



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

**TEMA:** CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE IBARRA, 2021.

Trabajo de grado previo a la obtención del título de Licenciatura en Nutrición y Salud Comunitaria

**AUTORA:**

Indira Stefania Lemos Cabezas

**DIRECTORA DE TESIS:**

Lic. Amparito del Rosario Barahona Meneses Msc

Ibarra-Ecuador

2022

## **CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS**

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada, **“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE IBARRA, 2021”**; de autoría de **INDIRA STEFANIA LEMOS CABEZAS**, para obtener el Título de Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 31 días del mes de marzo del 2022

Lo certifico:

(Firma).....

Lic. Amparito del Rosario Barahona Meneses, MSc.

C.I. 1002011946

**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:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE CIUDADANÍA:</b>	<b>DE</b>	100436706-4	
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	<b>Y</b>	LEMON CABEZAS INDIRA STEFANIA	
<b>DIRECCIÓN:</b>	San Lorenzo-Esmeraldas		
<b>EMAIL:</b>	<a href="mailto:islemosc@utn.edu.ec">islemosc@utn.edu.ec</a>		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	2780-563	<b>TELF. MÓVIL:</b>	0968126701
<b>DATOS DE LA OBRA</b>			
<b>TÍTULO:</b>	CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE IBARRA, 2021.		
<b>AUTOR (A):</b>	Lemos Cabezas Indira Stefania		
<b>FECHA:</b>	22 marzo 2022		
<b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b>			
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTAN:</b>	Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria		
<b>ASESOR /DIRECTOR</b>	Lic. Amparito del Rosario Barahona Meneses. MSc.		

## 2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta 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 19 días del mes de abril del 2022

**LA AUTORA:**

*Indira Lemos.*

---

Lemos Cabezas Indira Stefania

C.C.: 1004367064

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

**Guía:** FCS – UTN

**Fecha:** 2022/03/31

**Lemos Cabezas Indira Stefania** “CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE IBARRA, 2021.”,

**DIRECTORA:** Lic. Amparito del Rosario Barahona Meneses, MSC

El principal objetivo de la presente investigación fue: Determinar los conocimientos y practicas sobre alimentación complementaria y el estado nutricional en niños y niñas menores de dos años que asisten al centro de salud San Antonio de Ibarra, describir las características sociodemográficas de la población de estudio, identificar los conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en las madres de los menores de 2 años, evaluar el estado nutricional de los niños y niñas menores de 2 años mediante indicadores antropométricos.

**Fecha:** Ibarra, 31 de marzo 2022

.....  
Lic. Amparito Barahona Meneses. MSc

C.C. 100201194-6

**Directora**

*Indira Lemos.*

\_\_\_\_\_  
Lemos Cabezas Indira Stefania

C.C.: 1004367064

**Autora**

## **DEDICATORIA**

*Dedico con mucho cariño mi tesis a mis padres Larzon Lemos y Mercedes Cabezas, por siempre creer en mí, tenerme paciencia, brindarme su amor y comprensión por apoyarme en todo momento y estar para mí siempre que los he necesitado.*

*A mis hermanos José, Eric, Wendy y mi ángel guardián Lino, por estar siempre a mi lado apoyándome y motivándome con sus consejos a seguir creciendo.*

*A mi esposo Juan mi compañero de vida, gracias por estar siempre allí apoyándome junto a nuestros hijos Ángel y Sthela quienes son ese pilar fundamental en mi vida que día a día me motivan a dar lo mejor de mí.*

***Indira Stefania Lemos Cabezas***

## **AGRADECIMIENTO**

*Quiero agradecer primeramente a Dios por tantas bendiciones y por permitirme hacer posible este logro, de igual manera a mis padres por apoyarme y ser mi guía hacia el éxito de mis metas y objetivos.*

*A mis hermanos que son mi inspiración de superación y que con su ejemplo me han demostrado que a pesar de las adversidades se puede salir adelante.*

*Agradezco a mi esposo Juan y a mis hijos por su paciencia y compañía por apoyarme e impulsarme a terminar mi investigación.*

*Agradezco a la Universidad Técnica Del Norte, a la carrera de Nutrición y Salud Comunitaria, a todos mis maestros y compañeros y a mi directora de tesis, la MSc. Amparito Barahona, por tenerme paciencia, por guiarme en el proceso de mi tesis, por dedicarme su tiempo para ayudarme a culminar mi investigación con éxito.*

