



**Alimentación complementaria**



Rambla de Guipuzcoa, 62, 2º 1º  
08020 Barcelona  
Telf.: 616 466 844

[alba@grupslactancia.org](mailto:alba@grupslactancia.org)  
[www.albalactanciamaterna.org](http://www.albalactanciamaterna.org)

## Razones para la introducción de la alimentación complementaria

**Desarrollo:** Todos los niños mas pronto o mas tarde muestran interés por la comida de los adultos. Probar nuevos sabores y texturas se convierte en una experiencia sensorial única y en una oportunidad de aprendizaje. Las necesidades de cada niño, así como las funciones y capacidades de su cuerpo, pueden servir de referencia, no sólo para decidir el momento en que se inicia la alimentación complementaria, sino también para marcar el desarrollo de la misma. De esta manera, el niño puede participar en su alimentación de forma activa y divertida para él: Ofreciéndole un plátano maduro podrá experimentar sin que sea una imposición o una obligación, coger guisantes o trocitos de pollo con los dedos y llevárselo a la boca es un buen ejercicio de coordinación.

**Nutrición:** Llega un momento en la vida del niño, en que la leche materna no es suficiente para satisfacer todas sus necesidades nutricionales; ello no significa que la leche haya perdido sus propiedades sino que no basta. La leche debe ser el alimento fundamental, cualitativa y cuantitativamente durante el primer año de vida y sigue siendo una fuente importante de nutrientes durante el segundo año y después.

**Cultura:** Diferentes culturas tienen distintas costumbres en cuanto a la introducción de la alimentación complementaria aunque no todas ellas resultan biológicamente adecuadas. En algunos países las circunstancias de la madre, como el trabajo fuera del hogar o la existencia de lugares donde no se pueda o no esté aceptado el llevar al bebé, hacen que se adelante la edad de introducción de la alimentación complementaria. Con una buena información es posible continuar con la lactancia, haciendo compatible el amamantar con el trabajo materno, y demorar la alimentación complementaria hasta que biológicamente sea adecuada para el bebé.

### ✓ Posibles inconvenientes de la introducción prematura de la alimentación complementaria (1)

Interfiere con la alimentación al pecho en perjuicio de ésta.

Carga excesiva de solutos renales e hiperosmolaridad (Incapacidad del riñón de los niños pequeños para expulsar a través de la orina la ingesta excesiva de determinados nutrientes, especialmente proteínas y sodio)

Puede producir alergia a determinados alimentos

Conlleva un riesgo de trastornos de la regulación del apetito

Puede contener constituyentes perjudiciales para lactantes pequeños

Puede contener aditivos y contaminantes.

### ✓ Recomendaciones actuales para la introducción de la alimentación complementaria

#### ✓ Recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP) (2)

El niño está listo para empezar a tomar otros alimentos cuando:

Es capaz de sentarse estable sin ayuda.

Pierde el reflejo de extrusión que hace que los niños expulsen la cuchara con la lengua (Hasta que tienen suficiente discernimiento para distinguir lo que se come de lo que no, por si acaso lo escupen todo)

Muestra interés por la comida de los adultos

Sabe mostrar hambre y saciedad con sus gestos (Al ver acercarse la cuchara el niño que tiene hambre abre la boca y mueve la cabeza hacia delante. El que está saciado, cierra la boca y mueve la cabeza hacia un lado).

Los nuevos alimentos se deben introducir de uno en uno, en pequeñas cantidades y con al menos una semana de separación.

### ✓ Nueva declaración de la AAP sobre la lactancia materna, 1997 (3)

La lactancia materna debe ser exclusiva y a demanda hasta los 6 meses

Se pueden añadir otros alimentos a partir de los 6 meses, continuando la lactancia materna como mínimo hasta el año, y luego durante todo el tiempo que madre e hijo deseen.

### ✓ Recomendaciones de la OMS y UNICEF (4)

Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses

Se pueden ofrecer otros alimentos complementarios a partir de los 6 meses, aunque si el desarrollo sigue siendo adecuado, tal vez no sea necesario dar otros alimentos hasta los siete o incluso los ocho meses.

