



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA.**

TEMA: Conocimientos y prácticas de lactancia y ablactación con relación al estado nutricional en menores de 2 años en la población Awá de Imbabura 2018.

AUTORAS: Cárdenas Rosero Diana Paola
Carrillo Yépez Andrea Yomayra

DOCENTE: Msc.Claudia Amparo Velásquez Calderón.

Ibarra, Septiembre 2018

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “**Conocimientos y prácticas de lactancia y ablactación con relación al estado nutricional en menores de 2 años en la población Awá de Imbabura 2018.**” de autoría de CÁRDENAS ROSERO DIANA PAOLA y CARRILLO YÉPEZ ANDREA YOMAYRA, para obtener el Título de Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria, damos fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 07 días del mes de septiembre del 2018.

Lo certifico:

(firma). 

Msc. Claudia Amparo Velásquez Calderón

C.C: 1002656153

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	0401634563		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Cárdenas Rosero Diana Paola		
DIRECCIÓN:	Yuyucocha Av. Guillermo Garzón y Daniel Reyes		
EMAIL:	dianitascard@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	-----	TELÉFONO MÓVIL:	0969730254
DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	0926416405		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Carrillo Yépez Andrea Yomayra		
DIRECCIÓN:	Sánchez y Cifuentes 18-91 y Juan Francisco Bonilla		
EMAIL:	andreyomi45@yahoo.es		
TELÉFONO FIJO:	065000251	TELÉFONO MÓVIL:	0999153591

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ABLACTACIÓN CON RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 2 AÑOS EN LA POBLACIÓN AWÁ DE IMBABURA 2018.”
AUTOR (ES):	Diana Paola Cárdenas Rosero Andrea Yomayra Carrillo Yépez
FECHA:	2018-10-10
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria
ASESOR /DIRECTOR:	Msc.Claudia Amparo Velásquez Calderón

2. CONSTANCIAS

Las autoras manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 11 días del mes de Octubre del 2018

LAS AUTORAS

(Firma).....

Diana Paola Cárdenas Rosero

C.C.: 040163456-3

(Firma).....

Andrea Yomayra Carrillo Yépez

C.C.: 0926416405

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS - UTN

Fecha: Ibarra, 09 de octubre de 2018

Diana Paola Cárdenas Rosero y Andrea Yomayra Carrillo Yépez

“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ABLACTACIÓN CON RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 2 AÑOS EN LA POBLACIÓN AWÁ DE IMBABURA 2018.”, / Trabajo de Grado. Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria. Universidad Técnica del Norte.

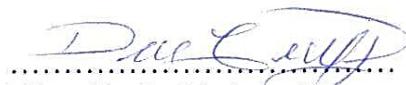
DIRECTORA: Msc. Claudia Velásquez

El principal objetivo de la presente investigación fue: Determinar los conocimientos y prácticas de lactancia y ablactación con relación al estado nutricional en niños menores de 2 años de la población Awá de Imbabura 2018. Entre los objetivos específicos tenemos: Identificar las características sociodemográficas de las madres de los menores de 2 años de la población. Evaluar estado nutricional en niños menores de 2 años de las Comunidades de Río Verde Bajo, Río Verde Medio y Palmira a través de indicadores antropométricos. Identificar conocimientos y prácticas de lactancia materna y ablactación de las madres de los niños menores de 2 años. Relacionar el estado nutricional con los conocimientos y las prácticas de lactancia y ablactación.

Fecha: Ibarra, 11 de octubre de 2018



Msc. Claudia Ampara Velásquez Calderón
Directora



Diana Paola Cárdenas Rosero
Autora



Andrea Yomayra Carrillo Yépez
Autora

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por permitirme entender que todo es posible en la medida que crea que es posible, porque Dios nunca te dará una carga que no puedas llevar, pues Él sabe hasta donde tus fuerzas llegarán.

A mis padres Marcia y Nelson.

Por ser mi guía leal, por creer siempre en mí y ser mi soporte absoluto durante toda mi vida y mi formación profesional.

A mis hermanos y mis sobrinos.

Por alentarme con su cariño, compañía, sonrisas y ejemplo.

A las personas que se han ganado mi cariño, que compartieron conmigo y que de cierta manera me apoyaron y participaron para cumplir mi meta.

Diana Cárdenas.

A Dios.

Por la vida, salud y la bendición de permitirme día a día crecer en las diferentes áreas de mi vida, entre ellas incluida el área profesional y laboral.

A mis Padres Guadalupe Yépez y Marco Carrillo.

Por su cariño, entrega y apoyo incondicional en todo momento de mi vida, por brindarme la oportunidad de soñar con una profesión e incentivarme a culminar cada proceso de desarrollo que emprenda.

Por ser los mejores consejeros y por saber animarme y levantarme en los momentos difíciles de la carrera y en sí de la vida.

Por enseñarme a esforzarme por lo que quiera conseguir sin olvidar la calidad humana.

A mis hermanas.

Por estar en todo tiempo a mi lado y demostrarme con el ejemplo que hay que luchar por lo anhelado y no desmayar.

A mis amigos y compañeros de aula.

Por motivarme a culminar esta etapa de mi vida y haber sido siempre buenos amigos y colegas.

A mis queridos profesores.

Por haber sido quienes han aportado a que pueda ser quien ahora soy en el ámbito profesional, por guiarme, brindarme sus conocimientos y sobre todo animarme a que siempre hay que dar lo mejor en todo lo que hagamos.

Andrea Carrillo.

AGRADECIMIENTO

Deseamos expresar nuestro más profundo agradecimiento a nuestros padres por ser nuestros constantes motivadores y apoyo económico en el transcurso de la carrera estudiantil.

A nuestra prestigiosa institución “Universidad Técnica del Norte” por abrirnos sus puertas y brindarnos la oportunidad de obtener nuestro título profesional.

A nuestra docente de la materia Trabajo de Grado II y gestora en esta iniciativa la Dra. Magdalena Espín, por guiarnos en el proceso investigativo y darnos las herramientas necesarias para poder realizar esta investigación de la mejor forma.

A nuestra querida Tutora la Msc. Claudia Velásquez por su tiempo y guía en la elaboración de esta Tesis, por sus ánimos y preocupación constante en el transcurso de la investigación.

Al Promotor de Salud de la Comunidad de Río Verde Bajo el Sr. José Nastacuaz por su ayuda, conocimiento y experiencias impartidas y por ser nuestro guía durante nuestra estadía en la Comunidad.

A todos aquellos profesores que de una u otra forma brindaron su tiempo para suplir nuestras inquietudes.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	i
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT	xiii
CAPÍTULO I.....	1
1. El problema de investigación	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Justificación	3
1.4. Objetivos.....	5
1.5. Hipótesis	6
1.6. Preguntas de investigación	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco Teórico.....	7
2.1. Antecedentes de la Comunidad Awá.....	7
2.2. Caracterización geográfica del área de influencia a cargo del CS Lita.	7
2.3. Generalidades Comunidad Awá.	9
2.4. Calidad y cobertura de la red de servicios MSP – SSC.....	11
2.5. Estado nutricional	12

2.6.	Equipo antropométrico	12
2.7.	Protocolos para la medición antropométrica	13
2.8.	Alimentación en menores de 2 años	17
CAPÍTULO III		32
3.	Metodología	32
3.1.	Tipo de diseño y estudio	32
3.2.	Lugar de estudio	32
3.3.	Población de estudio	32
3.4.	Operacionalización de variable.....	33
3.5.	Técnicas e instrumentos de investigación.....	40
3.6.	Procedimiento	41
3.7.	Procesamiento y análisis de datos.....	43
CAPÍTULO IV		45
4.	Resultados	45
4.1.	Características sociodemográficas de la madre	45
4.2.	Estado nutricional del niño menor de 2 años	46
4.3.	Conocimientos de lactancia materna (madres de los niños menores de 6 meses)	52
4.4.	Prácticas de lactancia materna (madres de los niños menores de 6 meses)	54
4.5.	Conocimientos de la madre sobre ablactación de la madre (> de 6 meses)	55
4.6.	Prácticas de ablactación (niños mayores de 6 meses).....	56
4.7.	Relación de estado nutricional según indicador peso para la longitud con la edad de inicio de la alimentación complementaria.	58
CAPÍTULO V		60

5. Conclusiones y recomendaciones	60
5.1. Conclusiones.....	60
5.2. Recomendaciones	62
BIBLIOGRAFÍA	64
ANEXOS	68
Anexo 1: Consentimiento informado	68
Anexo 2: Cuestionario de datos socioeconómicos	70
Anexo 3: Cuestionario para madres lactantes	71
Anexo 4: Cuestionario para madres ablactantes.....	78
Anexo 5: Formulario de registro de peso de niños menores de 2 años	84
Anexo 6: Registros fotográficos.....	85

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Características sociodemográficas de las madres de los menores de 2 años de la población Awá de Imbabura.....	45
Gráfico 2. Edad del niño o bebé menor de dos años de la población Awá de Imbabura 2018.	46
Gráfico 3. Sexo del niño o bebé menor de dos años de la población Awá de Imbabura 2018.	46
Gráfico 4. Estado Nutricional general de los niños o bebés menores de dos años de la población Awá de Imbabura 2018.	47
Gráfico 5. Estado Nutricional del niño o bebé lactante (menor de 6 meses) de la población Awá de Imbabura 2018.	49
Gráfico 6. Estado Nutricional del niño o bebé ablactante (mayor de 6 meses) de la población Awá de Imbabura 2018.	50
Gráfico 7. Estado nutricional según indicador peso para la longitud en relación con la edad de inicio de la alimentación complementaria en niños (mayores de 6 meses) de la población Awá de Imbabura 2018.....	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Conocimientos de lactancia materna de las madres en los niños/as menores de 6 meses de la comunidad Awá de Imbabura.	52
Tabla 2. Práctica de leche materna exclusiva en los niños/as menores de 6 meses de edad de la comunidad Awá de Imbabura.	54
Tabla 3. Conocimientos de ablactación de la madre de la población Awá de Imbabura 2018.	55
Tabla 4. Prácticas de ablactación (madre de los niños mayores de 6 meses) de la población Awá de Imbabura 2018.	56

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ABLACTACIÓN CON RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 2 AÑOS EN LA POBLACIÓN AWÁ DE IMBABURA 2018.

Autoras: Cárdenas Rosero Diana Paola, Carrillo Yépez Andrea Yomayra

Directora de tesis: Msc. Claudia Amparo Velásquez Calderón.

RESUMEN

El objetivo fue determinar los conocimientos y prácticas de lactancia materna y ablactación con relación al estado nutricional en niños menores de 2 años de la población Awá de Imbabura 2018, tipo de estudio descriptivo, correlacional, transversal, población constituida por 40 niños/as menores de 2 años, sin extraer muestra. La metodología incluye la evaluación del estado nutricional mediante antropometría con registro de longitud y peso de los niños en sus respectivos domicilios aplicando allí mismo la encuesta a la madre del niño sobre conocimientos y prácticas de lactancia materna, además una encuesta adicional a las madres de los niños mayores de 6 meses para indagar conocimientos y prácticas de ablactación. Resultados: el 32,5% menores de 6 meses, 67,5% mayores de 6 meses hasta 24 meses de edad. El 52,5% con peso adecuado para la edad, 50% con longitud adecuada para la edad, 65% peso adecuado para la longitud, 80% con un perímetro cefálico adecuado para la edad. Existe 7,5% con bajo peso severo y 22,5 riesgo de desnutrición. Respecto a los conocimientos de las madres de los niño/as menores de 6 meses, el 79,9% desconoce los beneficios de la lactancia materna exclusiva para los bebés. Dentro de la práctica de lactancia materna exclusiva el 53,8% recibieron, el 70,3% de las madres desconocen el periodo de lactancia materna exclusiva, el 62,9% no conoce el motivo de la consistencia de las comidas, en las prácticas de ablactación el 74% tienen leche materna continua y el 74% recibieron los 7 grupos de alimentos.

Palabras claves: estado nutricional, lactancia exclusiva, lactancia continua, ablactación, población Awá.

**KNOWLEDGE AND PRACTICES OF BREASTFEEDING AND
ABLACTATION WITH REGARD TO THE NUTRITIONAL STATE IN
UNDER 2 YEARS OF AGE IN THE AWA POPULATION OF IMBABURA
2018.**

Authors: Cárdenas Rosero Diana Paola, Carrillo Yépez Andrea Yomayra

Thesis Director: Msc. Claudia Amparo Velásquez Calderón

ABSTRACT

The objective was to determine the knowledge and practices of breastfeeding and ablation in relation to the nutritional status in children younger than 2 years of the Awá population of Imbabura 2018, type of study descriptive, cross-sectional , correlational, population constituted by 40 children younger than 2 years, without extracting sample. The methodology includes the assessment of nutritional status through anthropometry with registration of height and weight of children in their respective homes, applying the survey to the mother of the child on breastfeeding knowledge and practices, and an additional survey to the mothers of the children older than 6 months to investigate knowledge and practices of ablactation. Results: 32.5% younger than 6 months, 67.5% older than 6 months up to 24 months of age. 57.5% with weight appropriate for age, 50% with height appropriate for age, 65% suitable weight for length, 80% with a head circumference suitable for age. There is 7.5% with low severe weight and 22.5 risk of malnutrition. Regarding the knowledge of mothers of children younger than 6 months, 79,9% do not know the benefits of exclusive breastfeeding for babies. Within the exclusive breastfeeding practice, 53.8% received, 70.3% of the mothers did not know the exclusive breastfeeding period, 62.9% did not know the reason for the consistency of the meals, in the Ablation practices 74% have continuous breast milk and 74% received the 7 food groups.

Key words: nutritional status, exclusive breastfeeding, continuous lactation, ablation, Awá population

TEMA: Conocimientos y prácticas de lactancia materna y ablactación con relación al estado nutricional en niños menores de 2 años de la población Awá de Imbabura 2018.

CAPÍTULO I

1. El problema de investigación

1.1. Planteamiento del problema

En el Ecuador el gobierno se ha esforzado por mejorar las condiciones de salud y socioeconómicas de la población para promover una adecuada calidad de vida y para que los niños a partir de su nacimiento desarrollen sus capacidades intelectuales, sociales, culturales y psicológicas desde el nacimiento y garantizar que tengan un desarrollo óptimo. En este contexto la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) considera que los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias sufren modificaciones influenciadas por diferentes condiciones ecológicas, socioeconómicas y culturales. Por ende, las condiciones de salud de las poblaciones marginales generalmente suelen ser más deficitarias que en las comunidades urbanas. Los recursos alimentarios son limitados y su cultura alimentaria se fundamenta en esas restricciones, siendo la Comunidad Awá una etnia que habita en zonas selváticas de la provincia de Imbabura, cantón Ibarra, parroquia Lita, se encontraría en condiciones de mayor vulnerabilidad por lo que ha sido objeto de esta investigación y es necesario identificar los hábitos alimentarios que se encuentran presentes en la Comunidad Awá, haciendo un análisis con la disponibilidad de alimentos existentes en el medio, ya que la dieta no sería deficiente y variada.

Según ENSANUT, La prevalencia de retardo en talla en la población de 0 a 23 meses en la provincia de Imbabura es de 38.4%. (1). De acuerdo con el Centro de Salud de Lita, se ha identificado un número pequeño de casos de desnutrición crónica y aguda pertenecientes a las diferentes comunidades en las que se encuentra la población Awá, no hay un registro total de todos los niños menores de 2 años de las diferentes comunidades, ya que los lugares se encuentran distanciados aproximadamente de 2 a 3 horas de caminata y no todos los niños asisten a la atención que brinda el centro de salud (2).

La desnutrición en la niñez menor de cinco años incrementa su riesgo de muerte alrededor de 45% e inhibe su desarrollo cognitivo y afecta a su estado de salud de por vida, atender a este problema es una condición indispensable para asegurar el derecho a la supervivencia y al desarrollo de las niñas y niños de América Latina y el Caribe, así como para garantizar el desarrollo de los países (3). En el mundo 52 millones de niños menores de 5 años presentan emaciación, 17 millones padecen emaciación grave, y 155 millones sufren retraso del crecimiento, mientras que 41 millones tienen sobrepeso o son obesos y las consecuencias de índole económica, social y médica de la carga mundial de la malnutrición son graves y duraderas para las personas y sus familias, para las comunidades y para los países, actualmente en su mayoría se registran en los países de ingresos bajos y medianos y están aumentando las tasas de sobrepeso y obesidad en la niñez (4).

La desnutrición crónica, la mortalidad infantil y la morbilidad son los problemas más importantes de Salud Pública a nivel mundial. Ellos comparten varios de los determinantes, por lo tanto, son multí causales; su abordaje, demanda necesariamente de un trabajo intersectorial, con el involucramiento y el empoderamiento de los diferentes sectores: los aspectos sociales y comunitarios, los aspectos individuales y clínicos.

En el Centro de Salud de Lita se han identificado 37 niños desnutridos crónicos menores de 5 años, entre ellos hay 18 menores de 2 años y 19 entre los 2 y 5 años, respectivamente de acuerdo al seguimiento quincenal, sin embargo por lejanía y falta de interés por parte de la familia que no acuden a su control y seguimiento de todas maneras en cada brigada se hace especial seguimiento a estos casos (2).