***Indira Stefania Lemos Cabezas***

## ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS .....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE .....	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO .....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL .....	viii
INDICE DE TABLAS .....	x
INDICE DE GRÁFICOS .....	x
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
TEMA .....	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de investigación .....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema .....	2
1.3 Justificación.....	3
1.4 Objetivos .....	4
1.5 Preguntas de investigación.....	4
CAPÍTULO II .....	5
2. Marco teórico .....	5
2.1 Marco referencial .....	5
2.2 Marco contextual.....	8
2.3 Marco conceptual .....	9



2.4 Marco legal y ético.....	20
2.5 Marco ético.....	23
CAPÍTULO III.....	24
3. Metodología de la investigación .....	24
3.1 Diseño y tipo de investigación.....	24
3.2 Localización y ubicación del estudio .....	24
3.3 Población.....	24
3.4 Variables .....	24
3.5 Operacionalización de variables .....	25
3.6 Métodos de recolección.....	29
3.7 Análisis de datos .....	29
CAPITULO IV.....	30
4. Resultados de la investigación .....	30
CAPÍTULO V .....	44
5. Conclusiones y Recomendaciones .....	44
5.1 Conclusiones .....	44
5.2 Recomendaciones.....	45
Bibliografía: .....	46
ANEXOS .....	50
Anexo 1. Consentimiento informado .....	50
Anexo 2. Encuesta.....	51
Anexo 3. Fotografías evaluación antropométrica .....	55
Anexo 4. certificado del URKUND.....	56
Anexo 5. Certificado del abstract.....	57

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.-</b> Composición de la leche materna madura .....	12
<b>Tabla 2.-</b> Problemas de crecimiento .....	19
<b>Tabla 3.-</b> Características sociodemográficas de las madres y de los niños/as menores de 2 años que asisten al centro de salud San Antonio de Ibarra. 2021. ....	30

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.-</b> Ubicación del “Centro de Salud San Antonio de Ibarra .....	8
<b>Gráfico 2.-</b> Conocimiento de las madres sobre la edad de inicio de la alimentación complementaria en niños/as menores de 2 años. ....	32
<b>Gráfico 3.-</b> Conocimiento de las madres sobre los motivos para dar alimentos complementarios a los seis meses en niños menores de 2 años. ....	33
<b>Gráfico 4.-</b> Conocimiento de las madres sobre la consistencia de las comidas en niños menores de 2 años. ....	34
<b>Gráfico 5.-</b> Conocimiento de las madres sobre formas de motivación para la alimentación en niños menores de 2 años. ....	35
<b>Gráfico 6.-</b> Práctica de lactancia materna en niños/as menores de 2 años que reciben alimentación complementaria, que acuden al Centro de Salud San Antonio de Ibarra. ....	36
<b>Gráfico 7.-</b> Práctica de las madres sobre diversidad alimentaria: grupos de alimentos consumidos por los menores de 2 años que acuden al Centro de Salud San Antonio de Ibarra. ....	37
<b>Gráfico 8.-</b> Práctica de las madres sobre los tiempos de comida en los menores de 2 años. ....	38
<b>Gráfico 9.-</b> Estado nutricional de los niños/as menores de 2 años que asisten al Centro de salud San Antonio de Ibarra, según el indicador Peso/edad.....	39
<b>Gráfico 10.-</b> Estado nutricional de los menores de 2 años según el indicador Longitud/edad. ....	40
<b>Gráfico 11.-</b> Estado nutricional de los niños/as menores de 2 años que asisten al Centro de salud San Antonio de Ibarra según el indicador Peso/longitud.....	42

<b>Gráfico 12.-</b> Estado nutricional de los menores de 2 años según el indicador IMC/edad. ....	43
---	----

## RESUMEN

### CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE IBARRA, 2021.

**Autor:** Indira Stefania Lemos Cabezas

**Correo:** [islemosc@utn.edu.ec](mailto:islemosc@utn.edu.ec)

El presente estudio tuvo como objetivo, determinar los conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria, y el estado nutricional en niños/as menores de dos años que asistieron al centro de salud San Antonio de Ibarra. Es un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, la población estuvo conformada por 30 niños/as de 6 a 24 meses y sus madres. A través, de una encuesta aplicada a las madres, se identificaron las características sociodemográficas, así como el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria (CAP, cuestionario de Conocimientos actitudes y practicas de la FAO 2014, modulo 2). Se evaluó el estado nutricional de los menores, mediante los indicadores antropométricos: peso/edad, longitud/edad, peso/ longitud e índice de masa corporal/edad. Entre los resultados más relevantes, se encontró un alto porcentaje de madres que se dedican al quehacer doméstico (60%) y han culminado sus estudios secundarios (43,3%). Los niños /as, en su mayoría son de sexo masculino (60%), con edades entre 12 a 24 meses (67%). Mediante la encuesta se identificó que la mayoría de las madres tienen conocimientos y buenas prácticas sobre alimentación complementaria. La evaluación antropométrica de los menores no detectó estados de malnutrición severa con respecto a los indicadores peso/edad, IMC/edad, y peso/longitud, sin embargo, el indicador longitud/edad, reflejó alarmantes cifras de riesgo de baja, longitud (40%), baja longitud (17%) y baja longitud severa (13%).

