



---

**Universidad de Valladolid**

Facultad de Educación

5º de Educación Infantil y Primaria

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Curso 2024/2025

Campus María Zambrano (Segovia)

**EL PAPEL DEL DOCENTE EN LA TRANSICIÓN A  
LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN  
EDUCACIÓN INFANTIL**

Autora:

Aida Arranz Baeza



Tutora académico:

Cristina Valles Rapp

## RESUMEN

El presente trabajo aborda el estudio de la transición de la lactancia materna a la alimentación complementaria en la etapa de Educación Infantil, con especial atención al papel del profesorado en el acompañamiento de este proceso en el aula. Mediante el empleo de una metodología mixta y un cuestionario dirigido a docentes en activo de primera infancia, se explora el nivel de conocimiento, las prácticas implementadas en el aula y la colaboración establecida con las familias. Este estudio busca ofrecer una visión integral de dicha transición, así como conocer las principales limitaciones de este proceso y proponer medidas educativas que lo favorezcan. Los resultados revelan que, a pesar del fuerte compromiso y la implicación docente, existe una formación insuficiente sobre la transición a la alimentación complementaria. Se identifican desafíos como superar las dificultades ante las ratios elevadas, la falta de protocolos estandarizados y la escasa inclusión del tema en los planes de formación docente. Las docentes destacan la importancia del acompañamiento individual y emocional, así como el trabajo conjunto con las familias, aportando por tanto una visión educativa del proceso de la alimentación complementaria.

**Palabras clave:** lactancia materna, alimentación complementaria, educación infantil, desarrollo infantil, formación docente

## ABSTRACT

This study focuses on the transition from breastfeeding to complementary feeding during the Early Childhood Education stage, with special attention to the role of teachers in supporting this process. Through the use of a mixed-method approach and a questionnaire addressed to active early childhood educators, the study explores the level of knowledge, classroom practices, and the collaboration established with families. The aim is to provide a comprehensive view of this transition, identify the main limitations of the process, and propose educational measures to support it. The results reveal that, despite the strong commitment and involvement of teachers, there is insufficient training on complementary feeding. Challenges such as high student-teacher ratios, the lack of standardized protocols, and the limited inclusion of the topic in teacher training programs are identified. The teachers highlight the importance of individual and emotional support, as well as collaborative work with families, thus providing an educational perspective on the complementary feeding process.

**Key words:** breastfeeding, complementary feeding, early childhood education, child development, teacher training, feeding transition

## ÍNDICE

|                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>                                          | <b>5</b>  |
| <b>2. JUSTIFICACIÓN.....</b>                                         | <b>7</b>  |
| <b>3. OBJETIVOS.....</b>                                             | <b>9</b>  |
| <b>4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....</b>                                | <b>10</b> |
| 4.1. Salud y bienestar infantil.....                                 | 10        |
| 4.2. Desarrollo infantil y alimentación.....                         | 12        |
| 4.3. Lactancia materna.....                                          | 13        |
| 4.4. Alimentación Complementaria.....                                | 15        |
| 4.5. Prácticas y metodologías de la Alimentación Complementaria..... | 19        |
| 4.6. Desafíos en la transición a la alimentación complementaria..... | 21        |
| <b>5. METODOLOGÍA.....</b>                                           | <b>23</b> |
| Instrumento de recogida de datos.....                                | 23        |
| Muestra.....                                                         | 24        |
| Procedimiento.....                                                   | 25        |
| Análisis de datos.....                                               | 25        |
| <b>6. RESULTADOS.....</b>                                            | <b>27</b> |
| <b>7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>                                | <b>35</b> |
| <b>8. CONCLUSIONES.....</b>                                          | <b>43</b> |
| <b>9. LIMITACIONES Y OPORTUNIDADES.....</b>                          | <b>45</b> |
| <b>10. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....</b>                      | <b>47</b> |
| <b>11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                           | <b>48</b> |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| <b>Figura 1.....</b> | <b>26</b> |
| <b>Figura 2.....</b> | <b>27</b> |
| <b>Figura 3.....</b> | <b>27</b> |
| <b>Figura 4.....</b> | <b>28</b> |
| <b>Figura 5.....</b> | <b>28</b> |
| <b>Figura 6.....</b> | <b>29</b> |
| <b>Figura 7.....</b> | <b>29</b> |
| <b>Figura 8.....</b> | <b>30</b> |

## **1. INTRODUCCIÓN**

La transición de la lactancia materna a la alimentación complementaria es una etapa de crucial importancia en el desarrollo infantil, ya que marca el inicio de la introducción de alimentos sólidos en la dieta del lactante. Este proceso no solo implica transformaciones nutricionales y fisiológicas, sino que también está influido por factores educativos, sociales y afectivos.

La edad a la que se introduce la alimentación complementaria varía según la cultura, la geografía y la situación socioeconómica, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023), recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y su continuación hasta los dos años o más, acompañada de una alimentación complementaria adecuada y segura. De este modo, se busca asegurar una nutrición óptima durante una etapa crítica del desarrollo infantil, en la que el organismo del bebé está preparado para incorporar otros alimentos que complementen la leche materna.

Leonelli et al. (2020) afirma que la alimentación durante los dos primeros años de vida de un niño se considera fundamental para su desarrollo físico, cognitivo y social del niño. Para ello, resulta esencial analizar cómo se lleva a cabo esta transición no solo en el ámbito familiar, sino también desde las instituciones educativas, las cuales representan un espacio clave en la formación integral de los menores y en la adquisición de hábitos saludables.

Este trabajo tiene como objetivo principal estudiar el papel de los docentes en Educación Infantil en el acompañamiento de este proceso de transición alimentaria. Se pretende explorar en qué medida los profesionales están formados en esta área, qué prácticas educativas aplican en sus aulas, cuál es su relación y coordinación con las familias, y cuáles son los principales desafíos a los que se enfrentan.

El presente documento se estructura en varios apartados, que permiten desarrollar de forma progresiva y coherente el estudio. En primer lugar, se presenta la justificación del trabajo, en la que se argumenta la elección del tema desde varias perspectivas, tanto el interés académico y formativo de la educación y salud infantil, como la necesidad de investigación sobre la literatura de este tema, así como el interés personal. A continuación, se formulan los objetivos generales y específicos que guían el desarrollo del trabajo, relacionados con las competencias del título universitario de Educación Infantil. Posteriormente, el marco teórico ofrece una revisión actualizada y estructurada de los principales conceptos que sustentan el

estudio, se abordan temas como el desarrollo infantil, las características de la lactancia materna, los distintos enfoques de la alimentación complementaria, la importancia del acompañamiento docente y la colaboración con las familias durante este proceso.

En lo relativo a la metodología, se describe el enfoque mixto utilizado, así como el diseño y aplicación de un cuestionario dirigido a docentes en activo de primera infancia, justificando a continuación su elección como instrumento de recogida de datos y el procedimiento seguido, garantizando criterios de validez, accesibilidad y rigor ético.

A continuación, se presentan de forma detallada los resultados obtenidos, organizados por bloques que permiten analizar aspectos como la formación del profesorado, las prácticas implementadas en el aula, la relación con las familias y las principales dificultades destacadas.

El trabajo concluye con el análisis de los datos basados en los aspectos mencionados en el marco teórico, extrayendo las principales conclusiones de la investigación, que permiten evidenciar necesidades formativas, buenas prácticas y áreas de mejora en relación con el acompañamiento educativo del tránsito alimentario.

Este estudio aspira a contribuir al enriquecimiento del conocimiento científico sobre la alimentación infantil desde la perspectiva educativa y a ofrecer recomendaciones prácticas para una mejor implementación de estrategias alimentarias en contextos escolares.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La elección de esta temática sobre la transición de la lactancia a la alimentación complementaria desde el ámbito educativo responde a la necesidad de abrir nuevas líneas de investigación en el ámbito de la Educación Infantil, centrándose en el papel que desempeñan las escuelas y educadores en la implementación de estrategias que favorezcan una transición respetuosa y consciente de la lactancia hacia la alimentación complementaria. Dado que la literatura existente se centra mayoritariamente en el ámbito sanitario, se evidencia una carencia de estudios que exploren esta temática desde una perspectiva educativa, centrada en la dimensión pedagógica y el papel activo de los educadores en la promoción de hábitos alimentarios saludables. Esta necesidad ha sido reconocida en estudios recientes, como el de Zamanillo Campos et al. (2021), quienes destacan la importancia de implementar políticas de educación nutricional dirigidas a los responsables de la alimentación infantil, destacando la escasez de investigaciones que aborden estas prácticas desde un enfoque educativo.

La investigación presenta una motivación personal basada en el interés por los procesos de desarrollo infantil temprano y la importancia de la educación como agente facilitador en el establecimiento de hábitos alimentarios saludables. Considero que la etapa de inicio de la alimentación complementaria constituye un momento clave en la vida del niño o niña, en el que no solo se introducen nuevos alimentos, sino que también se sientan bases de una relación sana con la comida. Desde mi perspectiva como futura docente, resulta fundamental comprender cómo podemos acompañar este proceso desde las instituciones educativas, brindando apoyo tanto a las familias como a los propios menores.

Durante mi formación académica, he cursado asignaturas como *Infancia y hábitos de vida saludable*, centrada en la comprensión de los beneficios que tienen los hábitos de vida y alimentación para el crecimiento saludable y completo de los discentes, se tiene en cuenta la postura de las familias, los docentes y el entorno de estos. Sin embargo, en estas prácticas educativas he podido observar la escasa formación que presentan los futuros docentes en relación con la lactancia, la alimentación complementaria y sus implicaciones pedagógicas, lo que pone de manifiesto la necesidad de incluir estos contenidos en los planes de formación inicial. Esta carencia formativa supone un obstáculo para que los profesionales de la Educación Infantil puedan desarrollar un acompañamiento adecuado de las familias y promover prácticas alimentarias saludables desde la escuela. Estudios como el de Zamanillo Campos et al. (2021) destacan que, a pesar del interés creciente por los métodos de

alimentación complementaria como el Baby-Led Weaning, aún existe escasa formación teórica y práctica entre los profesionales que trabajan en contacto con la primera infancia. Del mismo modo, Hernández Magdariaga et al. (2023) subraya que gran parte de las madres y padres recurren a profesionales sanitarios como única fuente de asesoramiento, dado que el ámbito educativo no siempre ofrece orientación ni conocimientos.

Por otro lado, el presente trabajo contribuye directamente al desarrollo y aplicación de las siguientes competencias académicas del título de Educación Infantil según la Orden ECI/3854/2007, de 27 de diciembre, por la que se establece el título universitario oficial de Grado de Educación Infantil:

- Promover y facilitar los aprendizajes en la primera infancia desde una perspectiva globalizadora e integradora de las diferentes dimensiones del desarrollo.
- Conocer los fundamentos de atención temprana y los desarrollos de la psicología evolutiva desde la infancia en los periodos de 0 a 3 años
- Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables durante la etapa de Educación Infantil
- Colaborar con los profesionales especializados para la atención de las necesidades educativas del alumnado y con las familias
- Observar sistemáticamente contextos de aprendizaje y saber reflexionar sobre ellos
- Fomentar la autonomía personal de los niños y su participación en los procesos de aprendizaje

De este modo, el trabajo no solo pretende aportar conocimiento y reflexión sobre una temática de creciente interés en los contextos educativos, sino favorecer también el desarrollo de las competencias académicas que resultan clave para el desempeño docente en la Educación Infantil, desde una perspectiva comprometida con la salud, el bienestar y el desarrollo integral del niño.

Además, la inclusión creciente de aulas de 0 a 2 años en los centros escolares refuerza la urgencia de reflexionar sobre las prácticas educativas vinculadas a la alimentación, el cuidado y la salud. En este contexto, los docentes no solo actúan como facilitadores del aprendizaje,

sino también como agentes de salud y bienestar, con capacidad de incidir positivamente en los primeros vínculos del niño con la comida, la autonomía y la regulación emocional.

A través de este estudio, se pretende conocer el grado de conocimiento del profesorado sobre esta transición alimentaria, identificar buenas prácticas y detectar posibles carencias en su formación. Para ello, se contrastan los resultados obtenidos con la información teórica y crítica de numerosos investigadores sobre los beneficios e inconvenientes de los procesos saludables para el comienzo de la alimentación de los niños.

El objetivo final es ofrecer una mayor formación del personal educativo en relación con la alimentación infantil, la comunicación efectiva con las familias y la creación de ambientes que promuevan la autonomía, el respeto y la exploración sensorial durante las comidas. Tal como señalan Rodríguez Castro et al. (2024), fortalecer la capacitación del personal docente en este ámbito puede tener un impacto directo en la salud, el aprendizaje y la calidad de vida de los menores, así como en la construcción de una sociedad más consciente y comprometida con la nutrición y el bienestar.