Hay aspectos importantes que se debe destacar desde el nacimiento, uno de ellos es la lactancia materna, recordando que es el primer alimento del ser humano, es el sello de inicio con el que parte el crecimiento ya que el aporte nutritivo es inigualable. Hasta el momento no se ha logrado describir con exactitud el método y el tiempo de lactancia que llevan a cabo las madres indígenas Awá, así como tampoco la incorporación de alimentos y el tiempo de inicio de la alimentación complementaria, y esto se pudo

constatar al realizar el sondeo en la comunidad y en el Centro de Salud perteneciente a Lita, los cuales no cuentan con dicha información, además tampoco se encuentran investigaciones sobre este tema.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre conocimientos y prácticas de lactancia y ablactación con el estado nutricional en los niños menores de 2 años de la población Awá de Imbabura 2018?

1.3. Justificación

La calidad de la alimentación y las prácticas alimentarias están reflejadas en el estado nutricional de los niños menores de 2 años, este grupo de edad es de alta prioridad por la ubicación y la dificultad para contactar a las personas de esta población indígena Awá, por tal motivo el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha solicitado a la Carrera de Nutrición y Salud Comunitaria de la Universidad Técnica del Norte que se realicen estudios en relación a esta población con el propósito de evidenciar el cumplimiento al artículo 13 de la Constitución del Ecuador vigente, la misma que establece que “las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales”; así también, al objetivo 1 del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 que nos dice “garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” y al Capítulo 1, artículo 1 de la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna en la cual se establece que “la lactancia materna es un derecho natural del niño y constituye el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo”.

Una adecuada alimentación durante los dos primeros años de vida con lactancia materna y alimentación complementaria apropiada resulta fundamental para el óptimo crecimiento y desarrollo del niño. A su vez, las pautas alimentarias aprendidas durante

estos años sientan las bases para construir los hábitos alimentarios más tarde en la vida del individuo. El rápido crecimiento de los niños que condiciona elevados requerimientos nutricionales, sumado a una capacidad de ingesta limitada en volumen esta etapa presenta en sí misma una alta vulnerabilidad nutricional por ende la adecuación de la alimentación a las necesidades del individuo en esta etapa inicial de 0 a 2 años es crítica, las intervenciones tempranas y oportunas merecen especial atención y sirven para prevenir secuelas a futuro. Como consecuencia, los resultados positivos de la atención a las necesidades nutricionales de los niños no sólo tendrán impacto en el presente inmediato sino también a largo plazo al promover generaciones de adultos sanos.

Esta investigación busca contribuir con las políticas del estado ecuatoriano en relación con el cumplimiento del objetivo 3 de Desarrollo Sostenible aprobados por la ONU en el 2015, el cual consiste en garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

En el Ecuador uno de los principales problemas es la desnutrición del niño menor de cinco años es importante y necesario realizar un diagnóstico en la población Awá debido a que por su ubicación es de difícil acceso y limitada disponibilidad de alimentos, además no cuentan con todos los servicios básicos, uno de estos el agua potable existiendo un subregistro sobre estos temas.

Con esta investigación se deja sentadas las bases para futuras intervenciones y mejorar las prácticas de lactancia materna y ablactación mediante educación. Con los resultados de la investigación se busca orientar las actividades preventivas promocionales de lactancia materna, con el fin de educar sobre la introducción adecuada de la alimentación complementaria, de esta manera se podrá impartir los conocimientos a la madre lo que contribuirá a mejorar las prácticas de alimentación que brinde al niño para el mejoramiento de su estado nutricional, previniendo complicaciones en su crecimiento, desarrollo cognitivo, emocional y social.

1.4. Objetivos

1.4.1. General

Determinar los conocimientos y prácticas de lactancia y ablactación con relación al estado nutricional en niños menores de 2 años de la población Awá de Imbabura 2018.

1.4.2. Específico

1. Identificar las características sociodemográficas de las madres de los menores de 2 años de la población.
2. Evaluar estado nutricional en niños menores de 2 años de las Comunidades de Río Verde Bajo, Río Verde Medio y Palmira a través de indicadores antropométricos.
3. Identificar conocimientos y prácticas de lactancia materna y ablactación de las madres de los niños menores de 2 años.
4. Relacionar el estado nutricional con los conocimientos y las prácticas de lactancia y ablactación.

1.5. Hipótesis

El estado nutricional de los niños menores de 2 años tiene estrecha relación con la lactancia y ablactación.

1.6. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las madres de los menores de 2 años?
- ¿Cuál es el estado nutricional en niños menores de 2 años de las Comunidades de Rio Verde Bajo, Rio Verde Medio y Palmira a través de indicadores antropométricos?
- ¿Qué conocimientos y prácticas de lactancia materna y ablactación tienen las madres de los niños menores de 2 años?
- ¿Cuál es la relación entre el estado nutricional con los conocimientos y prácticas de lactancia y ablactación?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la Comunidad Awá

El Distrito 10D01 tiene poblaciones asignadas de distintas etnias, nacionalidades y pueblos ancestrales como la indígena en los sectores de La Esperanza, Zuleta, Angochagua, afro-descendientes en todo el valle del Chota, y pueblo Awá. El pueblo indígena Awá es una población que se encuentra asentada en Colombia y Ecuador, en este último en la zona de planificación 1, especialmente en las Provincias de Esmeraldas, Carchi e Imbabura. La población Awá en el Distrito 10D01 es atendida por el Centro de Salud tipo A Lita (5).

2.2. Caracterización geográfica del área de influencia a cargo del CS Lita.

Ubicación	Localizada al noroccidente de la misma con una Longitud: -78.46. Latitud (DMS): 0° 49' 60 N. Longitud (DMS): 78° 28' 0 W.
Altitud	512-2800 m.s.n.m
Clima	Húmedo Tropical
Temperatura	20 y 22 grados centígrados
Superficie	209.46 km ²
Régimen de lluvia	200 hasta los 4000mm

Fuente: Informe de avances del plan de acción en comunidad Awá Distrito 10D01

Elaboración: Obstetra Viviana Piñeiro

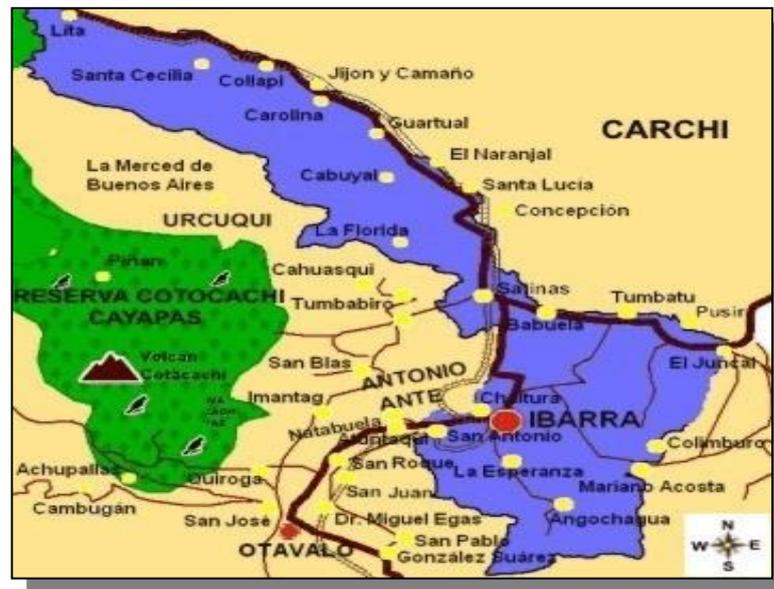
2.2.1. Límites Geográficos.

Norte: Río Mira

Sur: Páramo de Piñán, Provincia de Carchi

Este: Quebrada Chinambí

Oeste: Río Lita



Fuente: Informe de avances del plan de acción en comunidad Awá Distrito 10D01

2.2.2. División Territorial y Política

El territorio de la parroquia de Lita comprende la cabecera parroquial de Lita en el área urbana y 14 comunidades en el sector rural, brindando además servicio médico a Palmira comunidad perteneciente a la Parroquia de La Merced de Buenos Aires en el cantón Urcuquí, así como poblados aledaños de las provincias de Esmeraldas y Carchi (5).

Comunidad	Distancia en Km	Tiempo aproximado de llegada desde la comunidad hacia Unidad Operativa	Medio de movilización
Río Verde Bajo	12 Km	1 hora 15 minutos	Terrestre Vehicular
Río Verde Medio	18 Km	2 horas	Terrestre a pie
Palmira	45 Km	4 horas	Terrestre a pie

Fuente: Informe de avances del plan de acción en comunidad Awá Distrito 10D01

Elaboración: Obstetra Viviana Piñero

2.3. Generalidades Comunidad Awá.

Según varios estudios lingüísticos y arqueológicos, la comunidad Awá tiene como ascendientes varios grupos indígenas que se desplazaron a lo largo de la costa del Pacífico, desde Panamá hasta Colombia y norte de Ecuador. Awá-pit, su dialecto autóctono tiene raíces del chibcha, imperio Maya. II A.C. a XVI D.C. Este grupo étnico cuenta con 26 comunidades ubicadas a lo largo de la reserva del Chocó aproximadamente según datos de la Federación de Comunidades Awá FECAE existen alrededor de 2800 personas agrupadas en 550 familias. En su cosmovisión la etnia racial se caracteriza por conceptuar cuatro mundos distribuidos de la siguiente manera: el 1ero, perteneciente a los seres más pequeños, el 2do, ocupado por las personas, el 3ro, el mundo de muertos y espíritus y el 4to, el mundo del creador, de un ser superior. Originalmente su numeración radicaba alrededor del número cuatro, la construcción de la casa se basa en cuatro lados y cuatro pilares, de igual manera el techo con cuatro lados o cuerpos de chonta y madera con techo de bijao o guacamayo, los pilares, paredes y pisos de las casas son de chonta. La cocina se forma de cuatro palos y en el centro se encuentran las tulpas piedras que se sujetan con tierra que hacen de eje central. Las casas son altas para evitar los peligros y la humedad, consta de una sola habitación en donde realizan todas las actividades, generalmente duermen en el suelo de madera cubiertos por mantas. La estructura familiar está conformada por un núcleo familiar compuesta por el padre, la madre y los hijos; así como también de familia

extensa modificada que acoge a familiares cercanos. La jerarquía la ejerce el padre dedicado a las actividades de caza, pesca y la agricultura. La mujer se encarga del cuidado de los niños, limpia la platanera, siembra el maíz, la yuca, además se dedica a la crianza de animales como gallinas, cuyes, chanchos, patos, construye trampas para animales menores como el ratón puyozo, y es hábil en la elaboración de artesanías como la shigra. Las características físicas de la población se identifican por ser personas de talla corta, pícnicos, tez trigueña, cabello lacio, puente nasal amplio, pómulos pronunciados, abdomen abombado.

Los alimentos de mayor consumo son el maíz, plátano, yuca y caña de azúcar. El maíz representa la base fundamental del sustento familiar con él se elabora la chicha, los envueltos y sirve de alimento para la crianza de animales menores especialmente de las gallinas. Para el consumo habitual se encuentran variedades de plátano como el chiro, borojó, naranjilla, guayaba, guabas, fréjol, chontaduro, papayas, piñas. Además, se basan en la crianza de animales menores (cerdos, patos, pavos, gallinas, cuyes, tilapia). La cría de animales mayores como ganado vacuno y equino es minoritaria. En sus dominios se puede saborear frutas silvestres como el zapote, caimito y varias nueces de palmas, así como el chontaduro. La población Awá, es una etnia migrante del vecino país Colombia, por lo que se puede concluir que al ser nómadas, no conservan costumbres específicas como grupo indígena. El estado civil que predomina es la unión libre. En la población mestiza son familias compuestas por aproximadamente 6 miembros, mientras que las familias Awá, son numerosas con integrantes de 10 a 12. Los comuneros que se dedican a la agricultura y ganadería visten con botas de caucho, y no existe una vestimenta típica del grupo cultural Awá. Respecto a su alimentación se basa en los carbohidratos tales como yucas, arroz, etc., en menor cantidad también consumen granos, verduras y frutas. Tomando en cuenta todas las características socioculturales de la población Awá, el Centro de Salud de Lita ha realizado actividades de coordinación, atención preventiva y morbilidad, de promoción de la salud, de intervención en control de vectores, de educación en salud (5).

2.4. Calidad y cobertura de la red de servicios MSP – SSC

Las tareas descritas en el plan de acción son: El CS Lita está atendiendo con brigadas integrales (Médica, Odontológica, Enfermería, Promoción de Salud, medicamentos) 1 vez por mes a las comunidades Awá, con los siguientes resultados generales: Se realizaron un total de 2070 atenciones de las diferentes comunidades Awá con un total de 4073 consultas, siendo de estas 2664 preventivas y 1409 de morbilidad, distribuidas en los siguientes grupos etarios (5):

Consolidado por grupo etáreo de consultas de Enero- Abril 2017

Grupos etáreos	Prevención	Morbilidad	Total
Menor 1 año	216	102	318
1-4 años	496	260	756
5-9 años	451	245	696
10-14 años	222	98	320
15-19 años	239	108	347
20-64 años	963	565	1528
Mayor 65 años	77	31	108
Total	2664	1409	4073

Fuente: Informe de avances del plan de acción en comunidad Awá Distrito 10D01

Elaboración: Obstetra Viviana Piñeiro

Se realizaron 135 atenciones a embarazadas, distribuidas en un total de 205 consultas, con 149 preventivas y 56 de morbilidad, distribuidas en los siguientes grupos etáreo:

Grupos etáreos	Prevención	Morbilidad	Total
10-14 años	8	1	9
15-19 años	59	17	76
20-64 años	82	38	120
Total	149	56	205

Fuente: Informe de avances del plan de acción en comunidad Awá Distrito 10D01

Elaboración: Obstetra Viviana Piñeiro.

Además de las atenciones se realizan actividades de promoción y prevención de la salud, dentro de las que destacan Estrategia Nacional de inmunización 444 dosis administradas, toma de muestra de esputos 15 muestras, entrega de toldos a grupos prioritarios haciendo énfasis en las embarazadas entrega de 30 toldos, feria de la salud en las que se realizó talleres sobre medidas de prevención de EDAS e infecciones respiratorias, manejo de agua segura, prevención de la desnutrición (5).

2.5. Estado nutricional

El estado nutricional es el resultante del balance entre la ingesta y las necesidades energéticas y de nutrientes del organismo, lo que expresa distintos grados de bienestar de las personas y que en sí mismos son dependientes de la interacción entre la dieta, los factores relacionados con la salud y el entorno físico, social, cultural y económico (6).

Las mediciones necesarias para evaluar la masa corporal total son; peso, longitud, circunferencia cefálica para ellos se obtiene los índices (7):

- Peso/edad
- Longitud/edad
- Peso/ longitud
- Circunferencia cefálica/ edad.

2.6. Equipo antropométrico

2.6.1. Infantómetro

Es una guía vertical graduada con una base móvil en la que se sitúa la cabeza del individuo, se coloca sobre una superficie plana y permite medir al menor en posición de cubito supino.

2.6.2. Báscula

Báscula electrónica para niño que pueda ser calibrada y para evitar errores se deberá colocar en una superficie plana y firme. Las características de la balanza para niños son con artesa y base están unidas firme y sólidamente, marca seca, modelo 354, su capacidad es de 20kg y posee la función de tara.

2.6.3. Cinta antropométrica

No elástica con una precisión de ± 0.1 cm, la recomendación de ancho de la cinta es de 5 a 7 mm y la longitud de 2m, la graduación de la cinta no deberá comenzar justo en el extremo.

2.7. Protocolos para la medición antropométrica

Para tomar las diferentes medidas se debe obtener la edad exacta y el sexo del menor, se debe tallar y pesar con exactitud y precisión, los equipos a utilizar deben estar en buen estado.

2.7.1. Peso

Mide la masa corporal total y se logra monitorear el crecimiento de los niños y se refleja el balance energético. Para obtener la medición, el niño deberá vestir el menor número de prendas, se realizará sin zapatos y sin pañal, debe estar con la vejiga vacía y después de dos horas de haber comido algún alimento. Se colocará en la balanza pediátrica y se registrará el peso (7).

2.7.2. Longitud

Esta medida se utiliza para identificar el crecimiento longitudinal en niños y niñas menores de 2 años. Se debe estar descalzo y colocarse en posición de cubito supino o dorsal, (acostado boca arriba) se mide desde la coronilla de la cabeza hasta el talón,

presionando las rodillas hacia abajo y verificando que el talón tope la base del infantómetro (8).

2.7.3. Circunferencia cefálica

Para conocer el crecimiento del cerebro, especialmente en los tres primeros años de vida ya que alcanza el 80% de su tamaño definitivo (9). El niño debe estar sentado, sin ningún objeto en el cabello, el medidor se colocará al lado izquierdo del niño y tomará la cinta con la mano izquierda, colocando el número 0 de la cinta en la parte lateral de la cabeza por encima de la oreja. Pasar la cinta alrededor de la cabeza con la mano derecha hasta que la marca del número 0 quede inferior al valor que se anotará, la cinta debe pasar por encima de las cejas, la cabeza deberá mantenerse en el plano de Frankfort, la cinta deberá comprimir totalmente al cabello.

2.7.4. Curva de peso/edad para menores de cinco años

- Calcular la edad de niños y niñas en años y meses cumplidos.
- Ubicar en el eje vertical el valor del peso en kilogramos.
- Colocar un punto en la intersección de la edad correspondiente con el peso en kilogramos.

