168	(%)	n=319	(%)
Edad M(RIQ)*	25	(21-31)	24,5	(19-32)	25	(21-31)
Grado de instrucción						
Primaria	17	(11,26)	32	(19,05)	49	(15,36)
Secundaria	88	(58,28)	119	(70,83)	207	(64,89)
Superior	46	(30,46)	17	(10,12)	63	(19,75)
Estado civil						
Soltera	22	(14,57)	19	(11,31)	41	(12,85)
Conviviente	111	(73,51)	141	(83,93)	252	(79,00)
Casada	18	(11,92)	8	(4,76)	26	(8,15)
Ocupación						
Ama de casa	96	(63,58)	147	(87,50)	243	(76,18)
Estudia	9	(5,96)	4	(2,38)	13	(4,08)
Trabaja	46	(30,46)	17	(10,12)	63	(19,75)
Nº de hijos						
1 Hijo	101	(66,89)	88	(52,38)	189	(59,25)
2- 3 Hijos	45	(29,80)	59	(35,12)	104	(32,60)
> 4 Hijos	5	(3,31)	21	(12,50)	26	(8,15)

\*M(RIQ): Mediana (Rango intercuartil)

en estudios previos y justifica su comparación con fines de obtener información para posteriores intervenciones en salud pública<sup>11,12</sup>. Se encontraron diferencias significativas en la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, la administración de una dieta mínima aceptable y el consumo de micronutrientes.

En lo referido a la lactancia materna exclusiva, fue la práctica más frecuente en las madres de Iquitos que de Lima. En el contexto peruano, un estudio que considera la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) encontró que la lactancia materna exclusiva en la Costa, sólo llegaba a un 30% y en la selva llegaba a un 69,90%<sup>13</sup>. Dicho estudio establece que otros factores asociados con la lactancia materna exclusiva fueron la procedencia de la selva y el menor nivel educativo de la madre.

En un estudio comparativo realizado en madres de Singapur, país en vías de desarrollo, y Australia, país desarrollado, se encontraron diferencias en cuanto a la administración de lactancia materna exclusiva encontrándose una baja frecuencia en Singapur y una alta frecuencia en

Australia. Adicionalmente esta diferencia se relacionaba de modo inverso con el nivel educativo de las madres<sup>11</sup>. En otro estudio llevado a cabo en Pakistán, la poca educación de las madres ha sido considerada un factor de riesgo de malnutrición en niños menores de un año<sup>14</sup>. Respecto a lo anterior, en nuestro estudio si bien en Lima hubo una mayor frecuencia de madres con educación superior, hubo también una mayor frecuencia de madres que trabajan, lo cual, es una dificultad para la administración de lactancia materna exclusiva, dada la poca frecuencia de empleos que habilitan programas de lactancia para las madres con niños menores de 6 meses en nuestro país<sup>15</sup>. Ello a pesar de que las leyes N° 28896 y N° 27240 establecen que las madres que trabajan tienen derecho a lactarios y un horario de lactancia<sup>16</sup>.

La dieta mínima aceptable para la edad se cumplió mayoritariamente en Lima (89,4%) y sólo llegó al 69,64% en Iquitos. Esta frecuencia es inferior en Iquitos respecto a un estudio en Kenia donde 75,9% de los niños alcanzaban una dieta mínima aceptable<sup>17</sup>; sin em-

bargo, es superior a la evidenciada en Nigeria donde sólo llegan a una dieta mínima aceptable en un 7,3%<sup>18</sup>. La dieta mínima aceptable se relaciona, en muchos casos, con la disponibilidad de productos alimentarios y el nivel de desarrollo económico del lugar de procedencia<sup>19,20</sup>. A nivel de Latinoamérica, en Argentina se compararon las prácticas de alimentación complementaria de un centro público versus un centro privado y se encontró que la dieta mínima aceptable se alcanzó en 41,5% en un centro público versus 70,7% en un centro privado con un  $p > 0,001$ <sup>10</sup>. En este reporte se da evidencia de las diferencias en cuanto a las prácticas de alimentación complementaria en niños con diferentes realidades sociodemográficas, de modo similar a nuestro estudio. Además de lo mencionado, un estudio realizado en Etiopía, país de escasos recursos económicos, encontró que la no administración de una dieta mínima aceptable se relacionó con el bajo nivel educativo de la madre y una edad joven de esta; en ese sentido, existe concordancia con nuestros resultados ya que en Iquitos, las madres eran más jóvenes y había una menor frecuencia de madres con estudios superiores<sup>21</sup>.