### **3. OBJETIVOS**

- Analizar las prácticas y percepciones de los maestros de Educación Infantil en relación con la transición de la lactancia materna a la alimentación complementaria.
- Identificar el nivel de conocimiento y formación del profesorado de Educación Infantil en relación con la lactancia materna y el tránsito a la alimentación complementaria.
- Explorar las prácticas educativas empleadas por los docentes para acompañar el tránsito alimentario en el aula durante los primeros dos años de vida.
- Analizar la comunicación y colaboración entre las familias y el centro educativo respecto al proceso de transición alimentaria de los niños.
- Detectar las principales dificultades y necesidades formativas que enfrentan los docentes en la implementación de estrategias relacionadas con el cambio a la alimentación complementaria a la lactancia materna.

## 4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 4.1. Salud y bienestar infantil

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023) define el término de salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta visión integral del concepto se vincula directamente con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades”, el cual establece como prioridad el cuidado de la salud desde las etapas más tempranas de vida.

En esta línea, Castilla-Peón (2014) defiende que existen dos visiones sobre el bienestar. Por un lado, se encuentra el *bienestar objetivo*, relacionado con la posesión de ciertas condiciones materiales positivas, como vivienda digna, acceso a la educación y atención sanitaria. Por otro lado, el *bienestar subjetivo* está relacionado con la percepción que tiene el individuo sobre su propia vida.

Con relación al *bienestar subjetivo*, se distinguen dos concepciones filosóficas. La primera, la hedonista, comprende a su vez dos aspectos: el cognitivo y el afectivo. El *bienestar cognitivo* se refiere al grado de satisfacción del individuo con sus condiciones de vida, mientras que el *bienestar afectivo* se refiere al predominio de emociones positivas, como la alegría y la tranquilidad, sobre las negativas, como la tristeza y el enfado. La segunda, el *bienestar eudaimónico* se refiere a la realización del "verdadero potencial de una persona", es decir, a aspectos de superación personal y al compromiso con un sentido de vida (OECD, 2013).

En este contexto teórico, es importante destacar que el bienestar infantil no se limita a una definición abstracta, sino que se ha abordado desde compromisos institucionales y jurídicos. Uno de los hitos más relevantes fue la aprobación de la Convención de los Derechos del Niño (1989), antecedida por la Declaración de 1959, en la que los miembros de la ONU (excepto EUA y Somalia) se comprometieron a garantizar un nivel mínimo de bienestar para todos los menores en 1989 (UNICEF, 2023). Este marco jurídico está estrechamente vinculado con el ODS 10: “Reducir la desigualdad en y entre los países”, ya que establece que todos los niños, independientemente de su contexto, deben tener garantizadas condiciones equitativas en su desarrollo. (UNICEF, 2023; Naciones Unidas, 2015).

Estas concepciones teóricas y políticas resaltan la necesidad de brindar una atención adecuada e individualizada desde las primeras etapas de la vida. Solo así se puede asegurar un desarrollo óptimo e integral de los niños, reconociendo que la salud y el bienestar infantil son elementos clave no solo a nivel individual, sino también dentro del marco de la salud pública y del bienestar colectivo. Es fundamental entender que el bienestar infantil no se reduce a la ausencia de enfermedades físicas, tal y como señala la OMS (2023), el apoyo emocional y social recibido durante la infancia es un pilar esencial para un desarrollo saludable; por ello, también se relaciona con el ODS 4: “Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad”.

Por ello, los determinantes sociales (como el acceso a una educación de calidad, a una vivienda adecuada, a una atención sanitaria eficiente y un entorno seguro) desempeñan un papel determinante en la promoción de la salud infantil. En esta línea, autores como Victoria et al. (2021) destacan la importancia de abordar las desigualdades sociales para mejorar la salud infantil. Desde el ámbito educativo, esto se traduce en el compromiso de garantizar el acceso a todos los recursos necesarios que favorezcan una vida saludable y un bienestar integral en la infancia. Además, como parte del enfoque de derechos, se plantea la necesidad de promover la equidad alimentaria, la salud emocional y la educación nutricional desde las primeras etapas, conforme a lo establecido por la Agenda 2030.

Por otro lado, la nutrición presenta un papel fundamental en el desarrollo infantil, tanto físico como cognitivo. Haciendo referencia a Black et al. (2013), la desnutrición en la primera infancia puede tener ciertas repercusiones en el desarrollo cognitivo y la salud de los niños a largo plazo. Por ello, autores como Gidding et al. (2018) mencionan la importancia de una alimentación variada para proporcionar los nutrientes necesarios y obtener así un crecimiento saludable y prevenir enfermedades, en línea con los compromisos del ODS 3.

En este marco, cobra sentido incorporar el enfoque One Health, un paradigma que promueve la visión de la salud humana, animal y ambiental, reconociendo que la nutrición saludable en la infancia no solo depende de las decisiones individuales o familiares, sino también de la seguridad alimentaria, la sostenibilidad del entorno y el acceso equitativo a recursos saludables (FAO, OMS, WOA & UNEP, 2022). Así, desde la educación, se pueden promover hábitos alimentarios que no solo garanticen el bienestar individual del niño, sino que también contribuyan al equilibrio ecosistémico y al desarrollo sostenible.

En definitiva, no debemos olvidar que la garantía de una salud y bienestar infantil requiere de un enfoque multidisciplinar, abarcando aspectos educativos, nutricionales, médicos, emocionales, sociales y ambientales.

#### **4.2. Desarrollo infantil y alimentación**

La alimentación de los niños constituye un componente imprescindible para el crecimiento y desarrollo infantil desde el inicio de sus vidas. Como bien cita Uribe (2010), la nutrición y la alimentación son esenciales para garantizar el crecimiento y desarrollo corporal del niño y la niña, mediante la adquisición de hábitos alimentarios saludables desde el inicio de la vida.

Gonzalez y Pérez (2023) defienden que una adecuada alimentación se debe focalizar en cada individuo de forma personalizada, adaptándose a su edad, estatura y actividad física. El aporte calórico y nutricional debe ser ajustado a dichas características, evitando así trastornos alimenticios. Del mismo modo, Martínez et al. (2022), mencionan que el crecimiento y desarrollo de una persona está determinado por factores endógenos y exógenos, los cuales influyen en él desde el periodo embrio-fetal, hasta el extrauterino. En lo que concierne a los factores endógenos, se consideran factores genéticos, neurohormonales y metabólicos; mientras que, en los exógenos, se presentan los nutrientes y los ambientes. Por ello, se debe entender la alimentación como un proceso educativo en el que influyen numerosos factores: el propio niño, familia y entorno.

Cuando la selección, preparación y consumo de alimentos se convierte en una rutina o hábito diario que incorpora principios nutricionales, se contribuye a una vida sana, libre de enfermedades causadas por exceso o deficiencia de calorías y nutrientes. Como educadores, una de nuestras funciones es promover todo tipo de aprendizajes, incluyendo aquellos relacionados con la alimentación, fomentando una educación alimenticia sana y adecuada en nuestro alumnado desde las primeras etapas educativas.

Sin embargo, no todo se basa en el desarrollo y aprendizaje, también debemos comprender que existen procesos madurativos, los cuales se determinan de forma biológica. Pinillos (1982) define la maduración como la aparición natural de patrones de conducta sin aprendizaje alguno, es decir, la emergencia de conductas biológicas impuestas.

Todos estos factores muestran una gran influencia en el proceso de desarrollo y crecimiento de los niños, sumándose además, el factor socioeconómico, el cual muestra la estrecha relación entre los hábitos alimenticios y las condiciones familiares.

#### **4.3. Lactancia materna**

Después del parto, el niño se alimenta a través de la **lactancia materna**, la cual, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) se recomienda realizar de manera exclusiva desde las primeras horas de vida hasta los seis meses, seguida del inicio de una alimentación complementaria adecuada y segura.

La lactancia materna constituye una práctica esencial durante los primeros meses de vida del bebé, proporciona múltiples beneficios tanto a nivel nutricional, como inmunológico, emocional y preventivo. Según el estudio LSyDI (2024), realizado en el contexto español, la leche materna no solo cubre las necesidades nutricionales del lactante en sus primeras etapas, sino que también se adapta a sus requisitos evolutivos, favoreciendo un crecimiento y desarrollo adecuados.

Además, estudios como el de Hernández Magdariaga et al. (2023), han evidenciado que la lactancia materna actúa como un importante factor de protección frente a enfermedades infecciosas y crónicas, gracias a la presencia de componentes inmunológicos que refuerzan el sistema defensivo del recién nacido. Esta acción preventiva resulta especialmente relevante en los primeros meses de vida, cuando el sistema inmunitario del bebé aún se encuentra en desarrollo.

Desde una perspectiva psicoafectiva, la lactancia materna favorece la creación de un vínculo emocional sólido entre madre e hijo, aspecto que influye positivamente en la regulación emocional, el apego seguro y el bienestar psicológico del bebé. Tal como se recoge en diversas investigaciones, como la revisión de Fernández et al. (2023), el contacto piel con piel, la mirada, el consuelo durante el amamantamiento se convierten en elementos clave para el desarrollo afectivo y la construcción de una relación saludable desde los primeros días de vida.

Asimismo, se ha identificado que la lactancia materna exclusiva puede actuar como un factor preventivo frente al riesgo de obesidad infantil y otros trastornos metabólicos. Sin embargo, estos beneficios están condicionados por múltiples factores sociales, económicos y educativos que influyen directamente en la duración y la calidad de la lactancia. Por ello,

Fernández et al. (2023) defiende la importancia de impulsar políticas, recursos y apoyos institucionales que faciliten su continuidad, especialmente en el entorno familiar y escolar.

Sin embargo, a pesar de los múltiples beneficios que ofrece la lactancia materna, también se han identificado ciertas dificultades que pueden interferir en su práctica. Entre los principales desafíos se encuentran las complicaciones físicas experimentadas por muchas madres durante las primeras semanas, algunas de las mencionadas por Fernández et al. (2023) son el dolor en los pezones, la ingurgitación mamaria o las dificultades de agarre por parte del recién nacido. Estas situaciones pueden generar inseguridad y malestar, afectando negativamente a la continuidad del proceso, especialmente si no se cuenta con una orientación adecuada por parte de los profesionales sanitarios.

Por otro lado, desde el contexto social, la lactancia materna puede implicar limitaciones para la madre en cuanto a su disponibilidad y movilidad, sobre todo cuando no existen redes de apoyo o espacios habilitados para la lactancia en el entorno social o laboral. Tal como recoge el estudio LAYDI (2024), muchas mujeres perciben la lactancia como una práctica exigente que requiere una organización diaria específica, lo que puede repercutir en su bienestar y en la conciliación de la vida personal, laboral y familiar.

Asimismo, Hernández Magdariaga et al. (2023) afirman que una de las principales causas del abandono temprano de la lactancia materna está relacionada con la falta de apoyo institucional tras el regreso al trabajo. La escasez de recursos como salas de lactancia o permisos adecuados provocan que muchas mujeres opten por el destete precoz, aun deseando continuar con la lactancia exclusiva. También se suman algunos problemas de salud derivados de la propia lactancia, como la mastitis o las posibles infecciones mamarias que pueden generar complicaciones y un rechazo emocional hacia el proceso si no se tratan adecuadamente.

Por otro lado, es importante tener en cuenta ciertos factores que pueden influir negativamente en la lactancia materna, especialmente los relacionados con el consumo de sustancias y medicamentos por parte de la madre. Según Ramírez (2021), el tabaco, el alcohol, las drogas, el abuso de cafeína o el seguimiento de dietas estrictas pueden perjudicar no solo la nutrición y el desarrollo del lactante, sino también la salud física y emocional de la propia madre. Estos hábitos pueden alterar la calidad de la leche materna y, al mismo tiempo, afectar el bienestar general de la mujer durante el periodo de lactancia, dificultando así el mantenimiento de una práctica saludable y sostenida en el tiempo.

Estas barreras ponen en manifiesto la necesidad de fortalecer el acompañamiento a las madres durante todo el periodo de lactancia, garantizando una atención integral que contemple no solo el aspecto biológico, sino también el emocional, social y profesional.

También nos encontramos la **lactancia artificial**, la cual, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se recomienda como alternativa de la lactancia materna únicamente en los casos donde esta no es posible o adecuada para el bebé, destacando que la lactancia materna es una de las formas más eficaces de garantizar la salud y supervivencia infantil. Sin embargo, se estima que dos de cada tres niños menores de un año no reciben lactancia materna exclusiva durante el tiempo recomendado.