2.7.5. Curva de longitud para la edad en menores de cinco años

- Calcular la edad y señalar la longitud en la tabla
- Se denomina longitud a la medición obtenida mediante la posición acostada a menores de 24 meses.

2.7.6. Curva de peso para la longitud en menores de cinco años

- Ubicar en el eje vertical peso y en el eje horizontal la longitud
- Colocar un punto en la intersección entre en peso y la longitud.

2.7.7. Curva de perímetro cefálico/ edad (PC/E)

Ubicar el perímetro cefálico en centímetros y la edad de años y meses cumplidos para interpretar los puntos marcados para indicadores de crecimiento de los niños y niñas de cero a cinco años se debe comparar los puntos registrados en la curva de crecimiento con las líneas de puntuación Z para determinar si hay un problema de crecimiento.

2.7.8. Indicador peso para la edad (P/E)

Refleja el peso corporal en relación con la edad en un momento determinado, evalúa bajo peso o bajo peso severo, se determina desnutrición global. Y no se usa para clasificar en sobrepeso u obesidad.

Interpretación de indicadores - Desviaciones estándar (DE) de puntuación Z	
Peso/edad	0 (mediana) De +1 a -1.0 DE = peso adecuado para la edad
Determina	Por debajo de -1 de -1.1 a -2 DE= riesgo de bajo peso
desnutrición	Por debajo de -2 de -2.1 a -3DE= bajo peso o desnutrición global
global	Por debajo de -3 DE= bajo peso severo
	Por encima de +2 a +3 DE= analizar el indicador peso/ longitud

Fuente: Ministerio de Salud y Protección social,2016 y Protocolo de tratamiento de desnutrición aguda,2016.

2.7.9. Indicador longitud o talla para la edad

Este refleja el crecimiento longitudinal alcanzado por el niño o niña, este indicador permite reconocer retardo en el crecimiento, talla baja, talla alta para su edad o desnutrición crónica y reflejen desordenes endocrinos.

Interpretación de indicadores - Desviaciones estándar (DE) de puntuación Z	
Longitud/ edad	0 (mediana) de -1.0 DE a +3 DE = talla adecuada para la edad
Determina	Por debajo de -1 de -1.1 a -2 DE= riesgo de talla baja
desnutrición	Por debajo de -2 de -2.1 a -3DE= talla baja para la edad
crónica	Por debajo de -3 DE= bajo talla grave
	Por encima de +3 DE= longitud o talla muy alta para la edad

Fuente: Ministerio de Salud y Protección social,2016 y Protocolo de tratamiento de desnutrición aguda,2016.

2.7.10. Indicador peso para la longitud

Es una medida asociada entre el peso y la talla, conocido también como índice de Quetelet, que permite evaluar el estado nutricional actual del individuo y el riesgo asociado con la obesidad y desnutrición aguda.

Interpretación de indicadores - Desviaciones estándar (DE) de puntuación Z	
	Peso para la longitud
	0 (mediana) de +1 a -1.0 DE = rango normal
	Por debajo de -1 de -1.1 a -2 DE= riesgo de desnutrición aguda
Peso/ longitud	Por debajo de -2 de -2.1 a -3DE= desnutrición aguda moderada (emaciación)
Determina	Por debajo de -3 DE= desnutrición aguda severa(emaciación severa)
desnutrición	Por encima de +1 de +1.1 a +2 DE= riesgo de sobrepeso
aguda	Por encima de +2 de +2.1 a +3 DE= sobrepeso
	Por encima de +3 DE= obesidad

Fuente: Ministerio de Salud y Protección social,2016 y Protocolo de tratamiento de desnutrición aguda, 2016.

2.7.11. Indicador perímetro cefálico para la edad

Permite identificar el crecimiento del cerebro mediante la circunferencia del cráneo, de 0 a 3 años alcanza el 80% de crecimiento, se evidenciará microcefalia y macrocefalia.

Interpretación de indicadores - Desviaciones estándar (DE) de puntuación Z	
Circunferencia /edad Determina microcefalia y macrocefalia	Circunferencia para la edad 0 (mediana) De +2 DE a -2DE = rango normal Por debajo de -2 de -2.1 a -3DE= microcefalia Por encima de +2 de +2.1 y +3 DE= macrocefalia

Fuente: Protocolo de tratamiento de desnutrición aguda, 2016.

2.8. Alimentación en menores de 2 años

Desde el alumbramiento hasta cumplir 2 años de vida, es un tiempo considerado como una “ventana crítica” para promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño para que alcance al máximo su potencial. La leche materna es el mejor alimento para un niño pequeño. La Organización Mundial de la Salud recomienda lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses por ser el alimento completo que aporta todos los nutrientes y energía necesarios para el desarrollo del niño, seguida por la introducción progresiva de alimentos y mantenimiento de la leche materna hasta los 2 años y más.

2.8.1. Lactancia

2.8.1.1. Definición

La leche materna es el primer alimento que recibe el recién nacido, contiene todos los nutrientes que necesita un lactante: grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua, estos son algunos componentes entre los 200 se encuentra en la leche. La leche materna posee, además factores bioactivos que fortalecen el sistema

inmunológico inmaduro del lactante y otros factores que favorecen la digestión y absorción de nutrientes, también el seno mantiene la temperatura adecuada de la leche materna (10).

2.1.8.2. Lactancia materna exclusiva

La lactancia materna exclusiva consiste en alimentar únicamente al bebé con la leche materna, no dar otros líquidos o sólidos incluyendo el agua, sigue siendo exclusiva solo en caso de que haya administración de soluciones de rehidratación oral o vitaminas o minerales en formas de gotas o jarabes (11).

La lactancia materna ofrecida exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida del bebé es reconocida como el patrón alimentario que garantiza la salud de los niños durante ese período debido a la composición nutricional y los factores protectores contra enfermedades que posee dicho alimento. Según un informe de la OMS, apenas 35,0 % de los lactantes de todo el mundo se alimentan exclusivamente del pecho de su madre durante los primeros 4 meses de vida, puesto que la alimentación complementaria se suele ofrecer muy precozmente; además, los alimentos son frecuentemente insalubres e inadecuados desde el punto de vista nutricional (12).

- La lactancia materna temprana consiste en iniciarla de manera rápida, a más tardar en la primera hora después del nacimiento. Los procedimientos rutinarios como limpiar y pesar al niño, pueden realizarse sin que deban interferir con la lactancia precoz. Es mejor no sacar la grasa que cubre el cuerpo del bebé pues es una protección para su piel. Para la madre, la lactancia materna temprana estimula las contracciones uterinas, disminuyen el sangrado y por lo tanto el riesgo de anemia. Al niño, la primera leche proporciona energía y lo protege de la hipoglicemia o falta de azúcar, un riesgo real tanto en niños desnutridos y prematuros como en los niños con sobrepeso o nacidos de madres diabéticas. La primera leche materna (calostro) contiene, además, una gran cantidad de inmunoglobulinas, anti-cuerpos que protegen de las infecciones. La lactancia materna temprana es también el momento oportuno para fomentar el vínculo con la madre, quien a su vez se sentirá tranquilo y seguro, percibiendo el calor

y los latidos del corazón de su mamá. Es importante compartir esos momentos inolvidables con el papá y familiares cercanos. Continuar con la lactancia materna tiene múltiples ventajas, en el niño promueve el desarrollo neurosensorial y la agudeza visual, reduce alergias y también protege la piel del bebé por su contenido de ácido linoléico; asegura el desarrollo de la estructura máxilo-facial adecuada, además disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades principalmente crónicas en la edad adulta. “ Para ambos, las ventajas afectivas son enormes” (13).

2.1.8.3. Amamantamiento correcto

- Un buen agarre del seno materno es importante para un amamantamiento correcto. La boca del bebé debe estar abierta agarrando el pezón y parte de la areola, con el labio inferior hacia afuera. El mentón o barbilla del bebé debe tocar el seno de la madre. Se hace igual con todo tipo de pezones y tanto en niños grandes como pequeños (13).

- Amamantar y vaciar ambos senos es importante. Se le debe permitir al bebé que se desprenda de la primera mama cuando él quiera, antes de cambiarlo a la otra. El bebé puede querer alimentarse por más tiempo de una mama, es importante porque extrae más grasa de la leche postrera. Se debe dar el pecho hasta que el bebé no quiera más, ofreciéndole el otro, aunque no siempre lo acepte. Pero es importante empezar la siguiente lactada por el seno con que se acabó de dar de lactar (13).

- La postura debe ser cómoda tanto para la madre como el niño, no debe sentir dolor y debe ser un momento satisfactorio de tal manera que el bebé no debe realizar ningún esfuerzo para lactar. Su boca debe quedar a la altura del pecho para que no tenga que tirar del seno hacia abajo o hacia un lado. La barriga del bebé debe estar en contacto con su mamá. La oreja, hombro y cadera del bebé forman una línea recta. Todo el cuerpo del bebé debe estar alineado (13).

2.1.8.4. Producción de leche materna

- La producción de leche materna depende de la succión del bebé: a más succión, más leche obtendrá. Es un reflejo donde hay intervención hormonal. La succión genera un estímulo al cerebro para liberar dos hormonas: la prolactina, que promueve la producción de leche, y la oxitocina, que favorece la salida de la leche. Se puede deducir que el mejor estímulo para tener mucha leche es poner en contacto al bebé al pecho y darle de lactar (13).

2.1.8.5. Frecuencia de amamantamiento

- La frecuencia de amamantamiento es especial de acuerdo con la demanda del bebé. Cada bebé tiene su oportuno ritmo y puede lactar en el día y la noche, es por ese motivo que la madre debe dar el seno tantas veces como su bebé lo desee, sin horarios ni tiempos, el niño terminará su lactancia cuando se sienta satisfecho (13).

- Cuando la madre trabaja o por alguna razón no pueda estar todo el tiempo con su bebé, es posible seguir con la lactancia exclusiva gracias a los métodos de extracción y de almacenamiento de la leche. Para la extracción de la leche, existen distintas alternativas: algunas madres prefieren la extracción manual, por ser el método más sencillo y efectivo, otras prefieren las bombas extractoras entre las cuales están las eléctricas. No es posible dar recomendaciones universales para su uso; cada madre debe probar y evaluar la solución más conveniente en su caso (13).

2.1.8.6. Extracción de leche materna de forma segura

- Para una óptima extracción manual de la leche se debe preparar los utensilios que se va a utilizar, realizar un lavado de manos y el pecho solo con agua. Es importante estar tranquila y realizar un masaje en todo el seno, iniciando desde las costillas hacia el pezón, inclinándose hacia delante. La aplicación de compresas calientes en el seno puede ayudar a la extracción. Se coloca el pulgar encima del seno y los otros dedos bajo el mismo en las costillas. Encerrando suavemente en forma de C se desplaza hacia

atrás y presiona el pezón. Se debe repetir este movimiento rítmicamente, cambiando la posición de la mano para hacer bajar la leche de otras partes del seno. Se puede usar ambas manos en cada pecho (13).

- Existe una gran diversidad de extractores, pero los modelos no son equivalentes. Es importante escoger el extractor adaptado a sus necesidades específicas. El primer criterio a la hora de elegir un extractor es definir para qué se va a usar. Esto determinará la frecuencia de su uso y el modelo (sencillo o doble). Un buen extractor permite vaciar completamente el seno y estimular la producción de leche. Debe ser fácil de limpiar, de usar y no causar daño a los delicados tejidos del pezón y la areola (13).

- La conservación de la leche es muy fácil. Puede usarse recién extraída, o conservarla en la refrigeradora o congelador. Se debe utilizar un frasco estéril para cada extracción (los frascos de cristal con tapa plástica son adecuados) pero de no tenerlo, se puede usar un frasco limpio que se tenga en casa y que sea de boca ancha para esterilizarlo, hierva agua y retire del fuego sumerja el frasco por 5 minutos más y deje secar y está listo para usar. No mezcle la leche de varias extracciones en un mismo recipiente. La leche al ambiente (sin que esté expuesta a altas temperaturas), puede conservarse durante 8 horas sin problemas. Si se refrigera, puede mantenerse hasta 3 días. Congelada puede conservarse hasta 3 meses. Es conveniente rotular los envases con las fechas (13).

- Para preparar la leche refrigerada o congelada tiene que calentarse a baño maría, sin llegar a la ebullición. La leche congelada debe ser descongelada previamente en la refrigeradora. No es recomendable dejarla descongelar a temperatura ambiente. No se puede verter directamente en una olla. Tampoco se puede calentar en microondas, ya que se destruyen algunos componentes de la leche materna. Antes de dar la leche al bebé, es importante verificar la temperatura poniendo unas gotas en el antebrazo. No se recomienda el uso de biberón porque puede causar infecciones si no se lava y esteriliza adecuadamente, la alternativa en niños pequeños es dar la leche con un gotero y en niños mayores a 6 meses en una taza o con una cuchara. Si el bebé no toma toda la leche, no se debe volver a calentar, solo se le podrá dar a temperatura del medio

ambiente, dentro de las 2 horas siguientes. De lo contrario hay que botarla, no se puede mezclar la leche que sobra con leche nueva (13).

- Una buena higiene y esterilización de los recipientes que contendrán la leche permite evitar enfermedades del bebé. Es recomendable evitar el uso de biberones para la administración de la leche extraída por la principal razón de que son una fuente de proliferación de bacterias (13).

2.1.8.7. Beneficios de la lactancia materna para el lactante

- Uno de los beneficios de la leche materna asegura el correcto desarrollo de los músculos de la cara, siendo importante para hablar, tragar y respirar (14).

- El primer líquido segregado por las glándulas mamarias es el calostro y la leche materna tienen elementos antiinfecciosos que ayudan a evitar enfermedades e infecciones como: diarreas, gripes y alergias.

- La lactancia materna crea un lazo de amor entre la madre y su bebé (10) .

-La lactancia materna estimula el desarrollo neurosensorial y la agudeza visual.

-Disminuye la incidencia de infecciones digestivas y respiratorias; y la posibilidad de otitis media aguda en un 50% y enfermedades crónicas en edad adulta.

-Protege la piel del bebé por su contenido de ácido linoleico (14).

- Hay una reducción del riesgo de presentar sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia (15).

2.1.8.8. Beneficios de lactancia materna para la madre

-Reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovarios, mantiene la amenorrea, evitando otro embarazo y puede brindarle todos los cuidados necesarios al niño (16).

- Promueve la pérdida de peso materno acumulado durante el embarazo (14).

2.1.8.9. Producción de leche materna

Para la producción de leche materna es importante realizar nada más el estímulo de succión de parte del niño o niña al seno de la madre, esto beneficia a la producción ya que la succión aumenta los niveles sanguíneos de oxitocina y prolactina (17).

2.1.8.10. Lactancia materna continua

La Organización Mundial de la Salud recomienda que la lactancia materna dure 24 meses, puede alargarse si la madre lo desea, no existe ninguna contraindicación para su continuación. Estudios han demostrado que, a mayor duración de la lactancia, mayor crecimiento lineal, sobre todo en lugares con inadecuadas condiciones sanitarias y deficiente acceso al agua. La evidencia científica indica que la leche materna, durante el segundo año, aporta el 40% de las necesidades de energía que requiere el menor, además del 45% de vitamina A y el 100% de vitamina C (18).

2.1.9. Alimentación complementaria

Alrededor de los seis meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los seis meses o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento del niño puede verse afectado. Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada son: Seguir con la

lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los dos años o más. Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual). Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente. Empezar a los seis meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo. Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos. Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario. Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes. Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario. Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos (19).

2.1.9.1. Importancia de la ablactación

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para cumplir con las necesidades nutricionales del lactante, se debe iniciar una nueva etapa y incorporar alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo.

La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento y desarrollo de los niños de todo el mundo. La alimentación complementaria (AC) del niño de seis a 12 meses de edad es un reto nutricional, ya que, de no ser adecuada, se desaprovecha el máximo potencial de crecimiento determinado genéticamente. Representa también, un conjunto de oportunidades para construir las bases de lo que más adelante serán los hábitos alimentarios del individuo.

Para que el proceso y desarrollo, crecimiento y habilidad cognitiva del niño la alimentación debe ser la adecuada se deben tener correcta combinación de nutrientes y alimentos que contribuyan a mantener un estado de salud adecuada en este grupo poblacional.

El cambio y avance de la alimentación debe ser de acuerdo con el crecimiento y desarrollo del niño poniendo especial atención a ciertas etapas y procesos en los cuales existe una diferenciación de las necesidades energéticas de un niño. La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna.

Los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos. Además, deben administrarse de forma apropiada, lo cual significa que deben tener una textura adecuada para la edad del niño y administrarse de forma que respondan a su demanda, de conformidad con los principios de la atención psicosocial. La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y estimulación activa, que su cuidador responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma a esto se le llama alimentación activa.

2.1.9.2. Alimentación de 6 a 8 meses

Cumplido los 6 meses de edad, se debe introducir otros alimentos manteniendo la lactancia materna. Acompañada de suplementación con vitamina A y hierro.

Antes de darle el alimento al niño/a, primero debe lactar, en seguida debe ofrecer una comida diaria en esta edad y aumentar a dos o tres comidas hasta los 8 meses.

Aprovechar los alimentos de consistencia semisólida como puré o papillas espesas, que sean aplastadas o trituradas con un tenedor, no deben ser licuados ni mezclados, debe integrar un alimento a la vez y será repetido por tres o cinco días el mismo alimento, con el objetivo de observar alguna reacción alérgica. Es importante realizar un acercamiento del alimento al niño para que identifique los olores y que favorezca su aceptación. El alimento debe ser colocado en el centro de la lengua para evitar que el niño/a escupa.