**Palabras claves:** alimentación complementaria, estado nutricional, niños, conocimientos, prácticas.

## ABSTRACT

### **KNOWLEDGE AND PRACTICES ON COMPLEMENTARY FEEDING AND NUTRITIONAL STATUS IN CHILDREN UNDER 2 YEARS OF AGE AT THE SAN ANTONIO DE IBARRA HEALTH CENTER, 2021.**

**Author:** Indira Stefania Lemos Cabezas

**Email:** [islemosc@utn.edu.ec](mailto:islemosc@utn.edu.ec)

Complementary feeding is the process that begins when breast milk alone is no longer sufficient to meet the nutritional needs of the nursing. The objective of this study was to determine the knowledge and practices on complementary feeding, and the nutritional status in children under two years of age who attended the San Antonio de Ibarra health center. It is a quantitative, descriptive and cross-sectional study, the population was made up of 30 children from 6 to 24 months and their mothers. Through a survey applied to mothers, sociodemographic characteristics were identified, as well as the level of knowledge and practices on complementary feeding (FAO CAP questionnaire). The nutritional status of the minors was evaluated through anthropometric indicators: weight/age, height/age, weight/height and body mass index/age. Among the most relevant results, a high percentage of mothers who are dedicated to housework (60%) and have completed their secondary studies (43.3%) were found. The children are mostly male (60%), aged between 12 to 24 months (67%). Through the survey it was identified that more than 70% of the mothers have knowledge and good practices on complementary feeding. The anthropometric evaluation of the minors did not detect states of malnutrition with respect to the weight/age, BMI/age, and weight/height indicators, however, the length/age indicator reflected alarming figures of risk of short stature (40%), short stature (17%) and severe short stature (13%).

**Keywords:** complementary feeding, nutritional status, children, knowledge, practices.

## **TEMA**

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN  
COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y NIÑAS  
MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE  
IBARRA, 2021.**

# CAPÍTULO I

## 1. Problema de investigación

### 1.1 Planteamiento del problema

Los lactantes al alcanzar los seis meses de edad se ven aumentadas sus necesidades de energía y nutrientes, por lo que se necesita comenzar con la ingesta de alimentos complementarios, a esta edad los niños ya están preparados para ingerir otros alimentos diferentes a la leche materna sin abandonar la misma. El estado nutricional del niño puede verse perjudicado si dichos alimentos no se introducen en tiempo y forma idónea (1).

Esta fase es de enorme vulnerabilidad, debido a que para muchos niños comienza la malnutrición, contribuyendo a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud, calcula que en las naciones de ingresos bajos 2 de cada 5 niños poseen retraso del crecimiento. Las prácticas alimentarias inadecuadas son constantemente un determinante de la ingesta insuficiente más relevante que la disponibilidad de alimentos en casa (1).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT, en el Ecuador el 25,2% de niños menores de 5 años poseen desnutrición crónica (T/E), en menor proporción esta la desnutrición aguda (P/T) y desnutrición global (P/E) con 2,3% y 6,4% respectivamente. En lo que respecta a la provincia de Imbabura, esta posee un 34,6% de desnutrición crónica, el 1,2% de desnutrición aguda y un 5,4% en desnutrición global (2).

En Ecuador, 1 de cada 4 niños y niñas menores de 5 años sufre desnutrición crónica. La situación es más grave para la niñez indígena: 1 de cada 2 niños la padece y 4 de cada 10 presentan anemia. Los niños con desnutrición crónica durante los primeros dos años de vida y que aumentan de peso rápidamente en la niñez corren más riesgo

de contraer enfermedades crónicas en el futuro como hipertensión arterial, diabetes y enfermedades cardiovasculares (3).

La ENSANUT-ECU reporta los patrones de la alimentación infantil en el Ecuador, por un lado, se observa que, si bien una proporción muy pequeña de niños empieza muy tempranamente a consumir otros alimentos diferentes a la leche materna, a partir del tercer mes esta proporción se dispara del 10.1% al 73.6% en los niños de 6 a 8 meses. Estos datos revelan, por un lado, que muchos niños están expuestos a la introducción muy temprana de alimentos, lo cual no es recomendable, y, por otro, cuando llegaron a los 6 a 8 meses un poco menos de un tercio no estaba consumiendo ningún alimento, lo cual también constituye un serio problema, ya que la leche materna no puede proveerle la cantidad de nutrientes necesarios en ese periodo de la vida (2).