La lactancia artificial también puede utilizarse como complemento, combinándolo con la lactancia materna en función de las necesidades del bebé o de las circunstancias personales de la madre. La elección entre una u otra forma de alimentación es una decisión compleja que depende de múltiples factores, como el estado de salud del bebé y la madre, los estilos de vida familiares, las condiciones laborales o la disponibilidad de apoyo durante el periodo de lactancia.

En este sentido, organismos como la Asociación Española de Pediatría (2018) y autores como Melero (2023) subrayan que, cuando la lactancia materna no se puede mantener, la lactancia artificial constituye una alternativa nutricional segura y eficaz, siempre que se utilice siguiendo criterios médicos y adaptándose a las necesidades específicas del lactante.

Es fundamental, por tanto, que la decisión sobre el tipo de alimentación se base en un acompañamiento profesional adecuado, sin culpabilizar a las familias y asegurando que todas las opciones disponibles se valoren desde una perspectiva de salud integral y respeto a la realidad individual de cada núcleo familiar.

#### **4.4. Alimentación Complementaria**

Según la Asociación Española de Pediatría (2018), se entiende como alimentación complementaria (AC) al proceso a través del cual se ofrece a los bebés lactantes alimentos sólidos o líquidos diferentes de la leche materna o leche de fórmula como complemento y no meramente como sustituto de esta. La Asociación Española de Pediatría defiende que la AC debe iniciarse después de los seis meses de edad, adaptándose a las necesidades nutricionales y al desarrollo psicomotor del bebé. La introducción de la AC en la dieta del lactante es un

proceso que implica transformaciones significativas tanto para el niño, como para su entorno familiar y educativo.

Según Serra (2015), los alimentos complementarios deben proporcionar la mitad del aporte energético diario total, obteniendo el resto se deben obtener de la lactancia materna. Además, la colaboración entre pediatras, centros educativos y familias es esencial para fomentar hábitos alimentarios saludables desde edades tempranas, contribuyendo a la prevención de la obesidad infantil.

En el ámbito escolar, la introducción de la AC plantea la necesidad de adaptar menús y educar al personal docente sobre las prácticas alimentarias apropiadas, garantizando así una transición coherente y segura para el niño. La planificación de horarios y la preparación de alimentos adecuados demanda una reorganización que puede afectar la rutina diaria de las familias y los centros educativos.

En la implementación de este proceso, es posible identificar una diversidad de enfoques metodológicos, entre los cuales se observan diferencias significativas, especialmente al contrastar los métodos convencionales con aquellos de carácter más innovador.

### **Método convencional**

Tradicionalmente, la introducción de la alimentación complementaria consiste en hervir los alimentos, triturarlos y ofrecerlos al lactante a través de una cuchara o un biberón. Sin embargo, esta práctica causa numerosos problemas en la alimentación en estas primeras edades, retrasando el consumo de alimentos sólidos de forma autónoma.

Haciendo referencia a las palabras de la doctora Gómez (2018), la introducción de alimentos se debe realizar de forma progresiva a través de texturas semisólidas y grumosas. A partir de los seis meses de vida, se introducen alimentos sólidos, siempre con precaución para evitar atragantamientos.

Diversas fuentes, como la FAO (s.f.) y la School Nutrition Association (2004), han señalado la importancia de la secuencia en la introducción de alimentos en la dieta infantil, destacando que esta varía según el contexto cultural y social. Por ejemplo, en países asiáticos, el arroz es comúnmente el primer alimento sólido ofrecido a los bebés, mientras que en algunas regiones de África se opta por los plátanos. Además, el entorno social influye significativamente en la

alimentación infantil, ya que la participación de la familia y la comunidad en la selección de alimentos desempeña un papel fundamental en la formación de hábitos alimentarios.

En este sentido, la creación de comités de alimentación con la colaboración de padres y personal educativo ha demostrado ser una estrategia efectiva para seleccionar recetas que respeten las tradiciones culturales de los niños. Este enfoque no solo favorece la aceptación de nuevos alimentos, sino que también fortalece la identidad cultural a través de la alimentación.

### **Métodos innovadores: Baby Led - Weaning (BLW) y método Pikler**

Existe un método denominado Baby Led - Weaning (BLW) o “alimentación dirigida por el bebé”, basado en el ofrecimiento de alimentos sólidos al lactante, quien se alimenta llevando estos de forma autónoma a la boca. Los bebés se autorregulan y son los protagonistas de su alimentación, uniéndose así de forma más rápida a las comidas y rutinas alimenticias familiares, promoviendo así hábitos alimenticios saludables desde las primeras edades.

A la hora de poner en práctica este tipo de alimentación, no existen patrones únicos y rígidos, sino que se trata de un proceso flexible, en el que influye tanto el ambiente social, como familiar, y principalmente los intereses y gustos individuales del niño.

Este método muestra múltiples ventajas en el desarrollo y práctica infantil, así como en sus aprendizajes acerca de la alimentación y los hábitos saludables:

- La práctica del BLW puede fomentar el desarrollo de habilidades motoras finas y gruesas en los bebés, ya que les permite manipular los alimentos y llevarlos a la boca de forma independiente (Brown et al., 2020).
- Al permitir que los bebés exploren una variedad de texturas, sabores y colores de alimentos desde el principio, el BLW puede promover una mayor aceptación de alimentos y una dieta más variada a largo plazo (Brown et al., 2020).
- El bebé controla la cantidad de alimentos que consume y responde a sus señales de hambre y saciedad, lo que puede fomentar la autorregulación del apetito y la prevención de la obesidad infantil (Rowan et al., 2019).

Sin embargo, también podemos encontrar algunos inconvenientes, entre los que cabe destacar:

- Algunos estudios han sugerido que los bebés que practican BLW pueden tener una ingesta de hierro inferior en comparación con aquellos que siguen métodos tradicionales de alimentación complementaria, lo que podría aumentar el riesgo de deficiencia de hierro (Brown et al., 2020).
- La implementación del BLW puede ser estresante para algunos padres, especialmente aquellos preocupados por el riesgo de atragantamiento o la cantidad de alimentos que consume su bebé (Rowan et al., 2019).
- Uno de los principales riesgos asociados con BLW es el riesgo de atragantamiento, ya que los bebés pueden no tener las habilidades motoras suficientes para manejar ciertos alimentos sólidos (Brown et al., 2020).

Macías (2021) menciona la existencia de padres y madres que temen al uso de este método debido a la preocupación y desconfianza en las capacidades del niño y su habilidad para ingerir los alimentos sin atragantarse. Para erradicar esta preocupación de los progenitores existen numerosas actuaciones que podemos tener en cuenta para solventar situaciones complicadas o de riesgo para los niños durante este proceso.

Algunas de las actuaciones propuestas por Cameron et al. (2019) mencionan que es importante la selección de aquellos alimentos que sean seguros y fáciles de manejar e ingerir por el bebé. Se deben evitar alimentos duros, pequeños, redondos o pegajosos, siendo estos aquellos que presentan mayores riesgos de atragantamientos en su ingesta. En esta línea, Brown et al. (2020) menciona que se recomienda ofrecer alimentos blandos, cocidos y en trozos grandes, siendo estos fáciles de sostener y tragar para el bebé.

A su vez, los adultos encargados de supervisar al bebé durante la alimentación deben poseer ciertos conocimientos y orientaciones acerca de la identificación y signos de atragantamiento, tanto de cómo actuar ante estas situaciones. Además, deben considerar la salud postural y su importancia durante el proceso de alimentación, ya que los bebés deben poseer la capacidad de mantenerse erguidos.

En caso de que los padres se nieguen al uso de este método debido a su preocupación o temor por el riesgo de atragantamiento se habla de una variante del Baby-Led Weaning, conocido como “Baby-Led Weaning combinado o mixto”, en el cual se combina una alimentación basada en purés, con la introducción de alimentos sólidos, generalmente ofrecidos en porciones pequeñas.

Por otro lado, el método Pikler se entiende como un referente que promueve el movimiento libre y la autonomía del niño desde los primeros meses de vida. Según Pikler et al. (2021), el método se basa en el respeto al ritmo individual de cada lactante, y sostiene que el bebé, en un entorno preparado con mobiliario adaptado y objetos sencillos, debe tener la oportunidad de explorar su cuerpo y sus capacidades motrices sin la intervención del adulto. Además, autores como Fombona et al. (2022), mencionan su utilidad en el desarrollo de la psicomotricidad infantil, en un clima de observación atenta y no directa por parte del educador, quien actúa como figura que garantiza la seguridad y el espacio, pero sin imponer movimientos ni posturas.

Este enfoque introduce una dimensión de empoderamiento sensorial donde el niño selecciona postura, utensilios y texturas, favoreciendo una relación saludable con la comida. Así, la transición de líquidos a sólidos se convierte en una experiencia de descubrimiento autónomo, donde el bebé regula su ingesta y refuerza la confianza en sus señales internas de hambre y saciedad. Autores como González et al. (2023) defiende que, la implementación del método Pikler promueve una disminución significativa de conductas de rechazo alimentario y una mayor disposición a probar alimentos nuevos, al compararlo con métodos convencionales basados en la imposición de texturas y volúmenes.

Desde una perspectiva educativa, López et al. (2025) señala que la aportación del método en el aula de 0-3 años exige una formación específica del profesorado, enfocada en desarrollar habilidades de observación, paciencia y confianza en el ritmo del niño. Esto implica diseñar espacios versátiles y establecer rutinas de alimentación que respeten la iniciativa del menor.

#### **4.5. Prácticas y metodologías de la Alimentación Complementaria**

La alimentación complementaria no debe abordarse únicamente como un proceso biológico o nutricional, sino también como una oportunidad educativa desde los primeros años de vida. Tal como señala Bernabeu-Peiró (2016), la educación alimentaria en etapas

tempranas permite fomentar hábitos de vida saludables a través de estrategias pedagógicas adaptadas, fiables y coherentes en el desarrollo del niño. En este sentido, el contexto escolar, y especialmente las aulas de Educación Infantil, representan espacios clave para acompañar y reforzar el tránsito alimentario en estrecha colaboración con las familias.

Desde la práctica educativa, se han desarrollado diferentes metodologías que pueden integrarse en el entorno escolar con el fin de favorecer una transición alimentaria respetuosa, segura y adaptada a cada menor. Estas metodologías no sólo atienden al tipo de alimentos que se introducen, sino que inciden en cómo se acompaña ese proceso desde el aula y en la interacción con el entorno familiar.

Una de las prácticas más comunes es la introducción gradual de alimentos, que respeta el ritmo evolutivo de cada niño y se adapta a sus capacidades motrices y de masticación. Desde el ámbito educativo, esta metodología requiere observar atentamente el desarrollo individual y proporcionar experiencias sensoriales progresivas, ofreciendo variedad de texturas y sabores de manera segura y supervisada. Se corresponde con el método mencionado previamente como método convencional, el cual se basa en la introducción gradual de alimentos en la dieta del bebé. Se comienza con la inclusión de papillas y purés suaves, progresando con alimentos sólidos adaptados a las habilidades del niño.

Por otro lado, enfoques más innovadores como el Baby - Led Weaning (BLW) y la alimentación sensible al bebé pueden inspirar prácticas pedagógicas centradas en la autonomía y la autorregulación. En estos casos, Ward et al. (2018) menciona que el papel del docente se orienta a facilitar entornos estructurados pero flexibles, que permitan al niño explorar los alimentos con libertad, fomentar la experimentación y fortalecer la confianza en sus propias decisiones alimentarias. Los cuidadores observan y respetan las señales de los bebés, ofreciendo alimentos cuando el bebé muestra interés y deteniéndose cuando el bebé indica estar satisfecho.

En la práctica diaria, los docentes pueden implementar estrategias como:

- Organizar actividades de exploración sensorial con alimentos seguros, promoviendo el descubrimiento de olores, colores y texturas.
- Fomentar rutinas de alimentación que permitan la toma de decisiones por parte del niño.

- Incluir la alimentación como contenido transversal de forma integrada en proyectos globalizados, cuentos, juegos simbólicos y espacios de diálogo.
- Promover la colaboración escuela-familia, estableciendo una comunicación constante sobre los hábitos alimentarios del hogar y del centro.
- Coordinarse con profesionales sanitarios o del comedor escolar para asegurar prácticas coherentes y consensuadas.

De este modo, se cumplen las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría (2018) basadas en la importancia de introducir alimentos sólidos según la evolución de cada menor, y la relevancia de trasladar este aspecto al contexto educativo como base de una intervención didáctica segura y significativa.

#### **4.6. Desafíos en la transición a la alimentación complementaria**

La transición de la lactancia a la alimentación complementaria es un periodo crucial en el desarrollo de los niños, presenta múltiples desafíos en su proceso, tanto para los propios niños como para los adultos que les acompañan en el proceso (familiares, educadores, cuidadores, etc.).