Es recomendable no agregar sal, azúcar ni condimentos a los alimentos que va a consumir el niño/a, se pueden usar condimentos naturales como cebolla, culantro, perejil. Evitar el consumo de sopas, jugos o caldos líquidos, con baja densidad calórica. Los alimentos recomendados en esta edad deben ser bien cocinados y en forma de papillas o purés entre ellos:

- Cereales; arroz, avena, quinua
- Tubérculos; papa, camote, zanahoria blanca, plátano verde y yuca.
- Vegetales; espinaca, zapallo, acelga, zanahoria, zambo, papa
- Yema de huevo duro
- Frutas dulces: guineo, manzana, pera, papaya, melón u otras de consistencia suave
- Agua sin azúcar de acuerdo con necesidad.
- Ocasionalmente una o dos veces por semana se puede añadir a la papilla media cucharadita de aceite vegetal crudo, preferentemente de girasol, maíz (17).

2.1.9.3. Alimentos de 9 a 11 meses

Continuar con la lactancia materna, y aumentar la variedad de alimentos que aún le falta al niño por conocer, la textura de estos alimentos debe ser bien cocinados y en consistencia de papilla o purés, las carnes deben ser bien cocinadas y cortadas o desmechadas, las frutas pueden ir en cortes a un tamaño que el niño pueda agarrar con

la mano y llevarse a la boca después de haberle ofrecido los anteriores alimentos se va a sumar los granos y alimentos proteicos:

-Leguminosas: fréjol, lenteja, arveja, habas, garbanzos.

-Cereales con gluten avena o trigo.

-Carnes bien cocidas y picadas finamente: res, pollo, hígado, pavo, cerdo.

En esta edad la alimentación debe ser de 3 a 5 comidas por día más el seno, en una cantidad de $\frac{3}{4}$ de taza de cada comida.

-No dar hasta antes de los 12 meses leche de vaca y derivados, clara de huevo, pescado, soya, durazno, frutas cítricas (mora, tamarindo, toronja, borojón, frutilla, naranja, maracuyá, piña, limón, kiwi) y maní porque pueden causar alergias.

-Agua según requerimiento del niño

-No deben ofrecer al infante embutidos, bebidas tipo gaseosas, caramelos, gelatinas, conservas, mariscos, mantequilla, mayonesa, margarina, sal, azúcar, café, mandarina, naranja o limón (17).

2.1.9.4. Alimentación del niño mayor de 12 meses

Después de los dos periodos anteriores el niño ya puede alimentarse con la comida de la familia, teniendo 5 comidas al día, la textura no cambia es igual a los alimentos preparadas a la familia, son de 3 a 5 comidas al día 3 comidas y dos colaciones, y tomas del seno.

Los alimentos nuevos que se va a incorporar son:

-Huevo entero, leche de vaca y otros lácteos.

-Alimentos proteicos: pescado, soya

-Verduras: col, cebolla, pimiento, tomate riñón, pepinillos.

-Frutas: durazno, mora, tamarindo, borojón, frutilla, maracuyá, piña, limón, kiwi, lima, arazá.

-Otros: maní (17).

2.1.9.5. Diversidad Alimentaria

Los diferentes alimentos contienen distintas combinaciones de nutrientes.

Grupo 1. Granos, raíces y tubérculos: Aportan mayoritariamente carbohidratos, algo de proteínas y/o grasas, algunos micronutrientes (en especial vitaminas del complejo B) y fibra dietética (20).

Grupo 2. Leguminosas y nueces: Son buenas fuentes de proteínas, algunos minerales (p. ej. hierro) y fibra dietética. Las semillas oleaginosas son una buena fuente de grasas (20).

Grupo 3. Productos lácteos: La leche materna proporciona todos los nutrientes necesarios para los primeros seis meses de vida y una parte de las necesidades de nutrientes hasta los dos años de edad. Las leches de animales y los alimentos lácteos, como yogur y queso, son excelentes fuentes de proteínas, grasas y micronutrientes como calcio (pero no de hierro) (20).

Grupo 4. Carnes: Son excelentes fuentes de proteínas y a menudo también de grasas. Aportan importantes cantidades de hierro (especialmente las carnes rojas y vísceras), zinc, y muchos otros micronutrientes, incluyendo vitaminas del complejo B. El hígado de todos los animales es una rica fuente de hierro y vitamina A (20).

Grupo 5. Huevos: Son una buena fuente de proteínas, grasas y varios micronutrientes (20).

Grupo 6: Frutas y verduras: Son importantes fuentes de vitaminas, minerales y fibra dietética, pero las cantidades varían de acuerdo al tipo de verdura o fruta.

Las verduras de color naranja, como el camote y la zanahoria, y las frutas de color naranja, como el mango y la papaya, son excelentes fuentes de vitamina A. Los cítricos (por ejemplo naranjas y limones) son las mejores fuentes de vitamina C. Los vegetales de hojas de color verde oscuro aportan folato y vitamina A. Muchas verduras (por

ejemplo tomates y ajos) aportan otros importantes micronutrientes adicionales (fitoquímicos) que pueden proteger contra algunas enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. La mejor manera de estar seguro de obtener suficiente cantidad de cada micronutriente y suficiente fibra es comer variadas verduras y frutas cada día (20).

Grupo 7. Grasas, aceites y azúcar:

Grasas y aceites. Son fuentes concentradas de energía. Por ejemplo, una cucharada de aceite contiene el doble de energía que una cucharada de almidón o una cucharada de azúcar. Las grasas contienen ácidos grasos, algunos de los cuales son importantes para el crecimiento. Además de las grasas «puras» (por ejemplo mantequilla) y aceites «puros» (por ejemplo aceite de girasol o maíz), otras fuentes de grasa son las semillas oleaginosas, el queso, la carne y los pescados grasos, las paltas y los alimentos fritos. El aceite de palma roja es una buena fuente de vitamina A (20).

Azúcar. Sólo proporciona energía, no aporta otros nutrientes. Es útil para mejorar el sabor de las comidas y mejorar el apetito, por ejemplo durante una enfermedad. Sin embargo, comer con frecuencia alimentos azucarados puede ser dañino para la salud por varias razones. Los alimentos dulces y pegajosos, los helados o los tentempiés y pasteles preparados con gran cantidad de azúcar, miel o jarabe, pueden producir caries (picaduras en los dientes) si se comen a menudo. Muchos alimentos azucarados contienen además grasa, la cual aumenta el riesgo de consumir un exceso de energía en aquellos que deberían limitar su ingesta. Las personas que comen de forma habitual alimentos azucarados y consumen bebidas dulces como gaseosas, tienen una mayor probabilidad de llegar a tener sobrepeso, que a su vez puede derivar en diabetes. Estas personas a menudo también comen menos cantidad de otros alimentos ricos en nutrientes. Los caramelos, dulces, chupetes, bebidas gaseosas, mermelada, chocolates, queques y galletas dulces contienen mucho azúcar y no aportan otros nutrientes. Comer con frecuencia alimentos dulces y pegajosos es malo para los dientes. Comer demasiados alimentos azucarados a menudo significa consumir menor cantidad de otros alimentos más ricos en nutrientes (20).

2.1.9.6. Garantizar un correcto estado nutricional

La Organización Mundial de la Salud recomienda lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses por ser el alimento completo, que aporta todos los nutrientes y energía necesarios para el desarrollo del niño, seguida por la introducción progresiva de alimentos y mantenimiento de la leche materna hasta los 2 años y más. Los primeros pasos para asegurar un estado saludable del bebé empiezan mucho antes de nacer. No obstante, hay un evento muy importante de considerar al nacimiento es esperar que el cordón umbilical deje de latir para cortarlo, esto se llama el clampeo oportuno (13).

- El clampeo oportuno facilita la transferencia de sangre de la madre por medio de la placenta al recién nacido, unos 80 ml en promedio. Este volumen proporciona una reserva de hierro equivalente a lo que el recién nacido podría absorber en 45 días de lactancia materna y disminuye la probabilidad de anemia en más del 50%. La técnica del clampeo oportuno es sencilla y requiere simplemente del compromiso y paciencia de la persona que atiende el parto. Después del nacimiento, se coloca al bebé al nivel del periné materno para que la sangre del cordón pueda circular más fácilmente. Cuando el cordón deje de latir, se pinza y se corta (13).

2.1.9.7. Suplementación con Chis Paz

El problema nutricional de niños y niñas de los países de América Latina y El Caribe no solo se limita a un déficit de peso y talla, sino también al déficit de muchos micronutrientes, que también tienen un impacto negativo en el crecimiento, la inmunidad y el desarrollo intelectual, además de aumentar la tasa de mortalidad. El problema más frecuente en la región es la anemia por carencia de hierro, que afecta a uno de cada tres niños o niñas menores de cinco años y que supera el 50% en varios países de la región (21).

La deficiencia de otros micronutrientes, como el zinc, el ácido fólico y la vitamina A, también constituyen factores de riesgo para diversos tipos de enfermedades, algunas de ellas limitantes tanto física como mentalmente para el ser humano. El consumo

deficiente de estos micronutrientes puede generar daños irreversibles a nivel individual, incrementan la morbimortalidad infantil y materna con impactos negativos durante todo el ciclo de vida y produce efectos negativos para el desarrollo de los países, a corto, mediano y largo plazo (MSP, 2008). Por esta razón, se convierten en un problema de salud pública especialmente en áreas rurales y en los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad: niños, niñas, mujeres embarazadas, adultos mayores, indígenas y población que vive en situación de pobreza o indigencia (21).

Las Chis Paz es una mezcla de micronutrientes en polvo contiene hierro, zinc, vitamina A, ácido fólico y vitamina C, protegen al niño/a contra la anemia, y permite que su crecimiento sea apropiado. A partir de los seis meses la concentración óptima en un control mensual durante los primeros 24 meses de vida, se debe entregar 30 sobres cada 2 meses, consumir 1 sobre pasando un día por un período de 6 meses. Se debe utilizar un sobre de Chis Paz mezclándolo con una pequeña cantidad de alimento tipo puré o papilla con temperatura tibia y debe ser consumida en 30 minutos para que no pierda sus propiedades, no dar en líquidos y de preferencia que sea en una comida principal para que todo el sobre sea aprovechado y no haya sobrantes (21).

CAPÍTULO III

3. Metodología

3.1. Tipo de diseño y estudio

La presente investigación fue de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal.

De tipo descriptivo ya que describe los conocimientos y prácticas de lactancia y ablactación. Transversal debido a que se realizó en un punto específico del tiempo. Correlacional porque se determinó la relación entre el estado nutricional de los niños menores de 2 años de la población Awá de Imbabura con los conocimientos y prácticas de lactancia y ablactación.

3.2. Lugar de estudio

Esta investigación se realizó en la población Awá de Ecuador, ubicada en la provincia de Imbabura, cantón Ibarra, parroquia Lita en las Comunidades más cercanas como Río Verde bajo, Río Verde medio y Palmira.

3.3. Población de estudio

3.3.1. Universo y muestra

Se trabajó con 40 niños/as menores de 2 años y sus representantes que se encontraron durante el tiempo que duró la investigación en las comunidades Awá más cercanas.

3.4. Operacionalización de variable

Variable	Indicador	Escala
Datos sociodemográficos	Edad de la madre	Fecha de nacimiento Adolescente (12 hasta 21 años) Adulto (de 22 a 64 años) Mayores jóvenes (de 65 a 74 años) Mayores (de 75 a 84 años) Ancianos o de edad avanzada (de 85 años en adelante) (22)
	Ocupación	Agricultura () Ama de casa () Cosecha() Docente() Comerciante ()
	Escolaridad	Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior()
	N° de hijos	Hijos vivos () Hijos muertos ()
	Edad del padre	Fecha de nacimiento Adolescente (12 hasta 21 años) Adulto (de 22 a 64 años) Mayores jóvenes (de 65 a 74 años) Mayores (de 75 a 84 años) Ancianos o de edad avanzada (de 85 años en adelante) (22)

	Ocupación	Agricultura () Ama de casa () Cosecha() Docente() Comerciante ()
	Escolaridad	Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior()
Estado nutricional de los niños menores de 2 años.	Sexo	Mujer Hombre
	Peso / edad	0 (mediana) De +1 a -1.0 DE = peso adecuado para la edad Por debajo de -1 de -1.1 a -2 DE= riesgo de bajo peso Por debajo de -2 de -2.1 a -3DE= bajo peso Por debajo de -3 DE= bajo peso severo Por encima de +2 a +3 DE= analizar el indicador peso/ longitud
	Longitud/ edad	0 (mediana) De -1.0 DE a +3DE = talla adecuada para la edad Por debajo de -1 de -1.1 a -2 DE= riesgo de talla baja Por debajo de -2 de -2.1 a -3DE= talla baja Por debajo de -3 DE= bajo talla grave Por encima de +3 DE= longitud o talla muy alta para la edad
	Peso /longitud	0 (mediana) De +1 a -1.0 DE = rango normal Por debajo de -1 de -1.1 a -2 DE= riesgo de desnutrición Por debajo de -2 de -2.1 a -3DE= desnutrición aguda moderada (emaciación)

		<p>Por debajo de -3 DE= desnutrición aguda severa(emaciación severa)</p> <p>Por encima de +1 de +1.1 a +2 DE= riesgo de sobrepeso</p> <p>Por encima de +2 de +2.1 a +3 DE= sobrepeso</p> <p>Por encima de +3 DE= obesidad</p>
	Circunferencia cefálica/ edad	<p>0 (mediana) De +2 a -2DE = rango normal</p> <p>Por debajo de -2 de -2.1 a -3DE= microcefalia</p> <p>Por encima de +2 de +2.1 y +3 DE= macrocefalia</p>
Prácticas de lactancia materna exclusiva	Lactancia materna exclusiva	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Conocimiento de lactancia materna exclusiva	<p>Lactancia materna al nacer</p> <p>Significado de lactancia materna exclusiva</p> <p>Periodo recomendado para la lactancia materna exclusiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce • Conoce • No conoce • Conoce • No conoce

	<p>La leche materna es suficiente para bebés de 0 a 6 meses.</p> <p>Frecuencia de alimentación</p> <p>Beneficios de la lactancia materna exclusiva para los bebés</p> <p>Beneficios de la lactancia materna exclusiva para las madres</p> <p>Suministros de la leche materna</p> <p>Superar las barreras para amantar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce <ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce
--	---	---

	<p>Buscar atención médica si sugieren problemas en la lactancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce
Prácticas de ablactación	<p>Lactancia materna continua</p> <p>Duración de lactancia materna</p> <p>Diversidad de la dieta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Continúan • Menos de 6 meses • De 7 meses a 12 meses • De 13 meses a 23 meses • Más de 23 meses • Solo leche • Número de grupos de alimentos consumidos el día anterior <ul style="list-style-type: none"> ○ Grupo 1. Granos, raíces y tubérculos ○ Grupo 2. Leguminosas y nueces ○ Grupo 3. Productos lácteos ○ Grupo 4. Carnes ○ Grupo 5. Huevos

	<p>Motivos para dar alimentos complementarios a los seis meses</p> <p>Consistencia de las comidas</p> <p>Motivo de la consistencia de las comidas</p> <p>Maneras de enriquecer las papillas</p> <p>Alimentar motivando</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce • Papilla espesa • Papilla aguada • No sabe • Conoce • No conoce • Conoce • No conoce • Conoce • No conoce
--	--	---

3.5. Técnicas e instrumentos de investigación

La recolección de los datos sociodemográficos, se elaboró un cuestionario que fue validado con madres de familia que tengan niños/as menores de 2 años, después de las correcciones respectivas, se aplicó a las madres de los menores de 2 años de la comunidad Awá de Imbabura, para la toma de estos datos la tesista realizó las preguntas para verificar la coherencia. Se utilizó preguntas cerradas y abiertas que permitió identificar; sexo, fecha de nacimiento, edad, número de hijos, dirección, nivel de estudio y ocupación.

El estado nutricional se evaluó a través de medidas antropométricas entre ellas el peso, donde el niño vestía el menor número de prendas, se realizó sin zapatos, sin pañal y sin prendas grandes. Se colocó en la balanza pediátrica y se esperó a que marque el peso y se procedió a anotar en la hoja de registro el peso (7).

La longitud se tomó quitando el calzado y se colocó en posición de cubito supino, (acostado boca arriba) se midió desde la coronilla de la cabeza hasta los pies, presionando las rodillas y verificando que el talón tope la base del infantómetro. Se buscó un espacio que no presente depresiones, que sea liso para que impida tomar incorrectamente la longitud (8).

En la valoración nutricional utilizamos las tablas de crecimiento de la OMS,2018, que se encuentran dentro del protocolo vigente para la evaluación del crecimiento de niños/as menores de 5 años, basado en los patrones de crecimiento de la OMS/2006 y OMS/2007.

La circunferencia cefálica se midió al niño sentado, sin ningún objeto en el cabello, la nutricionista se colocó al lado izquierdo del niño y tomó la cinta con la mano izquierda, colocando el número 0 de la cinta en la parte lateral de la cabeza por encima de la oreja. Luego pasó la cinta alrededor de la cabeza con la mano derecha hasta que la marca del número 0 quede inferior al valor que se anotará, la cinta debe pasar por

encima de las cejas, la cabeza deberá mantenerse en el plano de Frankfort, la cinta deberá comprimir totalmente al cabello.