Continuar la lactancia materna, junto con otros alimentos, hasta los dos años o más.

Los alimentos deben ser variados

El pecho debe ofrecerse antes que los otros alimentos, para mantener una buena provisión de leche en la madre

Los menores de 3 años deben comer al menos 5 o 6 veces al día

Añadir un poco de aceite o mantequilla a las verduras , para aumentar su valor calórico.

### ✓ ¿Qué tipo de alimentos?

Todas la madres suelen recibir detalladas instrucciones de sus pediatras sobre cuales son “los mejores alimentos para empezar la alimentación complementaria”. El problema es que cualquier madre que hable con otra madre, ya sea la vecina en el parque, la cuñada en Lugo o aquella amiga que se fue a Salamanca, puede comprobar por si misma que estos supuestos “mejores alimentos” simplemente no coinciden y se hacen cada vez mas extraños a medida

que aumenta la distancia geográfica, no digamos si además la amiga en cuestión se ha ido a vivir a otro país. Empleando el puro sentido común pronto se hace evidente que con toda probabilidad existen tantos “mejores alimentos, cantidades y sistemas” como pediatras hay en el mundo.

Y es que a veces nos pasa desapercibido que todas estas recomendaciones no obedecen realmente a evidencias científicas sino que responden mas bien a los hábitos culturales de una población determinada, a las preferencias personales de cada profesional de la salud en cuestión y a protocolos de introducción de alimentos que fueron estipulados en su día y que tienden a perpetuarse por su propia inercia sin que nadie los cuestione.

Las recomendaciones de los expertos basadas realmente en la evidencia científica son mucho mas generales y es importante que todas las madres las conozcan:

No hay ninguna base científica para recomendar la introducción de un alimento antes que otro siempre que al principio se trate de alimentos sanos con poco potencial alergénico. Es indiferente empezar por la fruta, la verdura, los cereales, ...

No hay ninguna base científica para recomendar que un alimento determinado deba darse a una hora determinada (Por ejemplo, las frutas por la tarde). Cualquier alimento puede darse a cualquier hora, a comodidad de la madre. De hecho si la madre trabaja o debe ausentarse por cualquier motivo lo más cómodo es que la alimentación complementaria se de en su ausencia.

Los alimentos deben empezar a introducirse a partir de los 6 meses y siempre después del pecho o la leche extraída. Solo si la madre está ausente y no quiere extraerse la leche, los alimentos complementarios la sustituirán.

Los alimentos deben introducirse de uno en uno, separados por al menos una semana (Por ejemplo, si se decide empezar por la fruta, la primera semana se le da a probar la pera, a la semana siguiente la manzana, y así sucesivamente).

Se debe empezar con pequeñas cantidades que irán aumentando a medida que el niño las acepte de buen grado.

Nunca se debe obligar a comer a un niño.

Procurar escurrir los alimentos para no llenarle la barriga con el agua de cocción.

No dar alimentos que suelen causar alergia (especialmente leche de vaca y derivados, huevos, pescado, soja, cacahuets, melocotón, fresas, frutas del bosque y cualquier otro que produzca alergia a un miembro de la familia) hasta los 12 meses.

No dar alimentos con gluten (cualquiera que lleve trigo, avena, centeno o cebada, como por ejemplo el pan y las galletas) hasta como mínimo los 8 meses, siempre y cuando ya se hayan introducido previamente los cereales sin gluten, en caso contrario esperar y empezar por éstos últimos.

No añadir azúcar ni sal a los alimentos.

Puesto que la capacidad del estómago de los niños es más reducida, para que puedan obtener suficientes nutrientes de las comidas que tomen, éstas deberían ser ricas en energía y nutrientes (incluyendo micro nutrientes). Se recomienda incluir (5):

Variedad de alimentos (después de haberlos introducido de uno en uno separados por una semana)

Alimentos ricos en energía, como aceites. Los purés deben ser tan espesos como el niño pueda tomarlos, para evitar tener que diluirlos.