Entre los obstáculos más comunes que podemos encontrar en el proceso de transición alimenticia destaca la aceptación por parte de los niños a ingerir nuevos alimentos. Taylor et al. (2017) afirma que durante la transición a la alimentación complementaria es común que los niños muestren resistencia para probar e ingerir nuevos alimentos, lo que produce una dificultad para la obtención de una dieta variada y equilibrada. Esta dificultad suele ir ligada principalmente con los gustos e intereses de los niños que influyen directamente en la aceptación o el rechazo hacia los alimentos que se les proporcionan. Aquellos alimentos que presentan altos niveles de sal y azúcar crean una gran adicción y alteran en gran medida el paladar de los niños. Por ello, una de las principales recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el ofrecimiento de alimentos completamente naturales en estas primeras edades.

Otro de los desafíos más comunes son las inquietudes de los padres a la hora de afrontar este tránsito. Una de las principales preocupaciones es la garantía de una adecuada nutrición. Agostoni et al. (2019), menciona que este nerviosismo se basa en la incertidumbre

sobre el consumo de una alimentación variada que aporte los requisitos necesarios para el crecimiento y desarrollo de los niños.

En el entorno escolar, la AC requiere de una coordinación efectiva entre los centros educativos, los profesionales sanitarios y las familias, para garantizar que las prácticas alimentarias sean coherentes y seguras. Martínez Rubio et al. (2018), menciona que un estudio publicado en la Revista de Pediatría de Atención Primaria reveló la existencia de una amplia variedad de indicaciones de los pediatras sobre la AC, incluyendo diferencias en la edad de introducción y en los métodos, generando de este modo confusión en los docentes y familias y su práctica y supervisión de las comidas, marcando una necesidad de establecer protocolos claros y consensuados sobre esta práctica.

## 5. METODOLOGÍA

El presente Trabajo de Fin de Grado se enmarca en un enfoque metodológico mixto de carácter cualitativo-cuantitativo, con el objetivo de analizar las prácticas y percepciones de los docentes de Educación Infantil en relación con la transición de la lactancia a la alimentación complementaria. Este enfoque permite abordar el estudio desde una perspectiva amplia y comprensiva, integrando tanto información estadística como interpretaciones subjetivas de las personas participantes.

### **Instrumento de recogida de datos**

Como técnica principal de recogida de información se utiliza un cuestionario diseñado ad hoc, elaborado a través de la herramienta digital Google Forms, lo que ha permitido facilitar su acceso, distribución y recolección en tiempo real.

Este cuestionario integra preguntas de opción múltiple, escalas de valoración y preguntas abiertas, con el objetivo de obtener, por un lado, datos cuantificables sobre las experiencias y conocimientos generales del profesorado, y por otro, apreciaciones más subjetivas que permitan profundizar en sus vivencias, reflexiones y posicionamientos respecto a esta etapa del desarrollo infantil.

El cuestionario consta de 20 ítems, distribuidos en cinco bloques temáticos:

1. *Información personal.* Incluye preguntas sobre edad, género, años de experiencia docente, nivel educativo en el que trabaja, tipo de centro educativo en el que imparte docencia y localización del centro educativo. Estos aspectos son relevantes para el posterior análisis, en el que se observará la influencia de estos factores en la formación y práctica del proceso de transición alimentaria.
2. *Conocimiento y preparación.* Permite conocer la formación y el nivel de conocimiento docente señalando la realización de cursos relacionados con el contenido, así como los métodos que desarrollan para realizar prácticas actualizadas en el tránsito a la alimentación complementaria.
3. *Colaboración con las familias.* Se recoge información sobre la existencia o no de prácticas comunicativas con las familias antes y después de las prácticas de transición en el centro escolar, así como una reflexión más personal sobre este tipo de comunicación.

4. *Prácticas alimentarias en el aula.* Se plantean preguntas de opción múltiple y abiertas, en las que se pretende extraer la información necesaria sobre las prácticas que se desarrollan en los centros educativos, según la edad de inicio, la complementariedad con la lactancia materna, el uso de diversas estrategias o la atención a las peculiaridades de cada niño.
5. *Recomendaciones y mejoras.* En este último apartado, se plantea una pregunta abierta sobre aspectos de mejora o recomendaciones que los docentes consideran útiles y oportunas en el proceso del tránsito a la alimentación complementaria en los centros educativos, se trata de conocer las consideraciones sobre los cambios necesarios u otras aportaciones que puedan ayudar a la mejora de esta práctica docente.

A continuación, se añade el enlace del cuestionario para su posible observación:  
<https://forms.gle/kq1SFpw3SUXpyLd89>

Esta estructura responde a la necesidad de profundizar en las representaciones del profesorado sobre su rol en la etapa 0-3 años, especialmente en relación con la alimentación, de acuerdo con Martínez Rubio et al. (2020), un aspecto cada vez más reconocido dentro del desarrollo integral infantil.

### **Muestra**

La muestra del estudio se compone por 27 docentes en activo del primer ciclo de Educación Infantil, quienes responden voluntariamente al cuestionario diseñado. En cuanto a las características de los participantes, el 100% de las participantes fueron mujeres, dato que pone de manifiesto la feminización del sector infantil, en línea con estudios previos como los de Rodríguez et al. (2021) que evidencian el rol de cuidadora adoptado por la mujer de forma social en las primeras etapas de desarrollo.

La edad de las participantes es variada, observándose una representación de distintas generaciones, con una media de 36 años aproximadamente, lo que refleja una combinación de profesionales jóvenes y otras con mayor trayectoria en el sector. Además, respecto a la experiencia docente, se identifican perfiles con amplia experiencia, así como otras que se encuentran en el inicio de su carrera. Esta diversidad permite analizar cómo los años de experiencia pueden influir en las prácticas alimentarias o en la seguridad con la que se abordan ciertos métodos, tal como se analiza posteriormente en los bloques de resultados.

En cuanto al tipo de centro educativo, se observa que las docentes trabajan en contextos variados, tanto públicos como privados. Esta heterogeneidad institucional resulta relevante, ya que el modelo de gestión de centro influye directamente en las prácticas del tránsito alimentario, en la coordinación con las familias y en la aplicación de estrategias.

En definitiva, se trata de una muestra variada en múltiples aspectos, lo cual proporciona un amplio enriquecimiento de los resultados, dando a conocer diferentes puntos de vista referentes a las prácticas, las preocupaciones y el nivel de formación del profesorado de Educación Infantil.

### **Procedimiento**

El cuestionario se distribuye electrónicamente a una muestra de maestros de Educación Infantil en activo, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, aprovechando canales digitales de contacto directo con docentes, redes profesionales en educación infantil, grupos de redes sociales y correos electrónicos. Esta modalidad de muestreo se considera adecuada dado el carácter exploratorio del estudio y los recursos disponibles para su realización. Además, se garantiza la participación voluntaria, el anonimato y la confidencialidad de los participantes y sus respuestas.

El cuestionario se mantuvo activo durante un período de varios meses, en los cuales se recibieron 27 respuestas válidas, correspondientes a docentes que ejercen su labor con alumnos de 0 a 3 años. La información obtenida se almacena automáticamente en hojas de cálculo por Google Forms, facilitando de este modo su análisis estadístico y cualitativo para la interpretación de resultados.

### **Análisis de datos**

El análisis de datos se realiza en dos fases diferenciadas, atendiendo a la naturaleza mixta de la metodología. Por un lado, se analizan los datos cuantitativos obtenidos de las respuestas de las preguntas cerradas mediante procedimientos estadísticos descriptivos, como la distribución de frecuencias o porcentajes, a través de las hojas de cálculo de Google Sheets. Esto permite visualizar los patrones generales de las respuestas y representar gráficamente la información mediante gráficos que acompañan el apartado de resultados. Por otro lado, se analizan los datos cualitativos derivados de las preguntas abiertas que se revisan, clasifican y agrupan en diferentes categorías según el contenido expresado por los participantes. Además, siguiendo los bloques temáticos del cuestionario, se establecen

conexiones entre los datos cualitativos y cuantitativos obtenidos añadiendo en cada uno de ellos la relación existente con el bloque 1, a través del cual se conoce el perfil de los participantes.

Para asegurar la coherencia interpretativa, se realiza una triangulación de los resultados, comparando las respuestas cualitativas con los datos estadísticos y la fundamentación teórica desarrollada en el marco del trabajo. Este enfoque permite una visión completa del estudio, contrastando las percepciones docentes con los aportes científicos sobre alimentación complementaria y su práctica en entornos educativos.

De esta manera, el análisis no solo permite conocer el grado de formación o las prácticas existentes, sino también comprender la visión docente, sus preocupaciones y propuestas para el desarrollo del rol educativo en este ámbito tan específico y sensible del desarrollo infantil.

## 6. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados organizados por bloques temáticos, siguiendo la estructura del instrumento de recogida de datos:

### *Bloque 2. Formación y conocimientos sobre la alimentación complementaria*

A través de este bloque se recoge información sobre el nivel de formación que el profesorado considera tener en relación con la alimentación complementaria, así como su conocimiento sobre metodologías específicas. Además, se investiga sobre su formación previa y cómo valoran dicha formación.

#### **Figura 1**

##### *Formación previa recibida por el profesorado*



En cuanto a la pregunta abierta relacionada con los métodos de formación y actualización de conocimientos sobre alimentación complementaria, las respuestas recogidas evidencian un patrón común de autoformación a través de internet. Se encuentran respuestas como “*leer artículos*”, “*cursos online*”, “*redes sociales*”, “*páginas web*” o “*buscar información en internet*” de manera reiterada. Otros docentes indican recurrir a la experiencia y a las instrucciones transmitidas por las familias. Sin embargo, algunos participantes mencionan el uso de enfoques educativos concretos, como “*el método de Emmi Pikler*”. Por último, un número reducido de respuestas muestran no haber recibido ninguna formación específica sobre el tema.

### *Bloque 3. Comunicación y coordinación con las familias*

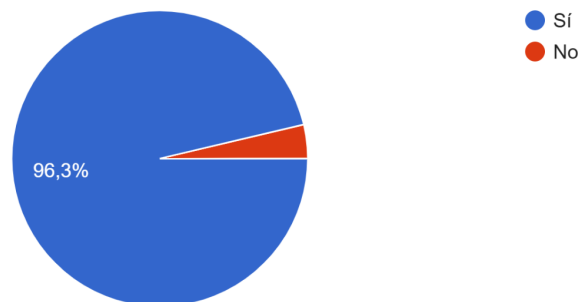
Este apartado del cuestionario se centra en el tipo de relación que el profesorado mantiene con las familias respecto al proceso de transición alimentaria. Se incluyen cuestiones sobre el momento en el que tiene lugar la comunicación, haciendo referencia a un periodo anterior y durante la práctica.

#### **Figura 2**

*Porcentaje sobre la comunicación previa del docente con las familias*

¿Mantienes comunicación con las familias antes de la práctica de la transición alimentaria en el entorno escolar?

27 respuestas

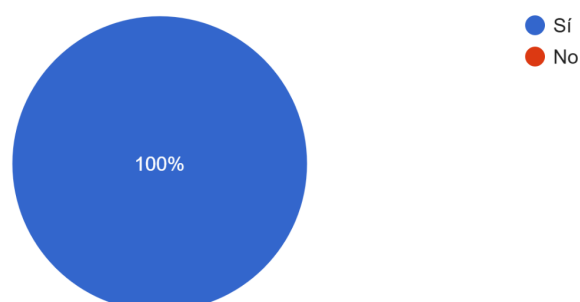


#### **Figura 3**

*Porcentaje de la comunicación continua del docente con las familias*

¿Mantienes comunicación con las familias durante la práctica de la transición alimentaria en el entorno escolar?

27 respuestas



En relación con la pregunta abierta sobre los enfoques, preferencias y pautas alimenticias indicadas por las familias, los docentes destacan una colaboración mayoritariamente positiva y constante. Muchos afirman recibir *“pautas según indicaciones de pediatra o preferencias propias”*, manteniendo una *“comunicación continua sobre el proceso”* y evitando incluir *“nada que en casa no se haya probado previamente, por tema alergias”*. Otros mencionan la existencia de *“conversaciones previas al ingreso escolar”* y la necesidad de *“trabajar en coordinación con la familia según el niño”*. También se hace referencia a que *“cada vez más familias siguen el método BLW”* y que el centro *“informa sobre la transición alimentaria y recomendaciones básicas”*. No obstante, algunos docentes señalan limitaciones como *“información escasa”* o *“ausencia de pautas concretas”*.