La información de las prácticas y los conocimientos de lactancia materna y ablactación se obtuvo a través de aplicar un documento basado en un extracto de la publicación de la FAO Guía para medir conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición (2014), comúnmente llamado manual CAP, disponible aquí: <http://www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm>. Mediante este cuestionario se realizaron preguntas abiertas y se resumió de acuerdo con el análisis del instrumento.

3.6. Procedimiento

El desarrollo de la presente investigación se realizó de la siguiente manera:

- Se adquirió el número telefónico de la Sra. María Urbina presidenta del comité local de salud de Lita y se realizó una entrevista con el presidente de Río Verde bajo, se redactó un oficio para solicitar la autorización y la participación de las madres y los niños/as menores de 2 años de la población Awá ubicados en las comunidades de; Río Verde bajo, Río Verde medio y Palmira.
- Realizamos la compra de semillas como estrategia para que asistan a la evaluación, entre las semillas que entregamos fueron: zanahoria amarilla, cebolla blanca, pepinillo, tomate riñón y rábano.
- Quince días antes de la toma de datos se pidió al presidente de la comunidad y al promotor de salud de Río Verde bajo que convoque a las madres con niños menores de 2 años para aplicar encuestas y recoger los datos antropométricos.
- Se realizó la solicitud dirigida a la coordinadora de la carrera de nutrición y salud comunitaria para adquirir el infantómetro y báscula pediátrica.

- Se convivió 5 días con la Comunidad Awá con el fin de encontrar a las madres y los niños/as menores de dos años.
- La distancia entre moradores es de 1 hora a 3 horas de caminata por tal motivo realizamos tres visitas con los materiales para la toma de datos, y fueron en la comunidad de Río Verde bajo en el puesto de salud, Río Verde medio en la sala de reuniones y Palmira en el puesto de salud.
- La toma de datos se distribuyó en dos partes; toma de datos antropométricos mientras tanto la otra tesista realizaba las encuestas con cada una de las madres, el tiempo que tomó recopilar los datos fue aproximadamente 30 min por madre de familia junto con el menor de edad.
- Algunas madres de familia no pudieron asistir porque estaban con sus hijos recién nacidos, no obstante, nos dirigimos a sus domicilios en Palmira con el promotor de salud para realizar la encuesta a las madres y la evaluación antropométrica a los hijos que se encuentren en casa menores de 2 años.
- Durante la transición de comunidad a comunidad logramos corroborar mediante el método de observación que la información suministrada en la encuesta sea real y así identificamos las actitudes de la población ante el proceso de lactancia materna y ablactación.
- El primer día salimos del terminal de Ibarra en el bus de las 5:40 am, llegamos a las 8:00 am a Lita, con ayuda de una camioneta entramos a la comunidad de Río Verde bajo, nos comunicamos con el promotor de salud el Sr. José Nastacuaz y nos recibió en el puesto de salud, donde nos dio la bienvenida y amablemente nos proporcionó un consultorio vacío, donde colocamos nuestras cosas personales y en otro consultorio nuestros víveres.
- El segundo día esperamos a las madres en el puesto de salud de Río Verde bajo para poder tomar los datos.

- El tercer día nos dirigimos a Río Verde medio donde realizamos la toma de datos antropométricos y aplicamos las encuestas
- El cuarto y quinto día nos dirigimos a Palmira y coordinamos con el promotor de salud de la comunidad Palmira para realizar las visitas domiciliarias y tomar los datos.

3.7. Procesamiento y análisis de datos

Para realizar el procesamiento y el análisis de los datos utilizamos el programa de Epi Info 7, WHO Antro y el software de Excel.

Realizamos cuatro hojas de Excel, la primera consta de datos de la madre, la segunda esta la evaluación de los niños menores de 2 años de la población Awá, en la hoja tres están las preguntas de práctica y conocimientos de lactancia materna aplicadas a los niños menores de 6 meses y en la cuarta hoja los conocimientos y prácticas de ablactación aplicada a las madres de los niños mayores de 6 meses de la población Awá.

Con ayuda del programa WHO Antro se ingresó los datos personales y datos antropométricos de todos los niños/as llenando los espacios solicitados y mediante las herramientas del programa se evaluó peso/ edad, longitud/edad, peso/ longitud y perímetro cefálico/edad, mostrándose en resultados numéricos y en gráficos, notándose diferentes colores como; verde, dorado, rojo y negro distinguiéndose visualmente los diferentes niveles de severidad y poder realizar la evaluación del estado nutricional.

En el programa de Epi Info 7 ingresamos la base de datos que consta de estado nutricional de los niños menores de dos años con los indicadores de evaluación de las preguntas de práctica y conocimiento de lactancia y ablactación, cruzamos varias variables para dar respuesta a nuestra investigación realizando tablas bivariadas con el fin de verificar la probabilidad de las variables y obtuvimos 1 tabla relacionada entre

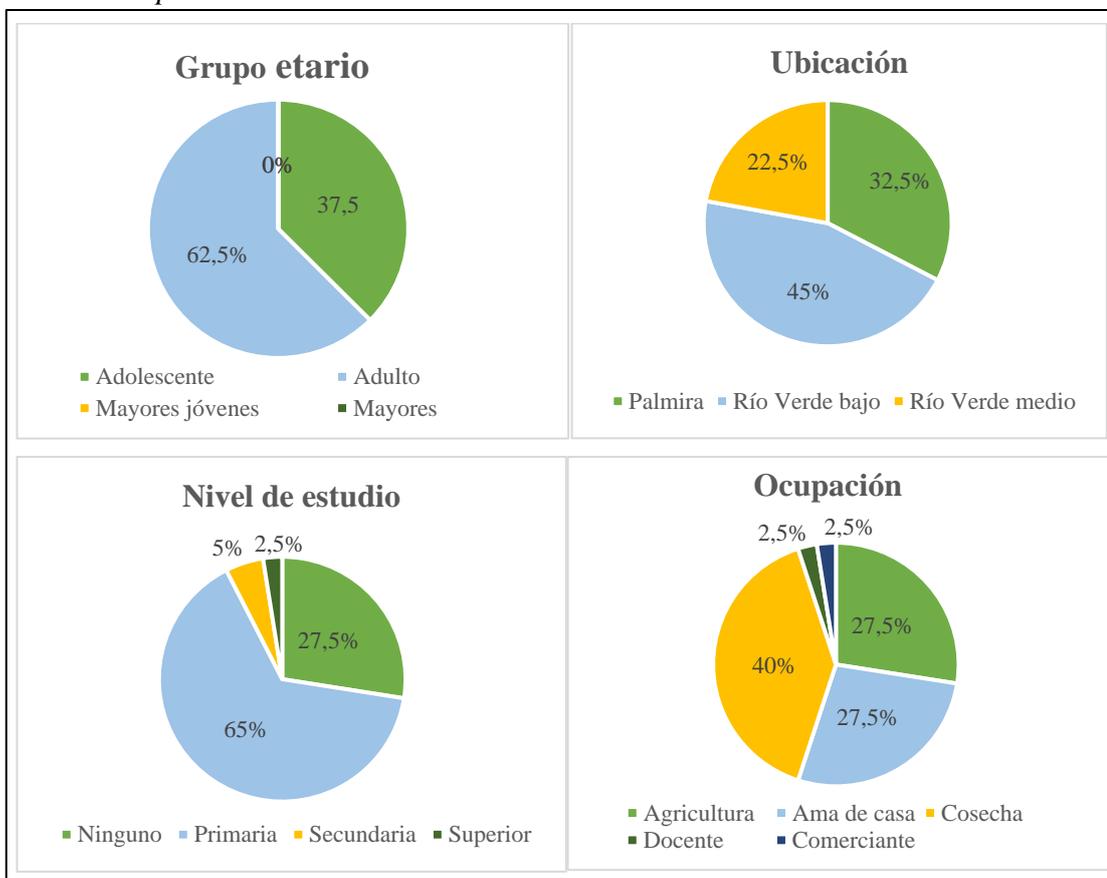
el estado nutricional según indicador peso para la longitud con la edad de inicio de la alimentación complementaria en niños (mayores de 6 meses) de la población Awá consiguiendo el resultado con la probabilidad de 0.0039.

CAPÍTULO IV

4. Resultados

4.1. Características sociodemográficas de la madre

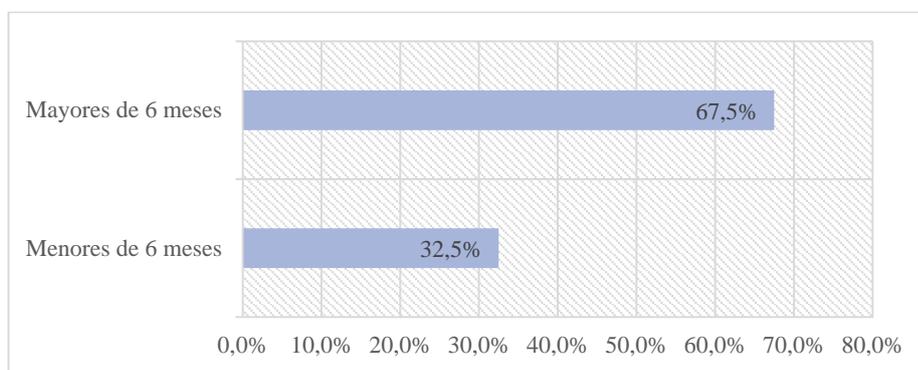
Gráfico 1. Características sociodemográficas de las madres de los menores de 2 años de la población Awá de Imbabura.



Según los datos obtenidos de 40 madres se aprecia que, el 62.5% de representantes son adultos (de 22 a 64 años). Con respecto a la ubicación podemos observar que el 45% de las madres de los menores de dos años se encuentran ubicados en Río Verde bajo, el 32,5% en Palmira y el 22% en Río Verde medio. De acuerdo con el nivel de educación se puede evidenciar que el 65% de las madres recibieron educación primaria y tan solo el 2,5% tienen nivel de educación superior y la ocupación es cosecha en un 40%.

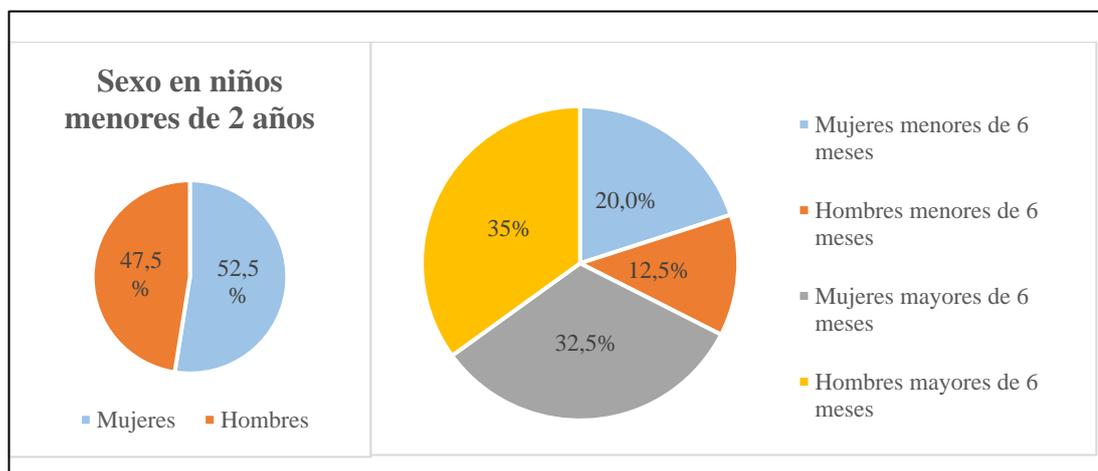
4.2. Estado nutricional del niño menor de 2 años

Gráfico 2. Edad del niño o bebé menor de dos años de la población Awá de Imbabura 2018.



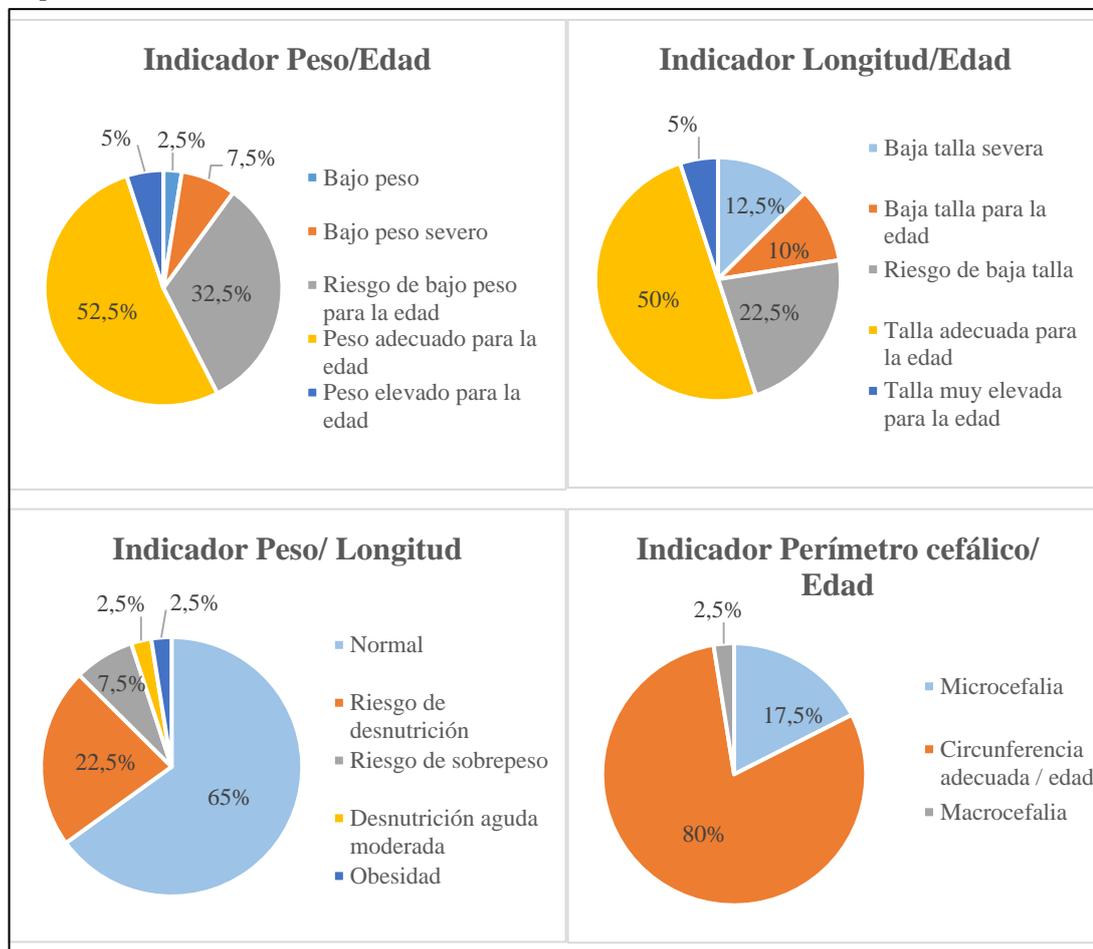
De los 40 niños menores de 2 años de Río Verde Bajo, Río Verde Medio y Palmira el 32,5% son menores de 6 meses y el 67,5% son mayores de 6 meses.

Gráfico 3. Sexo del niño o bebé menor de dos años de la población Awá de Imbabura 2018.



Del total de la muestra el 52,5 % son mujeres de las cuales el 20% son menores de 6 meses y el 32,5% son mayores de 6 meses; y el 47,5% son hombres, de los cuales el 12,5% son menores de 6 meses y el 35% son mayores de 6 meses.

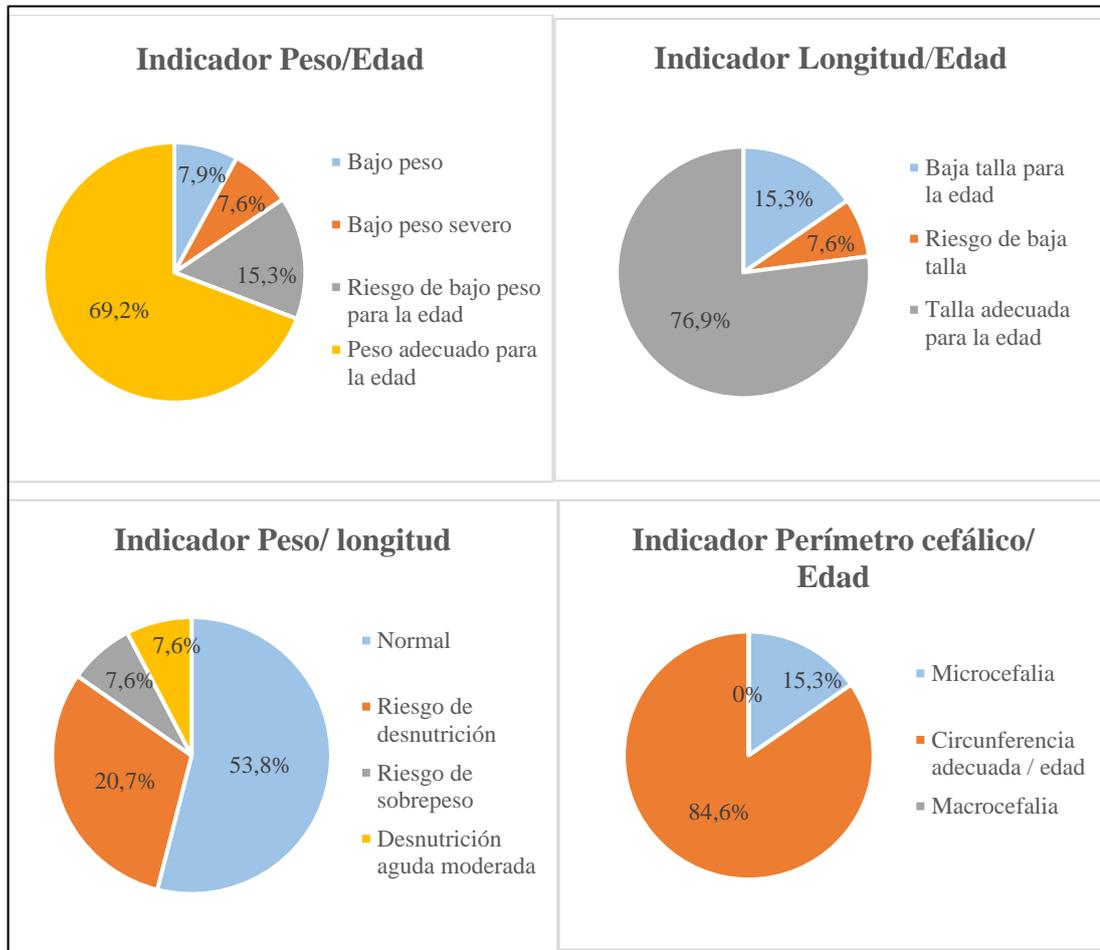
Gráfico 4. Estado Nutricional general de los niños o bebés menores de dos años de la población Awá de Imbabura 2018.