Frutas frescas y vegetales

Alimentos ricos en hierro (legumbres, carnes....)

### ¿Qué cantidad?

La mejor estrategia para determinar la cantidad de alimentación complementaria que debe ingerir un niño es fiarse de su propio sentido del apetito.

Al principio tomará apenas alguna cucharada pero en cuanto empiece a aceptar de buen grado la alimentación complementaria irá aumentando la cantidad que ingiera.

La idea es ofrecer y, sobretodo, no obligarle jamás a comer. Cada niño tiene sus propias necesidades y sigue su propio ritmo, pretender que coma una cantidad standard

determinada a una edad determinada no solo es inadecuado sino que puede ser contraproducente.

### ¿Cuándo introducirlos?

Aparte de seguir las recomendaciones anteriores, el momento de empezar la alimentación complementaria puede venir determinado por las circunstancias propias de cada madre.

Las madres que trabajan fuera de casa suelen ser víctimas de dos errores típicos:

Creer que hay que destetar antes de ir a trabajar.

Creer que si le van a dar otros alimentos a sus hijo cuando empiece a trabajar, tiene que acostumbrarlo primero.

La lactancia materna es compatible con el trabajo fuera de casa mediante diferentes técnicas, pero si no fuera posible o no se deseara seguir las recomendaciones de la OMS / UNICEF y de la AAP, siempre se puede adelantar la introducción de la alimentación complementaria hasta los 4 meses. En este caso el mejor sistema es que la madre de el pecho antes de ir a trabajar y a su regreso, así como en los fines de semana y reservar otro tipo de alimentos para cuando la madre esté ausente.

Intentar acostumbrar a un niño a la alimentación complementaria antes de que la madre vuelva al trabajo, solo consigue avanzar el problema: Podría haber conseguido cuatro meses de lactancia materna exclusiva y se ha quedado en tres meses. Y además, por término general, la criatura no se acostumbra.

### ¿Como empezar?

Los alimentos no necesariamente deben estar triturados, sino que basta que sean de consistencia blanda y puedan ser aplastados o troceados con un tenedor o por el propio niño con la lengua y el paladar (no hay que pretender que a los 6 meses y 1 día, el niño coma un plato entero de comida); en realidad, al principio, la comida es más un experimento sensorial que otra cosa y seguramente no comerá más que unas pocas cucharadas si acaso;

con el tiempo irá comiendo cantidades mayores, pero mientras tanto, la leche materna sigue alimentándolo.

Los alimentos que se ofrecen pueden ser alimentos especialmente preparados para el niño o bien los mismos alimentos que toma el resto de la familia pero adaptados a la capacidad del niño; esto último es preferible siempre que los hábitos alimentarios de la familia no sean muy inadecuados para un bebé; si además el niño como a la mesa a la vez que los demás, se estará proporcionando al niño la función socializadora que tiene la comida para el resto de la familia (Ej. El día que se prepare cocido, se pueden apartar una patatas, garbanzos y pollo antes de añadir la sal, que machacados con un tenedor se pueden dar al niño). No son necesarios alimentos especiales para bebés y algunos de ellos, a parte de ser caros, llevan aditivos poco recomendables (sacarosa, aromas de vainilla, etc.). Un arroz hervido es un cereal sin gluten que el niño puede tomar desde los 6 meses.

La densidad energética de las comidas que se ofrecen al niño es algo a tener en cuenta. La cantidad de nutrientes contenida en las papillas preparadas por las madres es muy variable (6), en general con exceso de proteínas y con pocas calorías; la calidad de las papillas caseras mejoraría moderando la carne, añadiendo aceite y suprimiendo la sal; además en general ninguna papilla casera supera en calorías a la leche materna, lo que confirma la recomendación de dar antes el pecho que la papilla y demuestra lo carente de sentido que es adelantar la alimentación complementaria porque el niño gane poco peso.