#### *Bloque 4. Prácticas alimentarias en el contexto educativo*

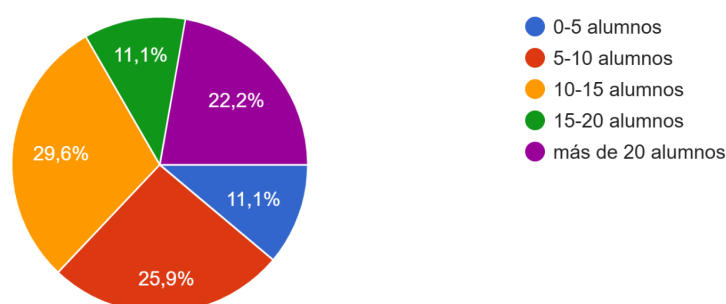
En este bloque se recopila información sobre las actuaciones llevadas a cabo por el profesorado en el aula con relación a la alimentación complementaria. Se incluyen aspectos como la edad de los niños en el inicio y fin del proceso, los métodos que se promueven, y las estrategias que se aplican para fomentar la autonomía y el respeto por el ritmo individual de los niños.

### **Figura 4**

#### *Alumnos alimentados de forma simultánea en el aula*

¿Cuántos alumnos se alimentan de forma simultánea en la escuela?

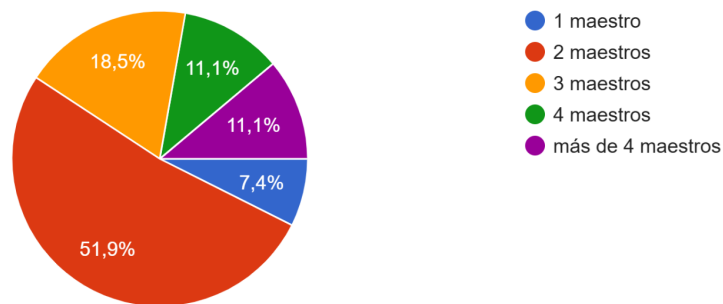
27 respuestas



### **Figura 5**

#### *Docentes presentes en el proceso de alimentación en el aula*

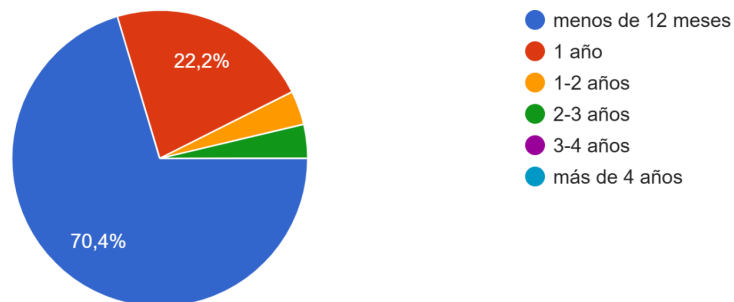
¿Cuántos maestros están presentes durante el proceso de alimentación de los alumnos?  
27 respuestas



**Figura 6**

*Edad de inicio de la alimentación complementaria según los docentes*

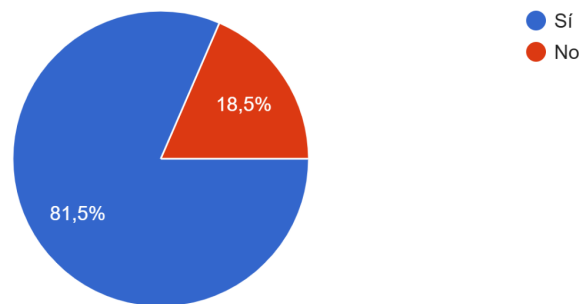
¿A qué edad se suele comenzar el proceso de transición alimenticia?  
27 respuestas



**Figura 7**

*Porcentaje del mantenimiento de la lactancia materna durante el tránsito alimentario*

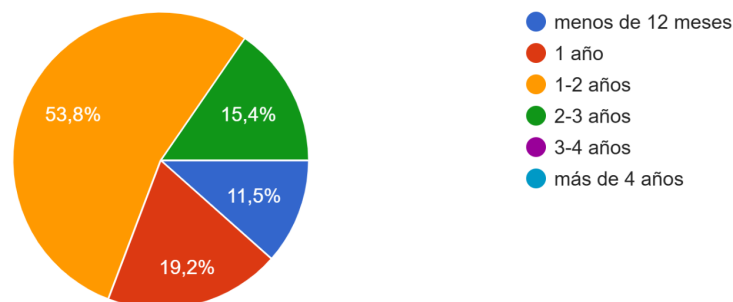
¿Durante el periodo de transición alimenticia los niños siguen manteniendo la lactancia materna?  
27 respuestas



**Figura 8**

*Edad límite de la lactancia materna según los docentes*

En caso de que la respuesta anterior sea "sí". ¿Hasta que edad suelen continuar con la lactancia materna?  
26 respuestas



Las respuestas recogidas muestran una amplia variedad de experiencias prácticas respecto a la convivencia entre la lactancia materna y la introducción de la alimentación complementaria en los centros educativos. Algunos docentes indican que “*normalmente nos tarea la leche materna sacada para dársela en biberón*” o que “*suelen tomar leche materna en casa si están en transición*”, reflejando una coordinación con las familias en cuanto a la gestión de la lactancia. También se mencionan estrategias como “*espaciando las tomas de leche materna para introducir los alimentos*” y “*recibir la leche materna de la madre e implementarlo junto a la comida*”.

Otras respuestas hacen referencia al respeto del ritmo de cada familia y menor, señalando que el proceso se afronta *“con calma y con respeto hacia el niño”*, *“respetando las decisiones de cada familia”* y *“siguiendo el ritmo de ellos y ellas en todo momento”*. Algunas opiniones reflejan dificultades como *“resulta complicado debido a las ratios de alumnos”* o *“en algunos casos prueban primero en la escuela infantil y luego en casa, sin tener en cuenta los riesgos que corremos”*.

Por otro lado, las respuestas manifiestan que la gestión de las comidas durante el período de transición alimentaria en los centros educativos se caracteriza por la flexibilidad, la adaptación individualizada y la coordinación con las familias. Muchas docentes afirman que se siguen *“las pautas dadas por las familias y se personaliza cada caso”* o que existe una *“constante comunicación con la familia”* para asegurar una transición coherente entre el hogar y la escuela.

Se reflejan preocupaciones por respetar el ritmo y las necesidades del niño, tal como indican expresiones como *“organización flexible y adaptada a cada niño”*, *“se tiene en cuenta sus horarios”*, *“ajustándose a la familia y al niño”* y *“siempre se siguen los ritmos de cada uno de ellos”*. Algunos centros optan por una introducción gradual de los alimentos, afirmando que *“se comienza con trocitos, después se introducen primeros platos y finalmente se pasa al sólido”*, mientras que otros mencionan la gestión conjunta con la cocina del centro y la evaluación del nivel de preparación de cada menor.

También se señalan respuestas como *“hay un horario de comidas en los niños mayores de 1 año y en los menores de 1 año nos ajustamos a su demanda”*. Además, se remarca la importancia del *“acompañamiento y seguridad del adulto”* especialmente durante esta etapa de transición. Algunas respuestas también destacan prácticas específicas como *“primero se les da la comida entera y después se complementa con el puré”* o *“dependiendo de la hora a la que lleguen al centro, se les da un biberón antes de la comida principal”*.

Los docentes destacan como principales estrategias el fomento de la autonomía y el respeto por los ritmos individuales del niño. Se menciona con frecuencia *“permitir que los niños manipulen y exploren los alimentos”*, así como *“que coman solos”* desde edades tempranas. Varias respuestas mencionan el uso del refuerzo positivo, la observación de los compañeros como modelo, y el acompañamiento *“con paciencia y sin prisa”*. También se integran prácticas como *“ofrecer utensilios adaptados”*, *“retirar progresivamente el biberón”* o *“introducir rutinas como poner la mesa”*.

También se muestran diversas medidas adaptadas a las necesidades alimentarias específicas, siendo prioritario el *“control de alérgenos y la prevención de contaminaciones cruzadas”*. Entre las estrategias mencionadas destaca la *“comunicación con las familias”*, *“la elaboración de menús específicos por parte de nutricionistas o empresas de catering”*, y la *“identificación visual de los niños con alergias mediante señalización en espacios comunes o en la cocina”*. En algunos casos, los propios progenitores aportan los alimentos, y los docentes aplican protocolos de higiene reforzada (lavado de manos, limpieza de utensilios o uso de mesas separadas). También se mencionan protocolos institucionales que contemplan formación del personal, restricciones alimentarias en el aula y control estricto del entorno del menor.

En relación con las medidas empleadas para crear ambientes positivos en torno a la alimentación, las docentes destacan la importancia de *“comer todos juntos y crear un ambiente distendido y tranquilo”*, así como *“hacer de la comida un momento cálido que comparten con sus compañeros”*. Se promueve la autonomía infantil mediante *“canciones, cuentos, juegos simbólicos”*, y se cuida que *“cada niño tome su tiempo para todo”*, evitando forzar la alimentación *“hay que comer por placer, lo que nos apetezca”*. También se mencionan rutinas que refuerzan el hábito de *“lavarse las manos”*, *“tener horarios fijos”* y *“comer en su propia aula”*, contribuyendo a un entorno organizado. Algunas docentes indican que utilizan recursos como *“música”*, *“huerto escolar para motivar comer verdura”*, o incluso el *“método Emmi Pikler”*. Finalmente, se insiste en generar un clima emocionalmente seguro *“se intenta que todos estén calmados”* y se cuida incluso *“la temperatura del aula”*.

Por último, en cuanto a los indicadores de largo en el proceso de transición, las docentes destacan múltiples elementos vinculados tanto a la *“autonomía alimentaria”* como a la *“aceptación progresiva de nuevos alimentos”*. Algunas respuestas señalan como referencia *“ir viendo la evaluación de cada niño y seguir el proceso de la mano de las familias”*, así como la capacidad de *“comer de todo y en sólido”* o *“comer de manera autónoma alimentos variados y saludables”*. También se mencionan logros específicos como que el niño *“utilice los cubiertos”*, *“se mantenga sentado sin apoyo”* o *“disminuya progresivamente el uso del biberón”*. El aspecto emocional aparece reflejado en afirmaciones como *“que el alumno disfrute de la alimentación y se sienta autosuficiente y seguro en el proceso”* o que *“termine adquiriendo una buena relación con la comida”*.

### *Bloque 5. Propuestas y reflexiones del profesorado*

Este bloque, de carácter abierto, recoge sugerencias y observaciones del profesorado respecto a cómo podría mejorarse el acompañamiento educativo durante la transición alimentaria. Se incluyen aspectos como demandas formativas, propuestas de coordinación con las familias y reflexiones sobre la necesidad de mayor implicación institucional.

Una de las respuestas más recurrentes es la *“importancia de ir de la mano de las familias”*, así como el respeto de valores como la paciencia, el respeto de los tiempos y la creación de un ambiente emocional seguro y sin presiones, expresando afirmaciones como *“calma, tiempo, cuidado y respeto”* o *“no obligar a los niños a comer, solo incitar a probar”* para evitar que este momento se convierta en algo negativo.

En cuanto a prácticas educativas, se sugiere *“dejar que los niños coman con las manos”*, *“introducir los alimentos poco a poco y en pequeñas cantidades”* y *“evitar el uso de sal y azúcar”*, así como fomentar la autonomía mediante acciones como *“llevar a cabo actividades relacionadas con el alimento”* o *“dejar que el niño coma solo”*.

## 7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En esta sección se realiza un análisis interpretativo de los datos obtenidos mediante el cuestionario, organizados en los mismos bloques temáticos que el apartado anterior.

### *Bloque 1. Perfil de los participantes*

El análisis de este primer bloque evidencia que el perfil del profesorado encuestado responde a un patrón común en Educación Infantil: feminizado, con experiencia acumulada, pero con necesidad de actualización y apoyo institucional para intervenir de forma efectiva en los procesos clave como la transición alimentaria. Las características del centro, el entorno y el nivel educativo influyen de manera directa en las posibilidades de actuación del profesorado y, por tanto, en la calidad del acompañamiento que pueden aportar a los niños en una etapa tan sensible del desarrollo.

### *Bloque 2. Conocimiento y formación docente sobre alimentación complementaria*

Las respuestas obtenidas sobre la formación del profesorado en relación con distintos contenidos específicos sobre alimentación en la primera infancia evidencia una formación parcial y fragmentada. Tal como se muestra en la Figura 1, los temas más tratados en la formación docente se centran en aspectos higiénico-sanitarios, pero sin abordar aspectos pedagógicos, emocionales y sociales de la alimentación en la infancia.

Las docentes más jóvenes, a pesar de haber finalizado recientemente sus estudios universitarios, no presentan mayor formación sobre este ámbito, lo que corrobora la información expuesta por Rodríguez et al. (2024), quienes advierten que los contenidos sobre alimentación complementaria siguen siendo escasos en la formación inicial del Grado en Educación Infantil. Esta falta de formación también se menciona en el marco teórico del trabajo, al señalar que, a pesar de la importancia de la alimentación como parte del desarrollo integral del niño, sigue sin estar debidamente incorporada en los programas universitarios ni en los planes institucionales de formación continua del profesorado.