El 52,5% de los niños evaluados de Río Verde Bajo, Río Verde Medio y Palmira se encuentran con un peso adecuado para la edad, el 50% con talla adecuada para la edad y el 65% con peso adecuado para la longitud. La evaluación del perímetro cefálico demuestra que el 80% de niños tienen perímetro cefálico adecuado para la edad. En cuando al peso, se presenta un 7,5% con bajo peso severo y 32,5% con riesgo de bajo peso; y para la longitud para la edad un 12,5% se encuentran con baja talla severa y 10% con baja talla para la edad. En el indicador peso para la longitud el 22,5% presentan riesgo de desnutrición y según perímetro cefálico para la edad el 17,5% muestran microcefalia y 2,5% macrocefalia.

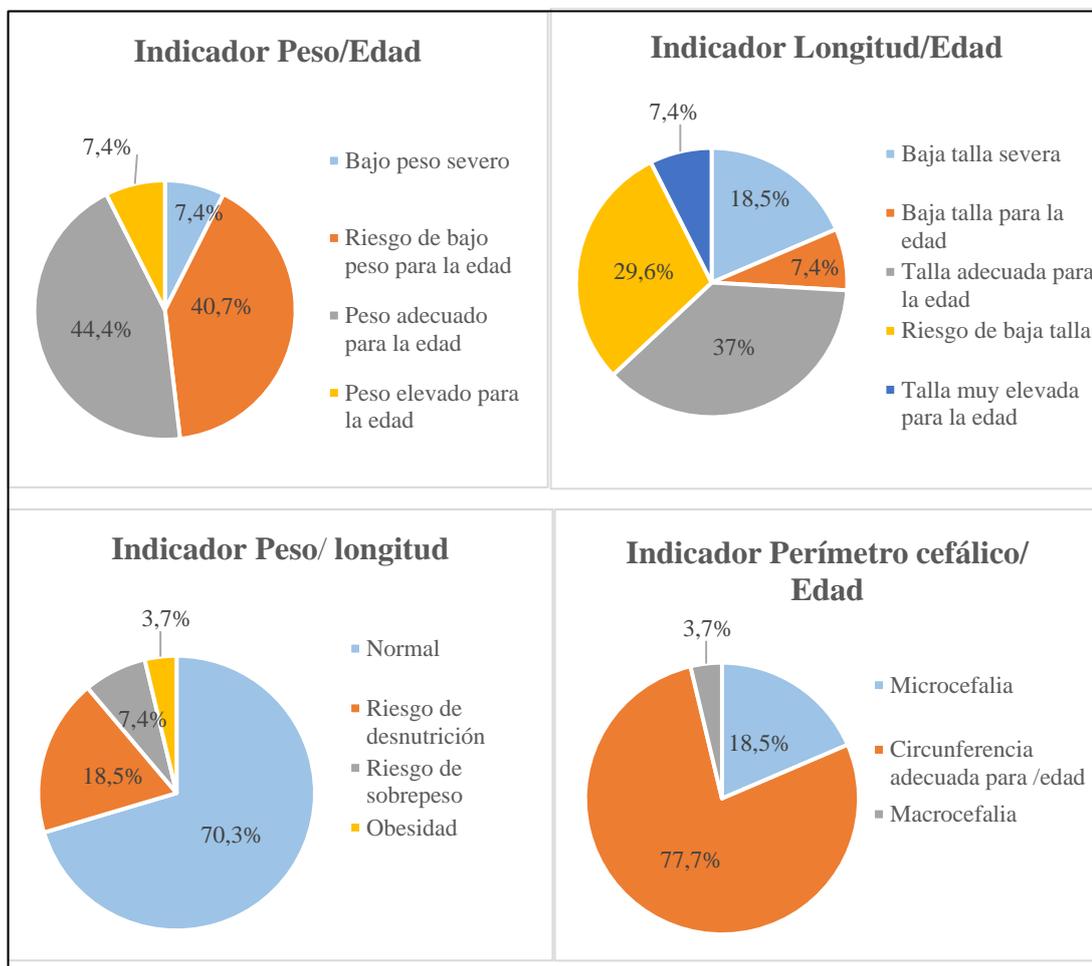
De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del año 2012 la prevalencia de retardo en talla en la población de 0 a 23 meses en la provincia de Imbabura es de 38,4%, siendo el dato obtenido en la población Awá de 22,5%. Se obtuvo una prevalencia menor pero no menos importante ya que se muestra también un 22,5% que se encuentran con riesgo de talla baja. Estos datos nos permiten reconocer que los procesos de educación nutricional a la población deben mantenerse y mejorarse, sobre todo dirigir al grupo de madres en lactancia y ablactación.

Gráfico 5. Estado Nutricional del niño o bebé lactante (menor de 6 meses) de la población Awá de Imbabura 2018.



Al separar los datos de los niños menores de seis meses se mira que el 69,2% se encuentran dentro del peso adecuado para la edad, 76,9% con talla adecuada para la edad, el 53,8% se encuentra en peso adecuado para la talla y el 84,6% con perímetro cefálico adecuado para la edad. También se encuentran un 15,3% con riesgo de bajo peso para la edad, 7,6% con bajo peso severo; según el indicador longitud para la edad tenemos 15,3% con baja talla para la edad; en el indicador peso para la longitud se obtuvo que el 20,7% tiene riesgo de desnutrición, de acuerdo con el indicador perímetro cefálico para la edad tenemos 15,3% con microcefalia.

Gráfico 6. Estado Nutricional del niño o bebé ab lactante (mayor de 6 meses) de la población Awá de Imbabura 2018.



Al separar los datos de los niños mayores de seis meses el 44,4% se encuentran dentro del peso adecuado para la edad, 37% con talla adecuada para la edad, el 70,3% tiene peso adecuado para la longitud y el 77,7% con perímetro cefálico adecuado para la edad. No obstante, también se encuentran un 40,7% con riesgo de bajo peso para la edad, 7,4% con bajo peso severo; según el indicador longitud para la edad tenemos 7,4% con baja talla para la edad, y 18,5% con baja talla severa; en el indicado peso para la longitud el 18,5% tiene riesgo de desnutrición y de acuerdo con el indicador perímetro cefálico para la edad tenemos 18,5% con microcefalia y 3,7% con macrocefalia.

El estado nutricional de una persona es el resultado entre el consumo energético y el gasto directamente proporcional a los requerimientos de nutrientes. En los niños y durante los 3 primeros años de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio, repercute rápidamente en él. Por esta razón el control periódico de ellos constituye el elemento más valioso para la detección precoz de alteraciones nutricionales y permite obtener una evaluación oportuna y adecuada. La forma más fácil, económica, precisa y universalmente aplicable para observar el crecimiento físico es la antropometría (23).

A nivel Nacional, Ecuador presentó 24 % de niños de 0 a 23 meses con retardo en talla según la ENSANUT (2012), la evaluación por Provincias reportó que en la Provincia de Imbabura el 38,4% de los niños menores de 23 meses se encuentra con retardo en talla. En la población estudiada de la Comunidad Awá ubicada en la parroquia de Lita, provincia de Imbabura, en cuanto al indicador longitud para la edad, que es uno de los datos más preocupantes a nivel nacional tenemos un 12,5% con baja talla severa y 10% con baja talla para la edad y riesgo de baja talla el 22,5%; datos que no se alejan de modo importante de los correspondientes a nivel Nacional se puede señalar que de acuerdo a esta investigación, la población Awá no constituye en mayor grado al índice elevado de desnutrición y de la provincia, siendo esto un problema de Salud Pública que demanda acciones inmediatas. En un estudio realizado en la ciudad de Pereira perteneciente a Colombia con grupos desplazados en el que se encontró de modo similar que cerca del 23,0% de los niños tienen disminución de la talla para la edad (24), situación nutricional que aqueja por lo general a los niños de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.

4.3. Conocimientos de lactancia materna (madres de los niños menores de 6 meses)

Tabla 1. Conocimientos de lactancia materna de las madres en los niños/as menores de 6 meses de la comunidad Awá de Imbabura.

Conocimientos de lactancia materna de las madres de los niños/as menores de 6 meses					
Lactancia materna al recién nacido	Nº	%	Periodo recomendado para la lactancia materna exclusiva	Nº	%
Conoce	11	84,6	Conoce	7	53,8
No conoce	2	15,4	No conoce	6	46,2
Total	13	100,0	Total	13	100,0
La leche materna es suficiente para bebés de 0 a 6 meses	Nº	%	Frecuencia de leche materna	Nº	%
Conoce	4	30,8	Conoce	13	100,0
No conoce	9	69,2	No conoce	0	0
Total	13	100,0	Total	13	100,0
Beneficios de la lactancia materna exclusiva para los bebés	Nº	%	Beneficios de la lactancia materna exclusiva para las madres	Nº	%
Conoce	3	23,1	Conoce	0	0
No conoce	10	79,9	No conoce	13	100,0
Total	13	100,0	Total	13	100,0
Seguir teniendo la producción de leche materna	Nº	%	Lactancia materna exclusiva en ausencia de la madre	Nº	%
Conoce	9	69,2	Conoce	0	0
No conoce	4	30,8	No conoce	13	100,0
Total	13	100,0	Total	13	100,0
Buscar atención médica si surgen problemas en la lactancia materna	Nº	%	Soluciones para los problemas en la lactancia	Nº	%
Conoce	2	15,3	Busca atención médica	2	15,4
No conoce	11	84,6	Consumo de bebidas	6	46,2
			Pide a alguien más que le dé el pecho	1	7,7
			No sabe	4	30,8
Total	13	100,0	Total	13	100,0

De acuerdo con los datos obtenidos el 84,6% conoce que debería alimentar con leche materna a un bebe recién nacido. El 53,8% saben el periodo recomendado de lactancia materna exclusiva. El 30,8 % las madres de la comunidad Awá consideran que la leche materna es suficiente para los bebés de 0 a 6 meses, porque proporciona todos los nutrientes y líquidos que un bebe necesita. Así mismo en la frecuencia de alimentación con leche materna de un bebé menor de seis meses el 100% piensa que debe ser alimentado a libre demanda. En los beneficios de la lactancia materna exclusiva para los bebés, indican que las madres no conocen estos beneficios representando por el 79.9%, como tampoco conocen los beneficios de la lactancia materna exclusiva para las madres el 100%. Además, sobre mantener la producción de leche materna el 69,2 % conoce como realizar la estimulación del pecho. Para superar las barreras y seguir con la lactancia materna exclusiva en ausencia de la madre el 100% respondieron que no conocen sobre la extracción de leche materna a mano. El 15,3% de las madres saben que deben buscar ayuda profesional cuando se le dificulta dar leche materna, e indican que el 46,2% de las madres de los niño/as menores de 6 meses hacen el consumo de líquidos cuando tienen problemas para la lactancia materna.

De acuerdo con el estudio denominado “Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en mujeres madres de menores de 2 años, Córdoba 2017” menciona que el 92% reconoce la lactancia materna exclusiva como único alimento para el recién nacido (25) y el 84,6% las madres de la comunidad Awá conocen que se debe alimentar con leche materna al recién nacido. El 53,8 % las madres de la comunidad Awá saben que el periodo de lactancia materna exclusiva es hasta los seis meses y en el estudio realizado en Córdoba el 54%, es decir que no hay una diferencia muy marcada con respecto a conocer sobre lactancia materna exclusiva debido a que se encuentra en el área rural. En este estudio nada más el 15,4% y en Córdoba en caso de problemas con lactancia materna el 47% recurren a un profesional (25), debido a que el 46,2% de las madres Awá realizan el consumo de líquidos y el 30,8% no sabe qué hacer cuando tienen dificultad en la lactancia.

4.4. Prácticas de lactancia materna (madres de los niños menores de 6 meses)

Tabla 2. Práctica de leche materna exclusiva en los niños/as menores de 6 meses de edad de la comunidad Awá de Imbabura.

Prácticas de lactancia materna en niños/as menores de 6 meses de edad			No exclusivamente con leche materna		
Lactancia materna exclusiva	N°	%	líquidos	N°	%
Exclusivamente con leche materna	7	53,8	Agua	6	46,2
No exclusivamente con leche materna	6	46,2	Leche de vaca	1	7,7
Total	13	100,0	Jugos	2	15,4
			Caldos claros	4	30,8
			Colada de avena	1	7,7
			Otro líquido	1	7,7

Según con los datos obtenidos el 53,8% recibieron lactancia materna exclusiva, mientras que en un 46,2% no la recibieron y el líquido más consumido fue agua, seguido por caldos claros.

Los datos publicados en 2016 por UNICEF, indican que globalmente sólo un 43% de los niños reciben lactancia materna exclusiva (26). De acuerdo a este estudio se encuentra que el 53,8% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva, y que el 46,2% no tuvo lactancia materna exclusiva e introdujeron otros líquidos en los menores a 6 meses de vida; entre los líquidos de mayor consumo fueron agua 46,2%, seguido de caldos claros 30,8%, notándose con preocupación que en las comunidades utilizan agua de vertiente para su alimentación y consumo, en algunos casos entubada y sin tratar. De acuerdo con ENSANUT 2012 de acuerdo a la Etnia indígena el 77% de los niños menores de 6 meses si recibieron lactancia materna exclusiva siendo la prevalencia de lactancia materna exclusiva en el área rural de 58.9% (1). Y según el estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en mujeres madres de menores de 2 años de Córdoba 2017” el 52% tuvo lactancia materna exclusiva (25) y en este estudio el 53,8%. En cuanto al abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses del estudio realizado en Córdoba fue del 25% (25), en cambio en la comunidad Awá el 46,2% abandonó la lactancia materna exclusiva, es decir que los porcentajes de acuerdo con la prevalencia nacional de lactancia materna exclusiva en nuestro estudio se encuentra por debajo de la mitad de las madres encuestadas.

4.5. Conocimientos de la madre sobre ablactación de la madre (> de 6 meses)

Tabla 3. Conocimientos de ablactación de la madre de la población Awá de Imbabura 2018.

Conocimientos de ablactación de la madre (mayores de 6 meses)					
Lactancia materna continua	N°	%	Edad de inicio de la alimentación complementaria	N°	%
Conoce	8	29,6	Conoce	17	62,9
No conoce	19	70,3	No conoce	10	37,0
Total	27	100,0	Total	27	100,0
Motivos para dar alimentos complementarios a los 6 meses	N°	%	Consistencia de las comidas	N°	%
Conoce	15	55,5	Conoce	14	51,8
No conoce	12	44,4	No conoce	13	48,1
Total	27	100,0	Total	27	100,0
Motivo de la consistencia de la papilla	N°	%	Manera de enriquecer las papillas	N°	%
Conoce	10	37,0	Conoce	2	7,4
No conoce	17	62,9	No conoce	25	92,5
Total	27	100,0	Total	27	100,0
Maneras para motivarlo a comer	N°	%			
Conoce	3	11,1			
No conoce	24	88,8			
Total	27	100,0			

De acuerdo al análisis de datos obtenidos en cuanto al conocimiento de las madres sobre la etapa de ablactación que empieza a partir de los seis meses, tenemos que el 70,3% de las encuestadas no conoce hasta que edad una mujer debe dar leche materna a su hijo, el 62,9% no conoce el motivo de la consistencia de las comidas que da a su hijo, el 92,5% no conoce acerca de las maneras de enriquecer las papillas, el 7,4% si conocen y aplican las normas del Ministerio de Salud Pública que recomienda un sobre de ChisPaz de 1 gramo pasando un día, y el 88,8% no conoce acerca de cómo motivar a comer a sus hijos. Sin embargo, el 62,9% conoce la edad de inicio de la alimentación complementaria, el 55,5% conoce acerca de los motivos para dar alimentos complementarios a los seis meses, 51,8% conoce acerca de la consistencia de las comidas que deben dar a sus hijos.