Es importante resaltar que la dieta mínima aceptable para la edad se asoció con el soporte social y el empoderamiento de las madres, pues considera aspectos como la calidad y cantidad de los alimentos administrados según la edad, lo cual, requiere de un mínimo de conocimientos para una correcta práctica<sup>22</sup>. A este aspecto se debe agregar la necesidad de contar con el acceso a los productos de primera necesidad<sup>23</sup>.

El consumo de multimicronutrientes como práctica de alimentación complementaria fue mayor en Iquitos (76,59%) que en Lima (47,68%). En términos teóricos, la accesibilidad a los micronutrientes debería ser mayor en zonas con mayores ingresos tal como se evidenció en un estudio en Argentina, donde el consumo de hierro fue mayor en un centro privado con respecto a un centro público<sup>10</sup>. Ello puede estar relacionado con las campañas e intervenciones de salud llevadas a cabo con mayor frecuencia en las provincias del país<sup>24</sup> y con la adherencia de las madres a la utilización de los multimicro-

Tabla 3. Prácticas de alimentación complementaria brindada a 319 niños de 6 a 24 meses, atendidos en centros de salud de Lima e Iquitos, 2018.

	Lima (n=151)		Iquitos (n=168)		Total		Valor
	n=151	(%)	n=168	(%)	n=319	(%)	p
Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses							0,007
Cumple	118	(78,146)	150	(89,286)	268	(84,013)	
No Cumple	33	(21,854)	18	(10,714)	51	(15,987)	
Lactancia materna continua al año de vida							0,322
Cumple	88	(58,278)	107	(63,690)	195	(61,129)	
No Cumple	63	(41,722)	67	(39,881)	130	(40,752)	
Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves							0,358
Cumple	113	(74,834)	133	(79,167)	246	(77,116)	
No Cumple	38	(25,166)	54	(32,143)	92	(28,840)	
Diversidad alimentaria mínima							0,240
Cumple	139	(92,053)	148	(88,095)	287	(89,969)	
No Cumple	12	(7,947)	47	(27,976)	59	(18,495)	
Frecuencia mínima de comidas según edad							0,439
Cumple	135	(89,404)	145	(86,310)	280	(87,774)	
No Cumple	16	(10,596)	48	(28,571)	64	(20,063)	
Dieta mínima aceptable							0,000
Cumple	135	(89,404)	117	(69,643)	252	(78,997)	
No Cumple	16	(10,596)	59	(35,119)	75	(23,511)	
Consumo de multimicronutriente							0,000
Cumple	72	(47,682)	129	(76,786)	201	(63,009)	
No Cumple	79	(52,318)	48	(28,571)	127	(39,812)	

nutrientes, aunque un estudio en Lima sobre conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años mostró una actitud positiva hacia estas prácticas en casi un 65% de las madres encuestadas<sup>25</sup>. Este fue uno de los pocos estudios nacionales que ha evaluado indicadores considerados en el presente estudio.

Una limitación importante en el estudio se sustenta en la imposibilidad de verificar el cumplimiento o incumplimiento de las prácticas maternas de alimentación complementaria, pues el instrumento utilizado se basa exclusivamente en las respuestas de las madres. La naturaleza descriptiva y transversal del estudio limita su contribución según los niveles de evidencia, por lo que las relaciones encontradas deberán ser evaluada en estudios posteriores donde se determine una relación de causalidad para el incumplimiento de prácticas maternas

de alimentación complementaria y será de suma importancia considerar, a futuro, su impacto sobre el estado nutricional de los niños tal como se ha evaluado en otros estudios en otras realidades<sup>26</sup>. Del mismo modo, las discrepancias encontradas como la mayor frecuencia de incumplimiento de lactancia materna exclusiva y consumo de micronutrientes deberán estar sujetas a un análisis que considere otras variables que podrían estar ejerciendo un efecto confusor tales como el nivel educativo de las madres<sup>27</sup>, edad materna<sup>28</sup>, el trabajo de las madres<sup>29</sup>, horas fuera de casa<sup>30</sup>, ruralidad<sup>31</sup>, entre otras.