Se tiene en cuenta las respuestas obtenidas en la pregunta abierta referente a cómo los docentes obtienen formación continua sobre el tránsito a la alimentación complementaria (ver página 29 del documento), se encuentran múltiples respuestas relacionadas con la autoformación y la falta de fuentes académicas, lo cual muestra que una parte importante del profesorado recurre a fuentes no siempre académicas ni verificadas para suplir la falta de

formación reglada. Aunque esta iniciativa demuestra interés y responsabilidad profesional, también plantea riesgos en cuanto a la calidad y la validez de la información adquirida, especialmente en un tema tan sensible como la nutrición infantil.

En este contexto, Egeland et al (2020) afirman que muchos profesionales de la educación buscan información sobre alimentación en medios digitales y redes, sin que exista un sistema que garantice la actualización y el filtrado riguroso de dicha información. En esta línea, Moreno Villares et al (2022) alertan sobre las confusiones que pueden generarse cuando el personal docente carece de formación basada en evidencias y accede a contenidos contradictorios o de baja calidad científica.

Algunas respuestas también hacen referencia al uso de fuentes como la Asociación Española de Pediatría, o al método Pikler, lo cual indica que una parte del profesorado sí busca referencias más especializadas y reconocidas, aunque estos casos son minoritarios dentro de la muestra.

En definitiva, este bloque refleja que la formación docente sobre la alimentación complementaria sigue siendo insuficiente, dispersa y poco estructurada. La mayoría de los docentes encuestados no han recibido formación curricular específica durante su etapa universitaria, y la formación continua sobre este tema no forma parte habitual de los planes institucionales, lo que obliga al profesorado a recurrir a recursos digitales de libre acceso, cuya validez y aplicabilidad no siempre están claras, generando desigualdades de conocimiento y posibles incoherencias en las prácticas educativas.

### *Bloque 3. Comunicación y coordinación con las familias*

Según las respuestas recogidas, que se muestran en la Figura 2 y Figura 3, los docentes manifiestan mantener contacto y comunicación con las familias tanto antes como durante el proceso de tránsito. Estas cifras evidencian una implicación docente en el acompañamiento activo y una coordinación entre escuela y hogar, que responde a la necesidad de garantizar coherencia educativa y bienestar nutricional en el alumnado.

Desde una perspectiva teórica, estos datos refuerzan lo planteado por Egeland et al. (2020) quienes señalan que la colaboración entre docentes y familias es clave para asegurar una transición respetuosa y adaptada a las necesidades del niño. Asimismo, Bernabeu-Peiró (2016) y la OMS (2020) afirman que una comunicación fluida no solo favorece el vínculo

familia-escuela, sino que también permite establecer pautas compartidas que previenen contradicciones, inseguridad o retrocesos en los hábitos alimentarios.

Al analizar las respuestas abiertas proporcionadas por las docentes, se identifican varios enfoques de esta comunicación. En primer lugar, se manifiesta que son las familias quienes indican las pautas que deben seguirse en el centro, a partir de las recomendaciones de su pediatra o sus preferencias personales. A su vez, el equipo docente respeta estas directrices y adapta la práctica escolar a ellas, informando periódicamente a las familias sobre la evolución del niño. Esta actitud de respeto a la individualidad familiar refuerza el concepto de “alimentación sensible”, abordado en el marco teórico como una metodología que responde a los ritmos, señales y contextos personales del niño según Ward et al. (2018).

En esta línea, muchas respuestas indican que no se introduce en el aula ningún alimento que no haya sido previamente probado en casa, una práctica vinculada a la prevención de alergias. Esta medida se asocia con las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría (AEP, 2018), que sugiere introducir alimentos de forma gradual, en el entorno familiar y con seguimiento pediátrico, para poder detectar posibles intolerancias. Algunas respuestas detallan el orden y espaciado con el que se introducen alimentos (verduras, proteínas, huevo, legumbres, etc.), señalando intervalos de 5 a 7 días entre cada nuevo ingrediente, lo que indica un alto grado de responsabilidad profesional y una coordinación efectiva con los entornos familiares.

No obstante, también aparecen respuestas que revelan dificultades o limitaciones en la comunicación, como muestran afirmaciones como *“la información que proporcionan las familias es bastante escasa”*. Este dato se considera relevante, ya que evidencia que, aunque exista colaboración, no siempre se dispone de protocolos o estructuras claras que garanticen un seguimiento continuo y bilateral. Como señala Otero-Mayer et al. (2021), una de las debilidades actuales del sistema educativo es la falta de espacios institucionales para el diálogo familia-escuela sobre aspectos no puramente académicos, como la alimentación o los cuidados.

También se observa cómo las docentes adaptan su discurso según el curso y el desarrollo del niño, proporcionando pautas más específicas a las familias de lactantes y recomendaciones generales sobre hábitos saludables a las familias de niños más mayores. Este enfoque evolutivo coincide con lo planteado en el marco teórico señalando las palabras de Maier et al.

(2018) sobre la importancia de atender a las características individuales de cada etapa, priorizando la construcción de hábitos desde la experiencia sensorial y la exploración guiada.

Por otro lado, algunas docentes mencionan que “*cada vez más familias adoptan metodologías como el Baby-Led-Weaning (BLW)*”, lo cual indica una transformación progresiva de los modelos alimentarios familiares. Sin embargo, las docentes no siempre cuentan con formación específica para acompañar esta práctica, lo que se relaciona con las conclusiones del bloque anterior sobre la falta de preparación formal. Esto puede generar situaciones de inseguridad o de contradicción entre los métodos familiares y las posibilidades reales del entorno escolar.

Cabe destacar también que la estructura del centro condiciona la comunicación y las opciones de personalización pueden ser limitadas, por ejemplo, centros donde la alimentación proviene de un catering, ya que se les proporciona la comida de la que se dispone. Sin embargo, se fomenta una buena práctica docente al informar a las familias y respetar las alergias e intolerancias.

Estos datos confirman que la comunicación entre docentes y familias es un componente fundamental en el acompañamiento del tránsito alimentario en la etapa de 0 a 3 años. Aunque la mayoría de las docentes realizan un seguimiento activo y manifiestan una actitud de respeto y colaboración, se evidencian carencias estructurales en cuanto a protocolos, formación y sistematización. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incluir contenidos sobre educación alimentaria colaborativa en la formación inicial docente y de desarrollar herramientas institucionales que fortalezcan la coordinación familia-escuela.

#### *Bloque 4. Prácticas alimentarias en el contexto educativo*

Según los resultados de la Figura 4, se evidencia una carga significativa en la ratio docente-alumnado durante los momentos de la comida, lo cual puede comprometer la calidad del acompañamiento. Esta información se relaciona de forma directa con el número de docentes presentes durante la alimentación representado en la Figura 5, que refleja que el 51,9% de los grupos son atendidos por dos docentes, llegando a identificar que la ratio es elevada en numerosos casos, especialmente cuando el número de alumnos supera los 15, lo que dificulta la atención individualizada y segura del alumnado.

Esta situación contradice las recomendaciones de la OMS (2020), que menciona la importancia de que el proceso de alimentación en la primera infancia debe estar acompañado

por adultos que puedan garantizar seguridad, atención emocional y apoyo a la autorregulación del niño. Tal como señala Bernabeu-Peiró (2016), una ratio adecuada es un factor esencial para que el momento de la comida se convierta en una experiencia educativa y de bienestar. La falta de personal suficiente puede limitar la posibilidad de aplicar metodologías como el BLW o el acompañamiento sensible, lo que refuerza la necesidad de establecer criterios de calidad en la etapa de 0 a 3 años.

Al analizar los datos según los años de experiencia del profesorado, se detecta que las profesionales con mayor trayectoria tienden a asumir grupos más numerosos con menos recursos de apoyo, lo que se puede deber tanto a la estructura organizativa de los centros como a la distribución de tareas basadas en la antigüedad. Por su parte, las docentes más jóvenes manifiestan una mayor inseguridad para afrontar este momento.

Respecto a la edad de inicio del tránsito de la lactancia a la alimentación complementaria en el entorno escolar, los datos de la Figura 6 reflejan que en el 70,4% de los casos este proceso comienza cuando el niño tiene menos de 12 meses, lo cual está en concordancia con la recomendación de la OMS (2023) de iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses. El resto de casos indican que se inician a partir del primer año, entre el primer y segundo año, y entre el segundo y el tercer año, quedando este periodo muy lejano de la recomendación de la OMS.

Este dato confirma que los centros educativos suelen implicarse desde etapas tempranas en el acompañamiento de la alimentación, siendo crucial que los equipos docentes cuenten con formación específica para garantizar una transición segura y adecuada. Según Maier et al. (2018), una introducción temprana, pero no forzada, de alimentos sólidos permite favorecer la aceptación de texturas y sabores, siempre que se respete el desarrollo neuromotor del niño y se mantenga la lactancia como base nutricional.

Un factor clave de este bloque es la coexistencia de la lactancia materna con la alimentación complementaria. En la Figura 7 se muestra que un 81,5% de las docentes confirman que en su centro se mantiene la lactancia al mismo tiempo que se inicia el tránsito alimentario. En cuanto a la duración de esta lactancia complementaria, los resultados de la Figura 8 muestran una amplia diversidad: el 11,5% afirma que la lactancia finaliza antes de los 12 meses, el 19,2% hasta el año de edad, el 53,8% indican que se mantiene hasta el primer o segundo año de edad, y el 15,4% entre los dos y los tres años.

Estos resultados son coherentes con la información de la OMS (2023) y la AEP (2018), que recomiendan mantener la lactancia materna mínimo hasta los dos años, siendo esta complementada con alimentos adecuados, seguros y nutricionales. Sin embargo, algunas respuestas abiertas reflejan creencias erróneas, como la idea de que *“el pecho más allá del año es contraproducente”*, lo cual según Gubbels et al. (2020), pone en evidencia la falta de documentación actualizada, que puede condicionar negativamente tanto la práctica educativa como la orientación que se ofrece a las familias, lo que refuerza la necesidad de intervenciones formativas específicas.

En lo referente a las estrategias utilizadas durante la transición alimentaria, las respuestas muestran una gran diversidad, aunque casi todas ellas destacan la necesidad de mantener una coordinación estrecha con las familias, de respetar los ritmos individuales y de introducir alimentos de manera paulatina. En algunas ocasiones describen el proceso como flexible, permitiendo ajustar horarios y alimentos en función de las necesidades del niño. Otras, sin embargo, reconocen que la alimentación está ligada a horarios fijos y alimentos marcados, limitando así las posibilidades de individualización.

De este modo se refleja una tensión entre el ideal de una alimentación respetuosa y las limitaciones estructurales del sistema educativo. Tal como se menciona en el marco teórico, la alimentación no puede ser entendida solo como una necesidad biológica, sino como un proceso educativo que promueve la autonomía, la confianza y la autorregulación del niño. Una alimentación demasiado reglada y rígida puede generar rechazo o ansiedad, mientras que una alimentación acompañada, flexible y acordada por el niño y el adulto refuerza una relación positiva con la comida.

Las respuestas relacionadas con la autonomía alimentaria de los niños describen prácticas en las que los niños manipulan los alimentos, aprenden a utilizar los cubiertos, mencionan las cantidades que quieren comer, comen con otros compañeros y observa cómo comen los demás. También se mencionan estrategias de motivación como los refuerzos positivos, el juego simbólico o la observación de los compañeros.

Estas prácticas mencionadas se relacionan con los planteamientos pedagógicos como el BLW, buscando el disfrute, respeto de los ritmos y construcción de una imagen positiva del propio cuerpo según Brown et al. (2020) y Ward et al. (2018). Sin embargo, también se identifican respuestas con métodos poco fundamentados o dispersos, resaltando de nuevo la falta de formación sobre este tema.

En cuanto a las necesidades alimenticias específicas, las docentes mencionan la existencia de protocolos de seguridad, priorizando la comunicación con las familias y evitando el consumo de nuevos alimentos en el centro educativo. Algunas de las medidas más mencionadas son el uso exclusivo de utensilios, la adaptación de menús, una buena higiene y la evitación de contaminación alimenticia.

Estos procedimientos coinciden con los estándares de seguridad alimentaria establecidos por la OMS (2020) y la FAO (s.f.), que insisten en la necesidad de garantizar una alimentación segura y libre de riesgos. No obstante, también se observan algunas respuestas en las que se manifiesta poca implicación docente, dejando la responsabilidad completamente en manos de los padres evidenciando desigualdades en la protección alimentaria, siendo necesaria la implementación de protocolos universales, amputados y compartidos por todos los agentes educativos.