4.6. Prácticas de ablactación (niños mayores de 6 meses)

Tabla 4. Prácticas de ablactación (madre de los niños mayores de 6 meses) de la población Awá de Imbabura 2018.

Prácticas de ablactación (mayores de 6 meses)		
Lactancia materna continua	Nº	%
Si	20	74,0
No	7	25,9
Total	27	100,0
Duración lactancia materna	Nº	%
Continua	20	74,0
Menos de 6 meses	1	3,7
7 a 12 meses	2	7,4
13 a 23 meses	3	11,1
Más de 23 meses	1	3,7
Total	27	100,0
Número de grupos de alimentos consumidos el día anterior	Nº	%
1 Grupo	1	3,7
4 Grupos	1	3,7
5 Grupos	1	3,7
6 Grupos	4	14,8
7 Grupos	20	74,0
Total	27	100,0
Número de veces de comidas sólidas al día	Nº	%
Menos de 3 (menos de lo recomendado)	3	11,1
3 a 4 (sigue la recomendación)	21	77,7
Más de 4 (más de lo recomendado)	3	11,1
Total	27	100,0

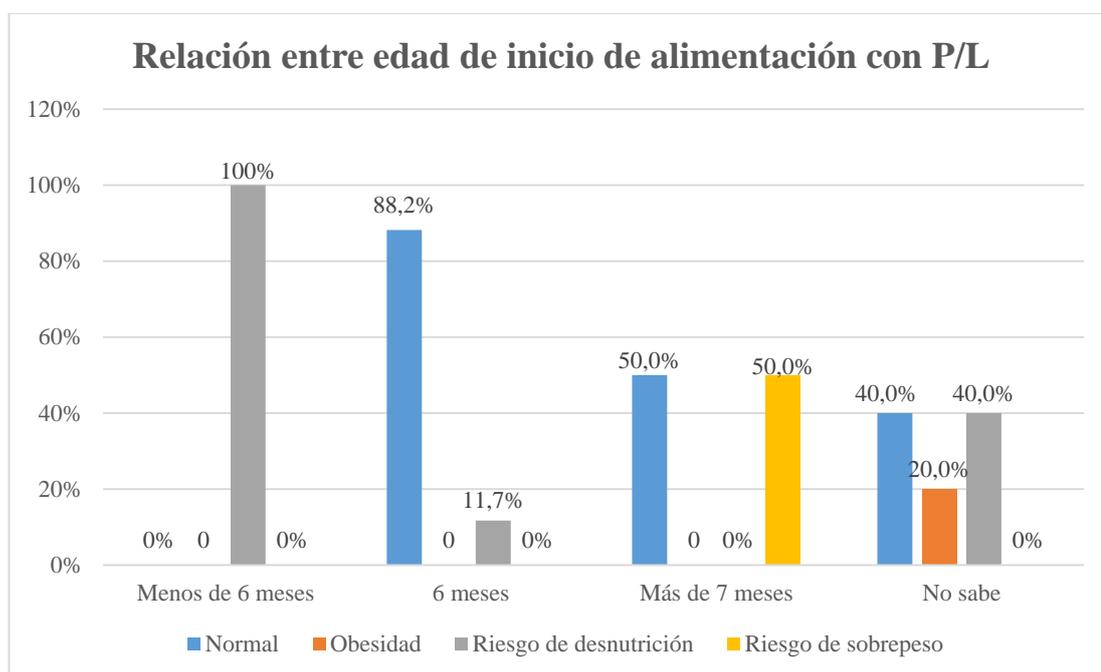
Según los datos obtenidos acerca de las prácticas de ablactación tenemos que el 74% de las encuestadas continúa dando leche materna a su hijo, el 74,0% le dio los 7 grupos de alimentos el día anterior al de la entrevista y el 77,7% sigue la recomendación de la OMS (2008) acerca del número de comidas sólidas que debe darse por día al niño. Por otro lado, el 25,9% de las encuestadas que ya no están dando leche materna a sus hijos, el 3,7% le dieron hasta menos de los 6 meses, el 7,4% entre los 7 a 12 meses y el 11,1% entre 13 a 23 meses y con respecto al número de comidas sólidas al día 11,1% le dan menos de lo recomendado.

En nuestro estudio el 74% de las madres continúan dando leche materna a su hijo y la ocupación que poseen es cosecha 40%, seguido con el 27,5% en ama de casa y agricultura, y se encuentran en 20 a 35 años de edad 62,5% y recalando que las madres pasan todo el tiempo con sus hijos sin importar la actividad que vayan a realizar, por otra parte la mayoría de niños fueron alimentados con los 7 grupos de alimentos el día anterior al de la entrevista 74%, y la mayoría sigue la recomendación de la OMS (2008) que menciona acerca del número de comidas sólidas que debe darse por día al niño de 2-3 veces para los bebés de 6 a 8 meses alimentados con leche materna, de 3-4 veces para lactantes de 9 a 23 meses alimentados con leche materna. Por otro lado, el 25,9% de las encuestadas ya no están dando leche materna a sus hijos, el 3,7% le dieron hasta menos de los 6 meses, el 7,41% entre los 7 a 12 meses y el 11,1% entre 13 a 23 meses y con respecto al número de comidas sólidas al día 11,1% le dan menos de lo recomendado.

Según los datos encontrados en ENSANUT 2012 el 58,5% corresponde a la prevalencia de lactancia materna continua a nivel nacional en niños de 12 a 15 meses y el 70,5% en el área rural (1), en nuestro estudio el 74% continúan con la leche materna se podría decir que cumplen con las recomendaciones que hace la OMS, y nos indica que la mayoría de los niños mayores de 6 meses continúan con le leche materna. De acuerdo a ENSANUT 2012 el 73,6% de los niños de 6 a 8 meses consumieron alimentos sólidos, semisólidos y suaves (líquidos, coladas espesas), y en nuestro estudio la mayoría inicia tomando agua un 46,2% y caldos claros 30,8% analizando que están iniciando con alimentación complementaria a una temprana edad y el agua que poseen es entubada y sin tratar.

4.7. Relación de estado nutricional según indicador peso para la longitud con la edad de inicio de la alimentación complementaria.

Gráfico 7. Estado nutricional según indicador peso para la longitud en relación con la edad de inicio de la alimentación complementaria en niños (mayores de 6 meses) de la población Awá de Imbabura 2018.



Single Table Analysis

Chi-Squared df Probability

24,2565 9 0,0039

An expected value is < 1. Chi-squared may not be a valid test.

Se acepta la hipótesis al relacionar el estado nutricional con conocimientos y prácticas de lactancia y ablactación en la que se obtuvo una asociación significativa únicamente para el indicador Peso/ Longitud y la edad de inicio de la alimentación complementaria. Además, se determinó que el 88,2% de los niños que empezaron la alimentación complementaria a los 6 meses se encuentran dentro de la normalidad según el indicador peso para la longitud. El 50% de los que empezaron pasado los 7

meses se encuentra dentro de lo normal y el otro 50% con riesgo de sobrepeso. De los que empezaron antes de los 6 meses el 100% se encuentra con riesgo de desnutrición.

Al analizar tres de los aspectos importantes en el cuidado alimentación nutricional de los niños como: edad de inicio de alimentación complementaria, destete y calidad de la alimentación, es significativo recordar que a los seis meses de edad es recomendable empezar con el proceso de ablactación, y tal como determina la OMS continuar con lactancia materna hasta los dos años de edad debida a la función protectora de la leche materna (27) por la cantidad de inmunoglobulinas que posee además del resto de nutrientes que se conjugan en defensa del organismo del niño, más aún de que al utilizar agua de vertiente los lactantes Awá para higienizar sus alimentos están expuestos a un mayor riesgo de contraer infecciones.

Es probable que las prácticas de alimentación durante los primeros 24 meses de vida sean un factor determinante sobre la salud y el desarrollo de algunas enfermedades a corto, mediano y largo plazo. Los datos disponibles son limitados tanto en cantidad como en calidad, pero sugieren que los alimentos complementarios (es decir, los alimentos sólidos y líquidos distintos la leche materna o las fórmulas lácteas infantiles), no deben ser introducidos antes de los 4 meses, pero no deberían retrasarse más allá de 6 meses, ya que se ha visto que esta práctica podría impactar en la reducción del riesgo de alergia y obesidad a mediano y largo plazo (28).

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

Las madres representantes de los niños/as menores de 2 años de la población Awá son adultas comprendida entre 22 a 64 años, el nivel de educación que tienen es primaria, en su mayoría la ocupación que poseen es cosecha 40%, seguido por ama de casa 27,5% y la agricultura 27,5%, se encuentran ubicados en Río Verde bajo 45%, Palmira 32,5 y Río verde Medio 22%.

Del total de los niños evaluados de Río Verde Bajo, Río Verde Medio y Palmira un 57,5% se encuentran con un peso adecuado para la edad, el 50% con talla adecuada para la edad, el 65% tiene peso adecuado para la longitud y de la misma manera un 80% con un perímetro cefálico adecuado para la edad. Por otro lado, se presenta un 7,5% con bajo peso severo y 32,5% con riesgo de bajo peso; en cuanto al indicador longitud para la edad tenemos un 12,5% con baja talla severa y 10% con baja talla para la edad, en el indicador peso para la longitud el 22,5% tiene riesgo de desnutrición; según perímetro cefálico para la edad se encontró el 17,5% con microcefalia.

Comparando los datos de la ENSANUT 2012 en la que se menciona que la prevalencia de retardo en talla en la población de 0 a 23 meses en la provincia de Imbabura es de 38,4% con lo obtenido en la población de estudio que es de 22,5%, se puede notar que es menor pero no menos importante ya que se muestra también un 22,5% que se encuentran con riesgo de talla baja, por lo tanto, estos datos nos permiten conocer que deben continuarse las capacitaciones y si se observa el gráfico número 6, se puede percibir que estos casos encontrados son más comunes en los mayores de seis meses, es decir que da la pauta a que se enfatice sobre el adecuado proceso de ablactación. Por otro lado, si se observa el gráfico 5, se puede percibir que es menor el riesgo que existe en los mismos ya que según la información obtenida la mayoría de la población

estudiada conoce y práctica el dar de lactar a libre demanda sin introducir otros alimentos hasta los seis meses.

Dentro de las prácticas y conocimientos de lactancia de los niños menores de 0 a 6 meses el 53,8% de niños/as recibieron lactancia materna exclusiva, y el 46,2% no recibió debido a que se introdujo agua y caldos claros, el 84,6% conoce que la leche materna es el primer alimento que deben recibir un recién nacido, el 53,8% de las madres conocen el periodo recomendado de lactancia materna exclusiva, y el 100% conocen la frecuencia de leche materna. Dentro de las prácticas y conocimientos de ablactación de los niños mayores de 6 meses se concluye que el 74% continúan recibiendo leche materna, el 74% consta la alimentación con los 7 grupos de alimentos dentro de sus comidas, y el 77,7% sigue la recomendación de la OMS (2008), el 44% de los niños mayores de 6 meses continúan con las recomendaciones antiguas que se debía suministrar un sobre de chis paz diario, el 62,9% conoce la edad de inicio de la alimentación complementaria y el 55,5% de las madres conocen acerca de los motivos para dar alimentos complementarios a los seis meses.

Los síes meses es la edad adecuada para iniciar con la alimentación complementaria, no antes ni mucho menos después porque puede afectar al peso y la longitud del menor y viéndose aún más afectado por la ubicación en donde se encuentra la Comunidad Awá.

5.2. Recomendaciones

- Realizar capacitaciones y herramientas educativas con el idioma nativo awapit acerca de la siembra y cosecha de productos que se puedan dar en el medio, así como también puedan tener opciones para su alimentación y puedan vender a un precio considerable para que sea un ingreso económico.
- Incentivar a la lactancia materna hasta los dos años, en su mayoría manifiesta que solo se debe dar hasta el primer año de edad, al hablar de ello es importante que se eduque a las madres para disminuir daño y dolor en el seno ya que a partir del año los niños empiezan a tener sus primeros dientes y puede convertirse en un obstáculo para continuar con la lactancia.
- Realizar capacitaciones en base a las herramientas educativas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, adaptando al idioma nativo awapit sobre lactancia y ablactación dirigidas a las madres de los niños/as menores de 2 años, con un profesional que domine el tema de forma didáctica para poder lograr mejor comprensión.
- Se recomienda a los estudiantes de Nutrición realizar futuras investigaciones partiendo de las tesis existentes con el fin de proponer soluciones o mejoras ante los resultados ya obtenidos.
- Ejecutar más visitas médicas para vigilar el crecimiento y el peso de los niños menores de dos años y poder hacer las respectivas acciones para llevar a cabo una adecuada lactancia materna y alimentación complementaria.
- Realizar estudios sobre parasitosis y agua segura, con relación al estado nutricional en comunidades que se encuentren en zonas rurales.

- Ejecutar proyectos para provisión de agua potable de la comunidad en estudio ya que se observó que una de las principales causas del mal estado nutricional puede deberse al no contar con agua potable.

BIBLIOGRAFÍA

1. ENSANUT-ECU. ENSANUT-ECU. [Online].; 2012 [cited 2018 enero 5. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf.
2. Higuera K. Informe sobre comportamiento de la desnutrición en el centro de salud de Lita en el periodo de noviembre del 2017. Lita:, Distrito de Salud; 2017.
3. UNICEF. UNICEF. [Online].; 2006 [cited 2018 enero 5. Available from: [https://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion\(13\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion(13).pdf).
4. OMS. OMS. [Online].; 2017 [cited 2018 enero 5. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/malnutrition/es/>.
5. Piñeiro V. Informe de avances del plan de acción en comunidad Awá Distrito 10D01. Lita: Centro de Salud; 2017.
6. Vallejo M. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa - Colombia. 2016 Marzo.
7. Suverza A. El ABCD de la evaluación del estado de nutrición; 2010.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador CNdN. protocolo de atención y manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña. [Online].; 2011.
9. Rojas M. [Online].; 2000. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Paediatria/v03_n1/pdf/aspectos_antropomet.pdf.
10. MSP ECUADOR. Consejería Materno Infantil. [Online]. [cited 2018 04 27. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/ROTAFOLIO_CONSEJERIA.pdf.
11. OMS. [Online].; 2016 [cited 2018 04 27. Available from: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/.

12. Pais J. Lactancia materna exclusiva a menores de seis meses pertenecientes al Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba. 2014.
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. [Online].; 2010 [cited 2018 marzo 01. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/CRECIENDO_SANO.pdf.
14. MSP del Ecuador. Creciendo Sano. [Online]. [cited 2018 04 27. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/CRECIENDO_SANO.pdf.
15. OMS. Lactancia materna exclusiva. [Online].; 2016 [cited 2018 04 27. Available from: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/.
16. UNICEF. La leche materna salva vidas. [Online].; 2015 [cited 2018 04 27. Available from: https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf.
17. Ecuador M. Normas y protocolos de alimentación para niños y niñas menores de 2 años. [Online].; 2013 [cited 2018 04 1. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/Alimentacion_nino_menor_2anios.pdf.
18. MSP Ecuador. Iniciativa mundial sobre tendencia en lactancia materna. [Online].; 2012. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/INICIATIVA_MUNDIAL_TENDENCIAS_LACTANCIA_MATERNA.pdf.
19. OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño. [Online].; 2018 [cited 2018 abril 15. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
20. FAO. Guía de nutrición de la familia. [Online].; 2006 [cited 2018 abril 15. Available from: <http://www.fao.org/3/a-y5740s.pdf>.

21. MSP Ecuador. Normas, protocolos y consejería para la suplementación con micronutrientes. [Online].; 2011 [cited 2018 04 27. Available from: <http://www1.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2012/12/Normas-Protocolos-y-Consejeria-para-la-Suplementacion-con-Micronutrientes-Ecuador.pdf>.
22. Silvia Escott Stump LKMJLR. Krause dietoterapia. 13th ed. Barcelona: elsevier; 2013.
23. Arrunategui V. Estado nutricional en niños menores de 5 años del distrito de San Marcos, Ancash, Perú. [Online].; 2015 [cited 2018 04 02. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v43n2/art07.pdf>.
24. Machado M, Calderón V, Machado J. Determinantes socioeconómicos, inseguridad alimentaria y desnutrición crónica en población desplazada de primera infancia, Pereira, Colombia. [Online].; 2013 [cited 2018 04 02. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v20n1/v20n1a02.pdf>.
25. G S. Facultad de ciencias médicas. [Online].; 2017 [cited 18 junio 18. Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/viewFile/18226/18109>.
26. Pediatría CdlmdlAEd. Asociación de Pediatría Española. [Online].; 2016 [cited 2018 05 03. Available from: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>.
27. Latham MC. Nutrición Humana en el mundo del desarrollo. [Online].; 2002 [cited 2017 junio 29. Available from: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm>.
28. Pediatría INd. Acta pediátrica México. [Online].; 2017 [cited 2018 08 02. Available from: <http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/1390/1026>.
29. Ministerio de Educación del Ecuador. Ministerio de Educación. [Online].; 2017 [cited 2018 enero 5. Available from: <https://educacion.gob.ec/bares-escolares-saludables/>.