Es frecuente ver como niños amamantados acaban tomando leche artificial sin necesidad por la costumbre de mezclar los cereales en polvo con ésta; para un niño que tome biberón, es cómodo mezclar la leche artificial con los cereales, sin embargo un niño que toma pecho no necesita otra leche diferente a la de su madre, así que se le pueden preparar los cereales con agua, caldo, o incluso con leche que su madre se haya extraído, aunque esto último no es necesario si el niño toma pecho en otros momentos del día.

La costumbre de dar zumo de naranja solo o para diluir otras frutas en los primeros meses debería desterrarse. Probablemente proceda del intento de evitar el escorbuto en los niños con lactancia artificial en la primera mitad del siglo XX. Puesto que los niños amamantados no tienen este riesgo, no se benefician de esta práctica, y sí en cambio se ven sometidos a



un mayor riesgo de alergia, puesto que los cítricos frecuentemente están implicados en alergias alimentarias cuando se introducen precozmente en la dieta del niño (1).

Es importante recordar que aunque el niño necesite a partir de una cierta edad otros alimentos distintos de la leche materna, ésta sigue siendo el alimento más nutritivo de todos cuantos pueda tomar el niño; por este motivo, la OMS recomienda que primero se ofrezca el pecho y después los otros alimentos, aunque ello suponga que el niño tome menos de otras cosas, lo que sería inadecuado es que por tomar primero otras cosas el niño deje de tomar la leche materna.

### ¿Y si no quiere?

No todos los niños están preparados para la alimentación complementaria al mismo tiempo. Algunos ya muestran interés por otros alimentos antes de los 6 meses, en cambio otros pueden tardar mucho más tiempo y no aceptarlos de buen grado hasta los 7 u 8 meses e incluso hasta más tarde (Probablemente en breve veremos estudios que evalúen el inicio de la introducción de alimentos complementarios más tardíamente, hacia los 8 o 9 meses de edad).

Unos niños comen una cantidad bastante “aceptable” casi desde el principio, otros apenas picotean pequeñas cantidades de diversos alimentos hasta pasado el año.

Lo que está claro es que más pronto o más tarde todos los niños empiezan a interesarse por otros alimentos y que mientras tanto la lactancia materna cubre sus necesidades, por lo nunca se debe intentar imponer a un niño la ingesta de una determinada cantidad de alimento.

### Algunos mitos de la alimentación infantil

Las papillas alimentan más que la leche

A muchas madres les dicen que “su leche ya no alimenta” o que “su leche es agua” y lo peor es que muchas se lo creen.

Las papillas de carne y verduras suelen tener menos calorías que la leche y las de verduras solas y las de fruta todavía menos, y aunque algunas papillas, como las de cereales, tengan bastantes calorías, tienen menos cantidad de proteínas, vitaminas, minerales y otros nutrientes que la leche materna.

El único alimento capaz de satisfacer, por sí solo, todas las necesidades de un ser humano, al menos durante una parte de su vida, es la leche materna. Un recién nacido está perfectamente alimentado durante seis meses o más sólo con leche materna; pero nadie estaría perfectamente alimentado ni en su infancia ni en ninguna época, si pasase seis meses comiendo solo carne, o sólo pan, o sólo naranjas. Lo que no significa que el pan, la carne o las naranjas “no alimenten”, sino que se han de complementar con otras cosas. Complementar, no sustituir.

Con una buena papilla antes de cenar, dormiré toda la noche

No se haga muchas ilusiones, muchos niños, incluso a los dos o tres años, se despiertan casi cada noche por mucho que hayan cenado.

Por mucho que se pretenda utilizar la comida para manipular el sueño de los niños, está demostrado experimentalmente que los niños no duermen más por haber tomado papilla. Durante los primeros años los niños suelen despertarse por la noche, no sólo porque necesitan comer, sino porque nos necesitan a nosotros. Por suerte el pecho permite satisfacer las dos necesidades a la vez, y el niño vuelve a dormir rápidamente.