Finalmente, las docentes destacan la importancia de crear ambientes tranquilos, seguros y emocionalmente positivos durante las comidas. Se mencionan acciones como mantener rutinas estables, evitar distracciones y permitir que cada niño coma a su ritmo. Estas respuestas se corresponden con las orientaciones recogidas en el marco teórico por la OMS (2020) y Ward et al (2018), donde se menciona que el ambiente influye de manera decisiva en la aceptación de alimentos y en la construcción de hábitos saludables.

Algunos de los indicadores de logro mencionados por las docentes son el desarrollo de la autonomía, la aceptación de nuevos alimentos, el disfrute del momento de la comida y la adecuada coordinación con las familias. Todos ellos se relacionan en la búsqueda de un adecuado desarrollo infantil, en el que la alimentación sea entendida como parte del proceso de aprendizaje, socialización y bienestar del niño.

#### *Bloque 5. Propuestas y reflexiones del profesorado*

Este último bloque del cuestionario se centra en la recopilación de sugerencias expresadas libremente por las docentes respecto a las mejoras que consideran necesarias para garantizar una transición alimentaria adecuada y respetuosa en los centros de educación infantil.

Una de las recomendaciones más repetidas es la necesidad de respetar los tiempos y ritmos de cada niño durante el proceso de transición alimentaria. Se insiste en que “cada niño necesita una forma diferente para aprender a ser autónomo” o que “es recomendable dejarles

experimentar con la comida”, reconociendo que el desarrollo de habilidades alimentarias no es uniforme y lineal. Esta visión se alinea con el enfoque de la alimentación sensible, según Ward et al (2018) promueve la observación activa y respeta las señales de hambre y saciedad; y con metodologías como el BLW, que como ya se ha mencionado en reiteradas ocasiones, promueve la participación autónoma del niño en el proceso.

Otro aspecto que destacan las docentes se basa en no obligar a comer, sino a probar, descubrir y disfrutar, evitando que este momento se convierta en una experiencia negativa. Promoviendo de este modo una sensibilización con los aspectos mencionados en el marco teórico sobre el bienestar emocional, la motivación intrínseca y la confianza corporal.

Otro aspecto destacable de estas respuestas se centra en la coordinación entre la escuela y la familia, considerada como “lo más importante para el niño”. Las docentes defienden mantener una comunicación continua, escuchar a las familias y acompañar el proceso desde una perspectiva compartida, adaptando las prácticas escolares a las decisiones y realidades del hogar.

De este modo se refuerzan los contenidos mencionados en el marco teórico por Maier et al (2018) y Egeland et al. (2020) sobre el papel activo de las familias en la construcción de hábitos saludables, y la necesidad de que los centros educativos no sustituyen, sino que complementen dichos procesos.

A pesar de recibir respuestas generales y poco precisas, otras ofrecen propuestas concretas y aplicables en el aula, como: evitar sal y azúcar, ofrecer agua en vaso, adaptar texturas y sabores a los gustos del niño, establecer horarios, fomentar que el niño coma solo, o usar actividades vinculadas a la alimentación como medio educativo. De este modo, se comparten pequeñas aportaciones que alinean con la AEP (2018) y la OMS (2023) en la búsqueda de una alimentación segura, equilibrada y adecuada al desarrollo del niño, integrando aspectos nutricionales, motores, sensoriales y emocionales.

No obstante, de nuevo aparecen respuestas poco precisas, indicando falta de formación y sistematización como “todavía me tendría que informar más del mismo, ya que no tengo apenas conocimiento de este ámbito”, “no sabría bien que recomendar” o que “simplemente lo hago”. Estas aportaciones evidencian de forma reiterativa la ausencia de un protocolo o guía común entre los centros, así como una falta significativa de formación docente en este ámbito de esencial relevancia en el desarrollo infantil.

## 8. CONCLUSIONES

El presente trabajo ha permitido profundizar en el análisis de la transición de la lactancia a la alimentación complementaria desde el ámbito educativo, destacando el papel fundamental del profesorado de Educación Infantil en la etapa de 0 a 3 años. A partir de los datos recogidos y contrastados con la literatura científica reciente, se han obtenido conclusiones relevantes que aportan nuevas perspectivas sobre la práctica docente en este proceso.

Se ha podido comprobar que, aunque los docentes muestran una actitud comprometida con el acompañamiento adecuado de la transición alimentaria, persisten carencias formativas, estructurales y metodológicas que limitan su capacidad de intervención fundamentada. El estudio revela una participación activa del profesorado en la coordinación con las familias y en la adaptación a las necesidades de los niños, aunque dicha actuación no se encuentra respaldada por una formación específica ni protocolos institucionales claros.

Respecto al nivel de conocimiento y formación del profesorado, los resultados evidencian una formación fragmentada y desigual, con una clara predominancia de contenidos higiénico-sanitarios frente a los pedagógicos. La mayoría de las docentes encuestadas mencionan recurrir a la autoformación a través de internet y redes sociales, lo cual refleja una falta de integración curricular de esta temática en los planes de formación inicial y continua. Esta carencia se puede traducir en inseguridades profesionales, desinformación o aplicación de métodos no fundamentados, tal como se ha reflejado en múltiples respuestas abiertas del cuestionario.

En relación con las prácticas docentes en el aula, se observa una gran diversidad de enfoques y estrategias, entre las que predominan aquellas orientadas al respeto de los ritmos individuales, la autonomía y la coordinación con las familias. No obstante, la ratio alumno-docente es en muchos casos elevada, lo que impide ofrecer una atención verdaderamente personalizada durante el momento de la alimentación. Además, se identifican limitaciones como la rigidez de los horarios o la dependencia de los servicios de catering, que dificultan la aplicación de metodologías innovadoras como el BLW o la alimentación sensible.

Centrado en la coordinación con las familias, se encuentran datos muy positivos, puesto que esta colaboración se basa en el respeto mutuo y la adaptación a las decisiones familiares,

siempre que estas sean coherentes y pautadas por un pediatra, contribuyendo de este modo en la construcción de un entorno adecuado para el desarrollo de hábitos saludables. Sin embargo, algunas respuestas también revelan dificultades derivadas de la falta de sistematización o protocolos comunes, relevando la necesidad de una estructura educativa que garantice una cooperación efectiva y estructurada.

Finalmente se conocen las dificultades y necesidades formativas que los docentes encuentran en los centros educativos relacionados con el tránsito de la alimentación. Muchas docentes carecen de seguridad a la hora de ofrecer recomendaciones o aplicar ciertas metodologías, y demandan la formación, recursos y tiempo para abordar esta etapa con mayor conocimiento.

En definitiva, los resultados obtenidos permiten concluir que la alimentación complementaria no solo constituye un proceso biológico, sino también una oportunidad educativa para el desarrollo de la autonomía, la autorregulación, la relación con la comida y el bienestar emocional de los niños. Para ello, es imprescindible que los docentes cuenten con una formación especializada, una ratio adecuada y estructuras de apoyo institucional que permitan aplicar prácticas respetuosas, individualizadas y basadas en la evidencia científica. Además, el vínculo entre la escuela y la familia se debe fortalecer para garantizar la coherencia, seguridad y eficacia de este proceso.

Por tanto, el estudio contribuye al reconocimiento del papel del profesorado como agente clave en el acompañamiento alimentario durante la primera infancia, y propone líneas de mejora que incluyen la inclusión de contenidos sobre alimentación complementaria en la formación inicial, el desarrollo de protocolos consensuados con equipos sanitarios y familias, y la revisión de las condiciones estructurales que afectan directamente a la calidad de las prácticas alimentarias en el entorno escolar.

## **9. LIMITACIONES Y OPORTUNIDADES**

En el desarrollo del presente estudio, se han identificado diversas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta al interpretar los resultados. En primer lugar, una de las principales limitaciones es el tamaño muestral reducido, compuesto por 27 docentes en activo de Educación Infantil. Aunque la muestra permite extraer conclusiones significativas y representativas dentro del enfoque exploratorio, no es posible generalizar los resultados para toda la población docente. Además, el muestreo probabilístico por conveniencia, aunque adecuado para el contexto del estudio, puede generar sesgos derivados de la disponibilidad, el interés o la experiencia previa de las personas que responden al cuestionario.

Una segunda limitación importante se basa en la composición de la muestra, que se reduce exclusivamente a respuestas de docentes de sexo femenino. Esta falta de diversidad de género impide explorar posibles diferencias en percepciones, actitudes o prácticas respecto a la alimentación complementaria que pudieran darse entre hombres y mujeres, limitando la generalización de los resultados a todo el colectivo docente de nuevo. Además, esta falta de perfil masculino pierde la capacidad de estudiar la influencia de variables socioculturales o de género en el acompañamiento educativo del tránsito alimentario.

Además, el instrumento de recogida de datos, a pesar de su diseño con una estructura mixta, el cuestionario muestra algunas limitaciones en el estudio como la administración exclusivamente online, ya que condiciona el perfil de las participantes hacia docentes más relacionadas con herramientas digitales, dejando fuera participantes que no acceden al uso de estas vías. Asimismo, el uso de preguntas abiertas enriquece la interpretación cualitativa, pero también puede generar una dispersión de respuestas que dificulta la sistematización y análisis del contenido, especialmente si las respuestas no se contemplan con especial claridad.

En esta línea, encontramos que otro aspecto a considerar es la autoadministración del cuestionario, que puede influir en la calidad y profundidad de las respuestas, especialmente en las preguntas abiertas anteriormente mencionadas, ya que existe la posibilidad de que algunas docentes hayan ofrecido respuestas socialmente deseables, limitando así el acceso a percepciones más críticas o reales, o desarrollando el cuestionario en momentos de poca atención y dedicación a la respuesta de este.

En definitiva, el presente trabajo, a pesar de sus limitaciones, ofrece una visión novedosa e interdisciplinar del tránsito hacia la alimentación complementaria, integrando el punto de

vista educativo en un ámbito tradicionalmente abordado desde la salud. Supone un avance significativo en la comprensión del rol del profesorado en la etapa 0-3 años y en la identificación de carencias estructurales y formativas que afectan directamente al bienestar infantil. Asimismo, ofrece una base empírica que puede contribuir al diseño de planes de formación docente más completos, así como a la elaboración de políticas públicas y protocolos educativos que refuercen la alimentación saludable desde las primeras etapas.

## **10. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

A partir de los resultados obtenidos y del proceso de análisis realizado, surgen diversas líneas de investigación que podrían ser desarrolladas en trabajos futuros con el fin de profundizar y ampliar el conocimiento sobre la transición de la lactancia a la alimentación complementaria en contextos educativos.

Una primera línea recomendable sería el desarrollo de estudios con muestra más amplia y representativa a nivel nacional, incorporando variables territoriales, institucionales y culturales que permitan identificar diferencias regionales y analizar cómo influyen los marcos normativos o las políticas educativas en las prácticas alimentarias en los centros infantiles.

Asimismo, sería interesante profundizar en el cruce de variables sobre el perfil del profesorado con sus percepciones y prácticas sobre la alimentación. Profundizar en este ámbito permitiría desarrollar propuestas formativas más ajustadas a la trayectoria profesional y contextos específicos de intervención, así como evaluar cómo ciertas características profesionales influyen en el grado de actualización o apertura a nuevas metodologías, como el BLW o el enfoque Pikler.

Otra línea interesante se basaría en explorar el papel de la formación inicial y continua en la construcción de competencias relevantes sobre el abordaje de la alimentación complementaria desde el punto de vista educativo. Sería interesante investigar qué contenidos se están abordando actualmente en los planes de estudio del Grado de Educación Infantil, cómo se perciben por parte del alumnado y si se relacionan con los desafíos reales que se encuentran en las prácticas docentes. Además, sería necesario examinar las necesidades de formación continua, así como su accesibilidad y adecuación a la realidad educativa.