30. Guzman Maria MV. Universidad San francisco de Quito. [Online].; 2009 [cited 18 04 29. Available from: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/1085>.
31. Alayo C DJ. Universidad Nacional de Trujillo. [Online].; 2017 [cited 2018 junio 27. Available from: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8734/1784.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
32. social Mdsyp. Minsalud. [Online].; 2016 [cited 2018 09 04. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%202465%20de%202016.pdf.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ABLACTACIÓN CON
RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 2 AÑOS EN LA
POBLACIÓN AWÁ DE IMBABURA 2018.

de Encuesta: _____

Fecha: _____

Nombre del Encuestador:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días/tardes Sr/Sra _____.

Somos estudiantes de la Universidad Técnica del Norte, estamos trabajando en un proyecto relacionado con la nutrición y la educación en el que deseamos que pueda participar. Estamos encuestando a algunos participantes para conocer más acerca de sus conocimientos, y prácticas relacionadas con la nutrición.

La entrevista tomará aproximadamente 30 minutos; toda la información que se obtenga será tratada con estricta confidencialidad y sus respuestas y nombre jamás serán revelados. No está obligado a contestar las preguntas que no quiera y podemos parar nuestra conversación en el momento que usted desee.

El objetivo de este estudio es determinar los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria con relación al estado nutricional en niños

menores de 2 años de la población Awá de Imbabura 2018. Si hacemos esta encuesta, no es para evaluarlo a usted, o criticarlo, entonces por ningún motivo se sienta presionado para dar una respuesta en específico. Le pediría entonces que contestara a las preguntas con toda honestidad, diciéndome lo que sabe, lo que siente o piensa, la manera en la que vive y en la que prepara su comida y la de su familia. Tome el tiempo que necesite para responder a las preguntas.

¿Acepta participar en esta encuesta?

SI__NO_____ *Si contesta SI, continúe con la siguiente pregunta. Si contesta NO, termine la entrevista.*

¿Tiene alguna pregunta antes de comenzar? (*Conteste a las preguntas*).

¿Podemos iniciar ahora?

Gracias

Anexo 2: Cuestionario de datos socioeconómicos



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ABLACTACIÓN CON RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 2 AÑOS EN LA POBLACIÓN AWÁ DE IMBABURA 2018.

Objetivo: Determinar los conocimientos y prácticas de lactancia y ablactación con relación al estado nutricional en niños menores de 2 años de la población Awá de Imbabura 2018.

de Encuesta: _____ Fecha: _____

Nombre del Encuestador: _____

Cuestionario socioeconómico para padres/tutores

PADRE/TUTOR

Nombre del Encuestado _____

Seleccione el sexo del encuestado: Hombre Mujer

¿Qué tipo de parentesco tiene con el niño al que cuida?

Madre Padre Abuelo/Abuela Otro

Fecha de Nacimiento: __ / __ / ____ Edad: _____

día mes año

¿Cuántos hijos tiene? Número de niños __

Dirección: _____

Nivel de Estudio: Ninguno Alfabetizado Primaria Secundaria

Superior

Último grado que cursó: _____

Ocupación: _____

BEBÉ O NIÑO

Nombre del Bebé o niño: _____

Sexo del Niño: Hombre Mujer

Fecha de Nacimiento: __ / __ / ____ Edad: _____

día mes año

Anexo 3: Cuestionario para madres lactantes

Lactancia Materna

Prácticas

Pregunta P.1: Lactancia materna*

¿Fue (*nombre del bebé*) amamantado ayer durante el día o la noche?

- Sí
- No
- No sabe / No contesta

Pregunta P.2: Alimentación con leche materna*

Algunas veces los bebés son alimentados con leche materna de diferentes maneras, por ejemplo con una cuchara, taza o una botella, o son amamantados por otra mujer.

¿Consumió (*nombre del bebé*) la leche materna en cualquiera de estas formas ayer durante el día o la noche?

- Sí
- No
- No sabe / No contesta

Pregunta P.3: Alimentando al bebé cuando la madre no está

Cuándo sale de su casa y deja al bebé ¿qué tipo de alimentación le proporcionan?

- Leche materna en biberón, cuchara o taza
- Leche de formula en biberón, cuchara o taza.
- Coladas
- Otros líquidos
- No lo deja solo

En ese caso, ¿quién lo alimenta?

- El padre
- La abuela

- Los hijos
- Otra(s) persona(s)

No sabe / No contesta

Pregunta P.4: Introducción de líquidos *

Ahora me gustaría preguntarle acerca de algunos líquidos que (*nombre del bebé*) puede haber bebido ayer durante el día o por la noche. (*Lea la lista de líquidos que comienzan con "agua pura"*)

A. Agua pura Sí

No

No sabe

B. Fórmula infantil, tales como (*insertar ejemplos locales*)

Sí

No

No sabe

C. Leche tales como leche enlatada, animal en polvo o fresco

Sí

No

No sabe

D. Jugo o bebidas de jugo

Sí

No

No sabe

E. Caldo claro

Sí

No

No sabe

F. Yogurt

Sí

No

No sabe

G. Papilla de avena (cereales finos)

- Sí
- No
- No sabe

H. Cualquier otro líquido

- Sí

Cuáles? _____

- No
- No sabe

Análisis preliminar

De las preguntas P1, P2, P3 y P4 determinar si el niño recibe lactancia materna exclusiva (es decir, alimentados exclusivamente con leche materna)

Conocimientos

Pregunta C.1: Lactancia materna al nacer

¿Cómo se debería de alimentar a un bebé recién nacido?

- Sólo con leche materna
- Otros
- No sabe

Análisis preliminar

- Conoce/sabe
- No conoce/no sabe

Pregunta C.2: Significado de lactancia materna exclusiva

¿Ha escuchado hablar de lactancia materna exclusiva?

- Si
- No → salte a la pregunta C.3

¿Qué significa?

- Que el bebé solo recibe leche materna, ningún líquido ni comida
- Otros
- No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe

No conoce/no sabe

Pregunta C.3: Periodo recomendado para la lactancia materna exclusiva

¿Hasta qué edad del niño, cree que se le debe alimentar solamente con leche materna?

En otras palabras: ¿Cuánto tiempo se recomienda dar únicamente leche materna?

- Desde el nacimiento hasta los seis meses
- Otros
- No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe

No conoce/no sabe

Pregunta C.4.: La leche materna es suficiente para bebés de 0-6 meses

¿Por qué se recomienda dar sólo leche materna durante los primeros seis meses de vida?

- Porque la leche materna proporciona todos los nutrientes y líquidos que un bebé necesita durante los primeros seis meses de vida.

Porque los bebés aún no digieren otros alimentos antes de los seis meses.

Otros

No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe

No conoce/no sabe

Pregunta C.5.: Frecuencia de la alimentación

¿Cada cuánto tiempo se debe alimentar a un bebé menor de seis meses con leche materna?

A libre demanda, cada vez que el bebé quiera

Otros

No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe

No conoce/no sabe

Pregunta C.6: Beneficios de la lactancia materna exclusiva para los bebés

¿Cuáles son los beneficios para el bebé si recibe solamente leche materna durante los primeros 6 meses de vida?

En otras palabras: ¿En qué le ayuda al bebé recibir solamente leche materna durante los primeros 6 meses de vida?

Crece saludablemente

Protección de diarrea y otras infecciones

Protección contra la obesidad y las enfermedades crónicas en la edad adulta

Protección contra otras enfermedades. Especificar cuales _____

Otros

No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe

No conoce/no sabe

Pregunta C.7: Beneficios de la lactancia materna exclusiva para madres

¿Qué beneficios obtiene la madre si le da a su bebé solo leche materna por seis meses?

- Retardo de la fertilidad
- Ayuda a recuperar el peso que tenía antes del embarazo
- Tienen un menor riesgo de cáncer (de mama y de ovario)
- Tienen un menor riesgo de pérdida de sangre después del parto (menos riesgo de hemorragia post-parto)
- Mejora la relación madre / bebé
- Otros
- No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe

No conoce/no sabe

Pregunta C.8: Suministro de leche materna

Algunas mamás comentan que no tienen suficiente leche para alimentar a su bebé
¿Cómo puede una madre seguir teniendo leche?

La estimulación del pecho por:

- La lactancia materna exclusiva a demanda
- Manualmente, extrayendo leche de los senos
- Mantener el consumo de líquidos durante el día
- Otros
- No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe

No conoce/no sabe

Pregunta C.9: Superar las barreras para amamantar

Muchas madres tienen que trabajar y se separan de sus bebés. En esta situación, ¿cómo podría una madre continuar alimentando a su bebé exclusivamente con leche materna?

Por:

- La extracción de leche materna a mano y almacenarla /pedirle a alguien que le dé leche materna al bebé
- Otros
- No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe

No conoce/no sabe

Pregunta C.10: Buscar atención médico si surgen problemas en la lactancia

¿Qué debe hacer una madre si se le dificulta dar leche materna?

En otras palabras: ¿Qué debe hacer una madre si no le baja la leche?

- Buscar ayuda profesional en los servicios de salud
- Otros
- No sabe

Análisis preliminar

Conoce/sabe

No conoce/no sabe

Anexo 4: Cuestionario para madres ablactantes

Ablactación (6 a 23 meses)

Prácticas

Temporada:

Temporada baja de alimento

Temporada alta de alimento

Pregunta P.1: Lactancia materna continua*

¿(*Nombre del bebé*) tomó pecho o leche materna ayer durante el día o la noche?

Sí

No

No sabe / No contesta

¿(*Nombre del bebé*) hasta que edad tomó pecho o leche materna?

Pregunta P.2.: Diversidad alimentaria*

Voy a preguntarle acerca de los alimentos que (*nombre del bebé*) comió ayer durante el día ó por la noche.

Por ejemplo, si (*nombre del bebé*) se comió una papilla de arroz con verduras, debe responder afirmativamente a algún alimento (al arroz, chayote, zanahoria, etc.).

No mencione los alimentos utilizados en poca cantidad para sazonar o condimentos (como los chiles, especias o hierbas), voy a preguntarle acerca de esos alimentos posteriormente.

Ayer durante el día o por la noche (*nombre del bebé*) comió o bebió:

(Lea al participante la lista de alimentos. Subraye los alimentos consumido e indique en la columna Si o No si alguno de los alimentos de la lista fue consumido. Anote el número de veces para las preguntas relevantes (Grupo 3).

Grupo	Lista de alimentos	No	Si
Grupo 1: Granos, raíces y tubérculos	Pan, arroz, fideos u otros alimentos a base de granos, incluyendo avena o papilla?		
	Papas blancas, camote, yuca, o cualquier otro alimento a base de raíces?		
Grupo 2: Leguminosas y nueces	Algún alimento hecho a base de frijoles, habas, chícharos, lentejas o nueces?		
Grupo 3: Productos lácteos	Fórmula infantil ¿Cuál? _____		¿Cuántas veces? _ _
	Leche, como leche enlatada, animal en polvo o fresca?		¿Cuántas veces? _ _
	Yogurt?		¿Cuántas veces? _ _
	Queso u otros productos lácteos? ¿Cuáles? _____		
Grupo 4: Carnes	Hígado, riñón, corazón u otros órganos comestibles o alimentos a base de sangre?		
	Algún tipo de carne como carne de res, cerdo, cordero, cabra, pollo, pato u otra?		
	Pescado fresco o secos, o mariscos?		
	Gusanos, caracoles o insectos?		
Grupo	Lista de alimentos	No	Si
Grupo 5: Huevos	Huevos		
Grupo 6: Frutas y verduras ricas en vitamina A	Calabaza amarilla, zanahoria, papas que son amarillas o anaranjadas por dentro?		
	Verduras de hoja verde oscuro como las hojas de amaranto, las hojas de yuca, berzas, espinacas, Otras _____		
	Mango maduro, papaya madura, melón cantalupo, durazno fresco o seco		
	Alimentos hechos con aceite rojo de palma, nuez de palma roja, salsa de pulpa de nuez de palma roja?		
Grupo 7: Otras frutas y verduras	Otras frutas o verduras		
Otros alimentos (no deben ser contados en el puntaje de diversidad alimentaria)	Algún aceite, grasa, mantequilla, o alimentos preparados con alguno de estos?		
	Alimentos dulces como chocolates, dulces, caramelos, pasteles, tartas, galletas?		
	Condimentos para el sabor, tales como chiles, especias, hierbas.		

No consume alimentos más que leche materna

Análisis preliminar

Número de grupos de alimentos consumidos el día anterior ____ / 7

Pregunta P.3: Frecuencia de las comidas*

¿Cuántas veces (*nombre del bebé*) comió alimentos, es decir las comidas y meriendas que no sean líquidos, ayer durante el día o la noche?

Número de veces | ___ | | ___ |

No sabe / No contesta

Análisis preliminar (realizar el análisis posterior a la aplicación de la encuesta)

OMS (2008) recomendaciones para la frecuencia mínima de comidas:

Para los niños alimentados con leche materna:

2-3 veces para los bebés de 6 a 8 meses alimentados con leche materna

3-4 veces para lactantes de 9 a 23 meses alimentados con leche materna

Para los niños no amamantados:

4 veces para los niños de 6 a 24 meses que no son amamantados (incluyendo

Pregunta C.1: Lactancia continua

¿Hasta los cuantos meses cree usted que una mujer debe de dar leche materna a su hijo?

-
-
- 6 meses o menos
 - 6 - 11 meses
 - 12 - 23 meses
 - > 23 meses (respuesta correcta)
 - Otros
 - No sabe

Análisis preliminar

- Conoce/sabe
- No conoce/no sabe

Pregunta C.2: Edad de inicio de la alimentación complementaria

¿A qué edad los bebés pueden comer otros alimentos a parte de la leche materna?

- A los 6 meses
- Otros
- No sabe

Análisis preliminar	
Conoce/sabe	<input type="checkbox"/>
No conoce/no sabe	<input type="checkbox"/>

Pregunta C.3: Motivos para dar alimentos complementarios a los seis meses

¿Por qué cree que es importante darle a su bebé otros alimentos a parte de la leche materna? _____

- La leche materna por sí sola no es suficiente / no puede proporcionar todos los nutrientes necesarios para el crecimiento
- Otros
- No sabe

Análisis preliminar	
Conoce/sabe	<input type="checkbox"/>
No conoce/no sabe	<input type="checkbox"/>

Pregunta C.4: Consistencia de las comidas

Por favor, observe estas dos fotos de papillas. ¿Cuál cree usted que se debe dar a un niño pequeño?

(Enseñe las imágenes de papillas espesa y acuosa / aguada y marque una de las opciones a continuación en función de la respuesta demandada.)

- Muestra la papilla espesa
- Muestra la aguada
- No sabe

Análisis preliminar	
Conoce/sabe	<input type="checkbox"/>
No conoce/no sabe	<input type="checkbox"/>

Pregunta C.5: Motivo de la consistencia de las comidas

¿Por qué eligió esa foto?

- Debido a que la primera es más espesa que la otra
- Debido a que la primera es más nutritiva (o viceversa)
- Otros
- No sabe

Análisis preliminar	
Conoce/sabe	<input type="checkbox"/>
No conoce/no sabe	<input type="checkbox"/>

Pregunta C.6: Diversidad de la dieta + manera de enriquecer las papillas

Para alimentar a sus hijos, muchas madres les dan papilla o algún otro alimento típico de la región.

Por favor, ¿me puede decir algunas maneras de hacer esos alimentos más nutritivos o mejor para la salud de su bebé?

En otras palabras: ¿Qué alimentos o tipos de alimentos se puede añadir para hacerlos más nutritivos?

Mediante la adición:

- Alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado, hígado / órganos, huevos, etc)
- Leguminosas y frutos secos: harina de cacahuete y otras leguminosas (chícharos, habas, lentejas, etc), semillas de girasol, cacahuete, soya
- Frutas y verduras ricas en Vitamina A (zanahoria, calabaza amarilla, mango, papaya, etc)
- Verduras de hoja verde (espinacas, por ejemplo)
- Alimentos muy energéticos: aceite, mantequilla / manteca
- Otros Cuáles? _____
- No sabe

Análisis preliminar	
Conoce/sabe	<input type="checkbox"/>
No conoce/no sabe	<input type="checkbox"/>

Pregunta C.7: Alimentar motivando

¿De qué manera se puede motivar a los niños a comer, por ejemplo cuando no quieren?

En otras palabras: Si su hijo no quiere comer, ¿usted que hace para motivarlo?

- Brindarles atención durante sus comidas, hablar con ellos, hacer que los tiempos de comidas sean momentos felices:
 - Aplaudir
 - Hacer muecas/jugar/reír
 - Demostrar/enseñar como comer abriendo la boca muy grande
 - Decir palabras alentadoras
 - Llamar la atención del niño

- Otros
- No sabe

Análisis preliminar
Conoce/sabe <input type="checkbox"/>
No conoce/no sabe <input type="checkbox"/>

Anexo 5: Formulario de registro de peso de niños menores de 2 años



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ABLACTACIÓN CON RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 2 AÑOS EN LA POBLACIÓN AWÁ DE IMBABURA 2018.

Fecha: _____

N ° Encuesta	Nombre	Peso Kg	Talla cm.	Perímetro Cefálico cm.

Anexo 6: Registros fotográficos

Aplicación de encuestas



Toma de medidas antropométricas: peso y perímetro cefálico



Toma de medidas antropométricas: longitud.



Entrega de semillas a las madres de los niños menores de 2 años



Urkund Analysis Result

Analysed Document: Tesis diana c y andrea c.docx (D41330359)
Submitted: 9/10/2018 7:59:00 PM
Submitted By: dianitascard@gmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

M.S.C.

(Signature)

1002656/13

Directora de Tesis.