De acuerdo a Robert E Black en su artículo “Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences”, una alimentación complementaria adecuada contribuye a reducir en un 6% la mortalidad en los menores de 5 años y que más o menos el 50% de la mortalidad infantil está directa o indirectamente relacionada con la mala nutrición en los primeros dos años de vida, con impactos a lo largo del ciclo de vida. Los efectos de la desnutrición o del retardo en el crecimiento lineal, y algunos de los déficits funcionales serán permanentes, ya que es mucho más difícil revertirlos después de los 2 años de edad (4).

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres y el estado nutricional en niños y niñas menores de 2 años que asisten al centro de Salud San Antonio de Ibarra?



### **1.3 Justificación**

Los primeros 2 años de vida de los seres humanos son de mayor importancia y una adecuada alimentación influye positivamente en el desarrollo y crecimiento, por esta razón los conocimientos sobre alimentación complementaria de las madres juega un papel de vital importancia en la transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria, ya que una inadecuada alimentación en esta etapa puede ocasionar problemas de desnutrición, deficiencia de micronutrientes, sobrepeso y obesidad.

Las necesidades y requerimientos nutricionales a partir del sexto mes de vida se encuentran aumentadas, el lactante necesita un mayor aporte energético, y de algunos nutrimentos específicos que la leche materna exclusiva ya no puede cubrir a esta edad, por lo que se deben aportar a través de la alimentación complementaria. El desconocimiento de estos aspectos, conllevan a malas prácticas de alimentación, que no se ajustan a los requerimientos nutricionales adicionales del infante lo que podría afectar su crecimiento y desarrollo con serias repercusiones futuras.

Por esta razón, es importante realizar la presente investigación, con el fin de identificar los conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria y el estado nutricional en niños y niñas menores de 2 años que asisten al centro de Salud San Antonio de Ibarra para proporcionar información actualizada sobre los puntos críticos en el conocimiento y prácticas que poseen las madres. Los resultados de este estudio serán socializados con los directivos de este centro de salud, para que estos datos sean tomados en cuenta en los planes y estrategias tendientes a mejorar el estado nutricional de los menores de 2 años de esta localidad, y que a la vez sirva de base para futuras investigaciones.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

Determinar los conocimientos y practicas sobre alimentación complementaria y el estado nutricional en niños y niñas menores de dos años que asisten al centro de salud San Antonio de Ibarra.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas de las madres y de los niños y niñas menores de 2 años que asisten al centro de salud San Antonio de Ibarra.
- Identificar los conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en las madres de los menores de 2 años.
- Evaluar el estado nutricional de los niños y niñas menores de 2 años mediante indicadores antropométricos.

## **1.5 Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las madres y de los niños y niñas menores de 2 años que asisten al centro de salud San Antonio de Ibarra?
- ¿Cuáles son los conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en las madres de los menores de 2 años?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los niños y niñas menores de 2 años valorados mediante indicadores antropométricos?

## **CAPÍTULO II**

### **2. Marco teórico**

#### **2.1 Marco referencial**

##### **2.1.1 Practicas alimentarias y factores asociados al estado nutricional de lactantes ingresados al programa alimentario nutricional integral en un servicio de salud.**

Un estudio realizado por Pamela Irala, Vanessa González, Susana Sánchez Bernal y José Acosta en la ciudad de Asunción capital de Paraguay en el año 2019, con el objetivo de evaluar la asociación de las prácticas alimentarias y variables sociodemográficas con el estado nutricional de lactantes de 6 a 23 meses. Se realizó un estudio de casos y controles, la población fue con 50 niños divididos en 2 grupos GE (grupo estudio) y GC (grupo control) del Hospital Materno Infantil de San Lorenzo. Al obtener los resultados no hubo diferencias significativas entre grupos, acceso a agua y saneamiento, duración de lactancia materna (LM) exclusiva o inicio de alimentación complementaria. El GE presentó menor promedio de peso de nacimiento que el GC (2724,6 vs 3430,6 gramos); menor duración de LM total (7,5 vs 10,7 meses, menor escolaridad materna (8,68 vs 10,4 años). Concluyendo que a menor peso de nacimiento, escolaridad materna y de tiempo de lactancia materna se asocian a peor estado nutricional del niño, pero ninguna es predictora (5).