En definitiva, el presente estudio no ofrece respuestas cerradas, sino que busca abrir caminos de reflexión e investigación que permitan visibilizar y fortalecer el papel del profesorado como una dimensión fundamental del desarrollo infantil, basándose en los procesos de alimentación desde una mirada educativa, integral y realista.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostoni, C., Braegger, C., Decsi, T., Kolacek, S., Koletzko, B., Mihatsch, W., ... y ESPGHAN Committee on Nutrition. (2019). Complementary feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 69(4), 442–463. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002444>
- Asociación Española de Pediatría. (2018). *Recomendaciones de la AEP sobre alimentación complementaria*. Comité de Nutrición y Lactancia Materna. <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/nutricion-infantil/documentos/recomendaciones-aep-sobre-alimentacion/>
- Balogun, O. O., Dagvadorj, A., Yourkavitch, J., da Silva Lopes, K., Suto, M., Takemoto, Y., y Ota, E. (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001688.pub3>
- Bernabeu-Peiró, M. (2016). La educación alimentaria en la infancia. *Revista de Ciencias de la Educación*, 27(1), 15–30.
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., de Onis, M., ... y Uauy, R. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427–451. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
- Brown, A., Raynor, P., y Lee, M. (2019). Infant feeding and maternal health: A review of the current evidence and future perspectives. *Nutrients*, 11(3), 1–15. <https://doi.org/10.3390/nu11030628>
- Brown, A., y Lee, M. (2020). A narrative review of Baby-Led Weaning (BLW) research and implications for public health intervention. *Maternal & Child Nutrition*, 16(1), 12884. <https://doi.org/10.1111/mcn.12884>
- Cameron, S. L., Heath, A.-L. M., y Taylor, R. W. (2019). Baby-led weaning: A preliminary investigation. *Appetite*, 140, 125–131. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.014>

- Castilla-Peón, M. F. (2014). Bienestar infantil: ¿es posible medirlo? *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 71(1), 61–64.  
<https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2014.02.007>
- De La Cruz Sánchez, E. E. (2015). La educación alimentaria y nutricional en el contexto de la educación inicial. *Paradigma*, 36(1), 161–183.
- Egeland, G. M., Williamson-Brown, K., Johnson-Down, L., y Sobol, I. (2020). Family-centred approach to infant feeding: From practice to theory. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5906.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17165906>
- ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni, C., Braegger, C., Decsi, T., Kolacek, B., Michaelsen, K. F., ... y Koletzko, B. (2009). Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 49(1), 112–125. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31819f1e05>
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., y Gilboa-Schechtman, E. (2019). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(6), 601–610.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.09.453>
- Fernández-Ríos, L., López-Sánchez, C., y Sánchez, P. (2021). Experiencia docente y actualización profesional. *Revista de Estudios Educativos*, 4(2), 99–113.
- Fleischer, D. M., Sicherer, S., Greenhawt, M., Campbell, D., Chan, E., Muraro, A., ... y Sampson, H. A. (2013). Consensus communication on early peanut introduction and the prevention of peanut allergy in high-risk infants. *Pediatrics*, 131(5), 1356–1362.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2013-0213>
- Fombona, G., & Silva, M. (2022). *El método Pikler en la educación temprana: principios y prácticas*. Editorial Infancia.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2023). *Convención sobre los Derechos del Niño*.  
<https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos/convencion-derechos-ninos>

- Foss, K. A., Blaine, B. E., y Blaine, B. E. (2019). Return to work among breastfeeding mothers: Impact of maternal and workplace factors. *Family & Community Health*, 42(4), 266–275. <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000230>
- Fox, M. K., Ruowei, L., Jacquier, E. F., y Ziegler, P. J. (2019). Dietary quality in early childhood and health outcomes in adulthood. *JAMA Pediatrics*, 173(6), 543–550. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.0494>
- Gidding, S. S., Dennison, B. A., Birch, L. L., Daniels, S. R., Gillman, M. W., Lichtenstein, A. H., ... y Van Horn, L. (2018). Primary prevention of cardiovascular disease in children and adolescents. *Circulation*, 138(11), e142–e163. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000596>
- Gómez, M. (2018). *Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre alimentación complementaria*. Asociación Española de Pediatría. [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones\\_aep\\_sobre\\_alimentacio\\_n\\_complementaria\\_nov2018\\_v3\\_final.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf)
- González Méndez, I., & Pileta Romero, B. (2002). Lactancia materna. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(1), 15–22.
- González-Pérez, A., Navarro, L., & Solé, C. (2023). Movimiento libre y autonomía en el primer año de vida: una revisión sistemática. *Revista Española de Educación Infantil*, 29(2), 45–62.
- González Rodríguez, M. A., y González Rodríguez, M. (2023). Factores de riesgo para el abandono de la lactancia materna exclusiva y su promoción: Revisión de literatura. *Revista Ciencia Latina*, 7(2), 1–15. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i2.5699](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5699)
- Gubbels, J. S., Raaijmakers, L. C., Gies, J. M., & Kremers, S. P. (2020). Early childcare education providers' perspectives on healthy nutrition in the Netherlands: An exploratory study. *Appetite*, 147, 104544. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104544>
- Hanson, L. A., Korotkova, M., Lundin, S., Haversen, L., Silfverdal, S. A., Mattsby-Baltzer, I., y Strandvik, B. (2020). Human milk: Source of protective and regulatory components. *The Journal of Pediatrics*, 156(2), S3–S7. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.11.019>

- Hernández Magdariaga, A., Hierrezuelo Rojas, N., González Brizuela, C. M., Gómez Soler, U., y Fernández Arias, L. (2023). Conocimientos de madres y padres sobre lactancia materna exclusiva. *Medisan*, 27(2).
- Horta, B. L., Loret de Mola, C., y Victora, C. G. (2015). Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure, and type-2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 30–37. <https://doi.org/10.1111/apa.13133>
- Jiménez Ortega, A. I. (2015). Nutrición en el primer año de vida. En R. M. Ortega y A. M. Requejo (Eds.), *Nutriguía. Manual de nutrición clínica* (43–55). Editorial Médica Panamericana.
- Jiménez Ortega, A. I., Martínez García, R. M., Velasco Rodríguez-Belvis, M., y Ruiz Herrero, J. (2017). De lactante a niño: Alimentación en diferentes etapas. *Nutrición Hospitalaria*, 34, 3–7. <https://doi.org/10.20960/nh.1703>
- Leonelli, G., Cavieres, P., y Munizaga, R. (2019). Relación entre el conocimiento y recomendación del Baby-Led Weaning en nutricionistas de atención primaria, en las ciudades de Coquimbo y La Serena, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(6), 761–767. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n6/0717-7518-rchnut-46-060761.pdf>
- Liu, Y., Chen, J., Huang, J., y Li, J. (2019). Incidence, clinical features, and outcomes of breast abscess after breast milk aspiration: A systematic review. *Journal of Human Lactation*, 35(4), 674–683. <https://doi.org/10.1177/0890334419853182>
- López, R., & Martínez, S. (2025). Formación docente para la implementación del método Pikler en aulas 0–3 años. *Cuadernos de Pedagogía*, 135, 88–102.
- Morales López, S., Colmenares Castaño, M., Cruz-Licea, V., Iñarritu Pérez, M. D. C., Maya Rincón, N., Vega Rodríguez, A., y Velasco Lavín, M. R. (2022). Recordemos lo importante que es la lactancia en México. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 65(2), 9-25.
- Maier, A. S., Chabanet, C., Schaal, B., Leathwood, P., & Issanchou, S. (2018). Introduction of complementary foods in relation to infant growth and overweight among high-risk children in rural Bangladesh. *BMC Public Health*, 18, 1110. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6039-2>

- María Santiago-Cruz, R., Alvarado-de Luzuriaga, E., Monroy-Azuara, G., Arciga-Vázquez, S., Cano-Vázquez, N., Cruz-Apanco, U., y Méndez-Martínez, S. (2019). Lactancia materna y alimentación infantil en el primer nivel de atención. *Revista Médica del IMSS*, 57(6), 353–360.
- Martínez Rubio, A., Cantarero Vallejo, M. D., y Espín Jaime, B. (2018). ¿Cómo orientan los pediatras de Atención Primaria la alimentación complementaria? *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 20, 35–44. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322018000100006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000100006)
- Martín-Ramos, S., Domínguez-Aurrecoechea, B., García Vera, C., Lorente García Mauriño, A. M., Sánchez Almeida, E., & Solís-Sánchez, G. (2024). Lactancia materna en España y factores relacionados con su instauración y mantenimiento: estudio LAYDI (PAPenRed). *Atención Primaria*, 56(1), 102772. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102772> [www.elsevier.com/llbecs+1](http://www.elsevier.com/llbecs+1)
- Melero Pura, L. (2023). *Importancia de la lactancia materna y la alimentación complementaria en el primer ciclo de Educación Infantil* [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. UVaDoc. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/62069>
- Morales López, S., Colmenares Castaño, M., Cruz-Licea, V., Iñarritu Pérez, M. D. C., Maya Rincón, N., Vega Rodríguez, A., y Velasco Lavín, M. R. (2022). Recordemos lo importante que es la lactancia en México. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 65(2), 9-25.
- Moreno Villares, J. M., Galiano Segovia, M. J., y Dalmau Serra, J. (2013). Alimentación complementaria dirigida por el bebé (Baby-Led Weaning): ¿Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante? *Acta Pediátrica Española*, 71(4), 148–154.
- Moreno Villares, J. M., Galiano Segovia, M. J., & Dalmau Serra, J. (2022). Alimentación complementaria dirigida por el bebé: Una propuesta educativa y sanitaria. *Acta Pediátrica Española*, 80(2), 69–76.
- OCDE. (2023). *Education at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/e13bef63-en>

- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (s.f). *Capítulo 4: Factores sociales y culturales en la nutrición*. <https://www.fao.org/4/w0073s/w0073s08.htm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Promoción del bienestar emocional de los niños y adolescentes: Guía para profesionales de la salud*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52856>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Lactancia materna*. [https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1)
- Osorio, J., Weisstaub, G., y Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(3), 280–285. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182002000300008>
- Ospina, J. M., Urrego, Á. M. J., y Betancourt, E. A. V. (2015). La importancia de la lactancia en el desarrollo físico, psíquico y relacional del niño. *Vínculo*, 12(1), 7–18.
- Otero-Mayer, A., González-Benito, A., Gutiérrez-de-Rozas, B., y Vélaz-de-Medrano, C. (2021). Family-school cooperation: An online survey of parents and teachers of young children in Spain. *Early Childhood Education Journal*, 49(5), 977-985.
- Pikler, E., & Angerer, H. (2021). *Libertad de movimiento y confianza: fundamentos del método Pikler*. Lóczy Institute Press.
- Pinto, F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista Chilena de Pediatría*, 78, 96–102.
- Rodríguez Castro, M. I., Rodríguez Castro, K. A., Vera Rodríguez, J. F., y Rodríguez Castro, R. R. (2024). El rol de los docentes en la implementación de un plan nutricional y su impacto en el proceso de aprendizaje de los estudiantes de educación inicial y elemental. *Dominio de las Ciencias*, 10(3), 2170–2187. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/4029>
- Rowan, H., Lee, M., y Brown, A. (2019). Baby-led weaning and the family diet: A pilot study. *Appetite*, 139, 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.03.024>
- Sáenz-Lozada, M. L., y Camacho-Lindo, Á. E. (2007). Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en un jardín infantil de Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 9(4), 587–594.

- School Nutrition Association. (2004). *Selección de alimentos del entorno cultural de los niños para un menú preescolar: Una solución práctica*. <https://schoolnutrition.org/es/journal/spring-2004-selecting-foods-of-childrens-cultural-backgrounds-for-a-preschool-menu-a-practical-solution/>
- Serra, J., Lorente, B., y Miñana, I. (2015). Lactancia artificial. *Pediatría Integral*, 19(4), 251–259.
- Start4Life. (2023). *First foods*. National Health Service. <https://www.nhs.uk/start-for-life/baby/weaning/what-to-feed-your-baby/over-12-months/>
- Taylor, R. W., Gray, A. R., Heath, A.-L. M., Galland, B. C., Lawrence, J., y Sayers, R. M. (2017). Early introduction of solids: A randomised controlled trial. *Pediatrics*, 140(4), e20171019. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1019>
- Tolosa, A. (2022). Cómo el feto obtiene nutrientes de la madre: Conflictos parentales. *Genotipia*. [https://genotipia.com/genetica\\_medica\\_news/como-el-feto-obtiene-nutrientes-de-la-madre/](https://genotipia.com/genetica_medica_news/como-el-feto-obtiene-nutrientes-de-la-madre/)
- Uribe Bustos, J. X. (2010). *Alimentación y desarrollo infantil*. Universidad Libre de Colombia.
- Victoria, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., ... y Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Victoria, C. G., Christian, P., Vdaletti, L. P., Gatica-Domínguez, G., Menon, P., y Black, R. E. (2021). Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: Variable progress towards an unfinished agenda. *The Lancet*, 397(10282), 1388–1399. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00394-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00394-9)
- Ward, L. D., Hughes, A., y Rogers, L. (2018). Responsive feeding and parental child feeding practices in mothers of toddlers with overweight and obesity: Longitudinal findings from the PRIDI study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0670-7>

Zamanillo Campos, R., Rovira Boixadera, L., y Rendo Urteaga, T. (2021). Prácticas y creencias habituales en la preparación de la alimentación complementaria infantil en una muestra española: estudio transversal. *Nutrición Hospitalaria*, 38(5), 919–934. <https://doi.org/10.20960/nh.03527>