A partir de los 6 meses han de tomar leche de continuación

La leche de continuación es un invento comercial, sin apenas utilidad práctica. Tanto la AAP como la OMS opinan que las leches de continuación son innecesarias y recomiendan tomar la misma leche durante el primer año.

¿Para que la inventaron, entonces? Muy sencillo. La ley prohíbe, en muchos países (incluido España), hacer publicidad de la leche de inicio. Pero la mayoría, por desgracia, no prohíben la publicidad de la leche de continuación. Así que para los fabricantes es ideal disponer de dos leches con el mismo nombre, que sólo se diferencien por el numerito, de esta manera al publicitar PATATIN 2 consiguen hacer aumentar las ventas de PATATIN 1.

La principal utilidad de las leches de continuación, según la ESPGAN, es que son más baratas. Como la leche artificial es cara, las madres con menos recursos que dan el biberón pueden sentirse tentadas a introducir antes del año la leche entera de vaca, lo que no sería muy conveniente. Una leche que, sin ser tan adaptada, saliese más barata, podría resultar útil.

¿Sin ser tan adaptada? En efecto. La leche de vaca tiene un exceso de proteínas, más del triple que la leche materna lo que es uno de sus mayores peligros ya que un bebé no puede metabolizar una cantidad tan grande de proteínas, y puede enfermar gravemente. La fabricación de la leche artificial consta de varios pasos, uno de los cuales es quitar la mayor parte de las proteínas, proceso que no es nada fácil. Si no hay que quitarle tantas, resulta más fácil de fabricar y, por tanto, más barata. La ESPGAN parece creer que la diferencia de precio será sustancial, pero al menos en España, la diferencia para el consumidor es muy pequeña.

No es que la leche de continuación sea mejor para los bebés mayores. Es peor que la leche de inicio, porque está menos adaptada. Pero los bebés mayores tienen una mayor capacidad para metabolizarla por lo que es más fácil que la puedan tolerar.

La industria láctea intenta darle la vuelta a la tortilla y vender la leche de continuación como “enriquecida en proteínas para cubrir las necesidades en aumento de su hijo”, pero no hay que dejarse engañar. Las necesidades de proteínas de los niños disminuyen a medida que crecen por lo que el exceso de proteínas en la leche de continuación no es ninguna ventaja para los bebés, sino sólo un desecho industrial.

Por supuesto los niños que toman pecho pueden seguir con el pecho pasados los 6 meses hasta que la madre y su hijo deseen.

Si no come carne no tendrá suficientes proteínas

Tal como se desprende del apartado anterior, incluso si el bebé solo tomase leche, ya tendría suficientes proteínas. Y los cereales y legumbres aportan más proteínas todavía. De hecho el exceso de proteínas suele ser uno de los inconvenientes que presentan la mayoría de las papillas caseras (6).

### Resumen basado en

Dr. Pilar Serrano Aguado, Alimentación complementaria y destete del niño. En: Lactancia Materna. Josefa Aguayo Maldonado (Ed.). Universidad de Sevilla. 2001

Dr. Carlos González, Mi niño no me come. Ediciones Temas de Hoy, 1999

Ruth A. Lawrence, La Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica. Mosby. 1996

### Bibliografía

1. ESPGAN (Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátricas). Committee on Nutrition, "Guidelines on infant nutrition. III. Recommendations for infant feeding. Acta Paediatr Scand 1982; suppl 302:61-95
2. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. On the feeding of supplemental foods to infants. Pediatrics 1980; 65:1178-1181
3. American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics, 1997; 100:1035-1039
4. UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP. *Para la vida. Un reto de comunicación*. 2ª ed. 1993
5. Sserunjogi, I.; Poskitt, E. Feeding young children. *Child health dialogues*, 9:6-7, 1997. WHO publication revised in May/99
6. Van den Boom, S.A.M.; Kimber, A.C.; Morgan, J.B. *Nutritional composition of homeprepared baby meals in Madrid. Comparison with commercial products in Spain and homemade meals in England*. Acta Paediatr 1997; 86:57-62