Concluimos que existen diferencias entre las prácticas de alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 24 meses de Lima e Iquitos y estas son: una mayor frecuencia de incumplimiento de lactancia materna exclusiva y de consumo de multimicronutrientes para Lima, y una mayor frecuencia de incum-

plimiento de una dieta mínima aceptable para Iquitos. Nuestros resultados tendrán importancia para la implementación de programas de promoción de alimentación adecuada y saludable en niños, ello en el ámbito de salud pública, así como en la prevención primaria y secundaria.

## AGRADECIMIENTO

Al personal del Centro de Salud Caquetá en Lima y del Centro de Salud Bellavista-Nanay de Iquitos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, 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;64(1):119-32. DOI: 10.1097/MPG.0000000000001454

2. Cuadros-Mendoza CA, Vichido-Luna M, Montijo-Barrios E, Zárate-Mondragón F, Cadena-León JF, Cervantes-Bustamante R, et al. Actualidades en alimentación complementaria. *Acta Pediátrica México*. 2017;38(3):182.
3. Noppornlertwong C, Tantibhaedhyangkul R. Comparison of growth, infections and feeding habits among formula-fed infants starting complementary feeding at 4 to 6 months old with those starting at 6 months old. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2016;47(3):506-13.
4. Størdal K, Lundebj K, Brantsæter A, Haugen M, Nakstad B, Lund-Blix N, et al. Breast-feeding and Infant Hospitalization for Infections: Large Cohort and Sibling Analysis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;65(2):225-31.
5. Romero-Velarde E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur A, Iracheta-Gerez M, Alonso-Rivera C, López-Navarrete G, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Bol Méd Hosp Infant México*. 2016;73(5):338-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhix.2016.06.007>
6. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Alimentación complementaria [citado 27 de noviembre de 2018]. Disponible en: [https://www.who.int/nutrition/topics/complementary\\_feeding/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/)
7. Black M, Creed H. ¿Cómo alimentar a los niños?: La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. julio de 2012;29(3):373-8.
8. Alcázar L, Ocampo D, Huamán L, Aparco J. Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2013;30(4):569-74.
9. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Barcelona, España: Elsevier; 2013.
10. Zapata M, Fortino J, Palmucci C, Padrós S, Palanca E, Vanesia A, et al. Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, según los indicadores básicos propuestos por la OMS, en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario, Argentina. *Diaeta*. 2015;33(150):12-20.
11. Casas J, Repullo J, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Aten Primaria*. 2003;31(8):527-38.
12. Leow T, Ung A, Qian S, Nguyen J, An Y, Mudgil P, et al. Exploring infant feeding practices: cross-sectional surveys of South Western Sydney, Singapore, and Ho Chi Minh City. *BMC Pediatr*. 2017;17:145. DOI: [10.1186/s12887-017-0902-0](https://doi.org/10.1186/s12887-017-0902-0)
13. Ng C, Dibley M, Agho K. Complementary feeding indicators and determinants of poor feeding practices in Indonesia: a secondary analysis of 2007 Demographic and Health Survey data. *Public Health Nutr*. 2012;15(5):827-39. DOI: [10.1017/S1368980011002485](https://doi.org/10.1017/S1368980011002485)
14. Jenifer del Pilar Iihim Prado. Tendencias y factores asociados a lactancia materna exclusiva en el Perú: estudio basado en datos de ENDES 1996 - 2011 (Tesis para obtener el Grado Académico de Magister en Salud Infantil Comunitaria). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, 2014.
15. Khattak U, Iqbal S, Ghazanfar H. The Role of Parents' Literacy in Malnutrition of Children Under the Age of Five Years in a Semi-Urban Community of Pakistan: A Case-Control Study. *Cureus*. 2017;9(6):e1316. DOI: [10.7759/cureus.1316](https://doi.org/10.7759/cureus.1316)
16. Dinour L, Szaro JM. Employer-Based Programs to Support Breastfeeding Among Working Mothers: A Systematic Review. *Breastfeed Med*. 2017;12:131-41. DOI: [10.1089/bfm.2016.0182](https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0182)
17. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. OPS/OMS Perú, Mujeres que trabajan tienen derecho a lactarios y a una hora de lactancia, según Leyes N° 28896 y N° 27240 [citado 27 de enero de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2407:mujeres-que-trabajan-tienen-derecho-lactarios-hora-lactancia-segun-leyes-no-28896-no-27240&Itemid=900](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2407:mujeres-que-trabajan-tienen-derecho-lactarios-hora-lactancia-segun-leyes-no-28896-no-27240&Itemid=900)
18. Kimwele A, Ochola S. Complementary Feeding and the Nutritional Status of Children 6-23 Months Attending Kahawa West Public Health Center, Nairobi. *IOSR J Nurs Health Sci*. 2017;06(02):17-26. DOI: [10.9790/1959-0602061726](https://doi.org/10.9790/1959-0602061726)
19. Udoh EE, Amodu OK. Complementary feeding practices among mothers and nutritional status of infants in Akpabuyo Area, Cross River State Nigeria. *Springerplus*. 2016;5(1):2073. DOI: [10.1186/s40064-016-3751-7](https://doi.org/10.1186/s40064-016-3751-7)
20. Khanal V, Sauer K, Zhao Y. Determinants of complementary feeding practices among Nepalese children aged 6-23 months: findings from Demographic and Health Survey 2011. *BMC Pediatr*. 2013;13:131. DOI: [10.1186/1471-2431-13-131](https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-131)
21. Na M, Aguayo V, Arimond M, Stewart C. Risk factors of poor complementary feeding practices in Pakistani children aged 6-23 months: A multilevel analysis of the Demographic and Health Survey 2012-2013. *Matern Child Nutr*. 2017;13 Suppl 2. DOI: [10.1111/mcn.12463](https://doi.org/10.1111/mcn.12463)
22. Solomon D, Aderaw Z, Tegegne T. Minimum dietary diversity and associated factors among children aged 6-23 months in Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):181. DOI: [10.1186/s12939-017-0680-1](https://doi.org/10.1186/s12939-017-0680-1)
23. Ickes SB, Wu M, Mandel M, Roberts A. Associations between social support, psychological well-being, decision making, empowerment, infant and young child feeding, and nutritional status in Ugandan children ages 0 to 24 months. *Matern Child Nutr*. 2018;14(1). DOI: [10.1111/mcn.12483](https://doi.org/10.1111/mcn.12483)
24. Armar-Klemesu M, Osei-Menya S, Zakariah-Akoto S, Tumilowicz A, Lee J, Hotz C. Using Ethnography to Identify Barriers and Facilitators to Optimal Infant and Young Child Feeding in Rural Ghana: Implications for Programs. *Food Nutr Bull*. 2018;39(2):231-45. DOI: [10.1177/0379572117742298](https://doi.org/10.1177/0379572117742298)
25. Flores-Bendezú J, Calderón J, Rojas B, Alarcón E, Gutiérrez C. Desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú: análisis de la encuesta demográfica y de salud familiar 2013. *An Fac med*. 2015;76(2):135-40. DOI: <http://dx.doi.org/doi.org/10.15381/anales.v76i2.11139>
26. Gamarra-Atero R, Porroa-Jacobo M, Quintana-Salinas M. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. *An Fac med*. 2010;71(3):179-84. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v71i3.92>
27. Panjwani A, Heidkamp R. Complementary Feeding Interventions Have a Small but Significant Impact on Linear and Ponderal Growth of Children in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Nutr*. 2017;147(11):2169S-2178S. DOI: [10.3945/jn.116.243857](https://doi.org/10.3945/jn.116.243857)
28. Ickes S, Hurst T, Flax V. Maternal Literacy, Facility Birth, and Education Are Positively Associated with Better Infant and Young Child Feeding Practices and Nutritional Status among Ugandan Children. *J Nutr*. 2015;145(11):2578-86. DOI: [10.3945/jn.115.214346](https://doi.org/10.3945/jn.115.214346)
29. Issaka AI, Agho KE, Page A, Burns P, Stevens G, Dibley M. Determinants of suboptimal complementary feeding practices among children aged 6-23 months in four anglophone West African countries. *Matern Child Nutr*. 2015;11 Suppl 1:14-30. DOI: [10.1111/mcn.12194](https://doi.org/10.1111/mcn.12194)
30. Silva L, Venâncio S, Marchioni D. Complementary feeding practices in the first year of life and associated factors. *Rev Nutr*. 2010;23(6):983-92. DOI: [10.1590/S1415-52732010000600005](https://doi.org/10.1590/S1415-52732010000600005)
31. Chauhan M, Bala R, Nandan D, Misra SK. Complementary feeding practices in rural area of district Agra. *Indian J Public Health*. 2007;51(1):66-7.