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

En una investigación realizada por Nady Rojas y Sissy Espinoza en Lima Perú en el 2019, tuvo como objetivo determinar las prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses, atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal donde la población estuvo conformada por un total de 151 madres en Lima y 168 en Iquitos. Entre los principales resultados se encontraron que hubo diferencia significativa en el

cumplimiento de prácticas de ingesta de alimentos complementaria entre niños de las dos comunidades en: lactancia materna exclusiva previo a los 6 meses, dieta mínima aceptable y en el consumo de multi-micronutrientes. Concluyendo que las diferencias en medio de las prácticas maternas de alimentación complementaria se evidencian en el incumplimiento de lactación materna única y el consumo de multi-micronutrientes para los niños de Lima, y una más grande frecuencia de incumplimiento de una dieta mínima aceptable para los niños de Iquitos (6).

### **2.1.3 Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad**

En una investigación realizada por Santa Jiménez, Isabel González, Armando Rodríguez, en Cuba en el año 2018, con el objetivo de identificar las prácticas reales de alimentación complementaria, y determinar la adecuación de la ingesta de energía y nutrientes. Se realizó un estudio transversal en niños con edades entre 6 y 23 meses. Comprendió un muestreo aleatorio bietápico. Se calculó la muestra en 560 niños. Entre los resultados se encontró que el 42,4 % de los menores de un año son amamantados con una disminución hasta el 20,9 % durante el segundo año de vida, existe bajo consumo de frutas y vegetales, los menores de 1 año de edad consumieron como promedio 914 kcal, el 45,3 % sobrepasa las recomendaciones de energía para esas edades y presenta un consumo excesivo, mientras los de 1 a 2 años consumen 1 052 kcal. Respecto a los minerales, se destaca el bajo consumo de hierro, con 51,1 % de niños con un consumo deficitario de este mineral. Concluyendo que el elevado porcentaje de niños con ingestas excesivas de energía constituye un factor predisponente a la obesidad desde las etapas tempranas de la vida (7).

### **2.1.4 Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses.**

Un estudio realizado por Mejia Ruddy, Mesa Jossely, Morales Lhys, en Perú en el año 2017 cuyo objetivo fue determinar la relación entre los conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses. El

estudio se desarrolló con el diseño cuantitativo, descriptivo de tipo transversal correlacional. La población estuvo conformada por 150 madres y 150 niños de 6 a 12 meses. Entre los resultados se encontró que la mayoría de las madres poseen un grado bajo de conocimientos con un 46.7% sobre ingesta de alimentos complementaria en lo que un menor número poseen un grado de conocimientos medio y elevado representando un 40.2% y 13.1% respectivamente. El mayor porcentaje de los niños evaluados tiene un estado nutricional normal con un 30.4%, mientras que un porcentaje destacable tiene desnutrición y sobrepeso con un 17.4% y 17.4% respectivamente. Se concluye que existe una interacción significativa entre el grado de conocimientos de la mamá sobre ingesta de alimentos complementaria y el estado nutricional del infante de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED del C.S (8).

#### **2.1.5 Evaluación nutricional del período de transición alimentaria y posible riesgo de malnutrición en niños de 6 a 24 meses**

En una investigación realizada por Mercedes Ruben, Soledad Cabreriso, Vanesa Forconesi, Flavia Scotti, Florencia Acedo y Antonella Busciglio, en Argentina en el año 2016, tuvo como objetivo evaluar la ingesta durante el periodo de transición alimentaria y el riesgo de malnutrición, se realiza un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra fue conformada por 301 niños de 7 centros de atención primaria de la salud. Las variables fueron: calidad nutricional, patrón lácteo, y diversidad de la dieta. Entre los resultados se encontró que el 45% consumió lactancia materna exclusiva. El 69% consumió otras leches. El 60% incorporó alimentos de forma oportuna. El 37% de los niños de 1 a 2 años no amamantados consumieron menos energía de la recomendada. Fue significativo el riesgo de déficit de hierro, calcio en mayores de 1 año y vitamina C, no así el de energía, proteínas y zinc, concluyendo que a pesar de que los niños no amamantados presentaron mayor diversidad en el consumo de alimentos, la mayoría cubría su energía diaria con alimentos pobres en vitaminas y minerales, todo lo cual puede asociarse a un aumento del riesgo de deterioro del estado nutricional. (9).



- Vacunas
- Curaciones
- Odontología
- Sala de espera
- Espacio para sanidad y laboratorio

## **2.3 Marco conceptual**

### **2.3.1 Alimentación del lactante sano**

El término lactante, del latín lactantes, define, en su primera acepción, al que mama, es decir, la criatura en el lapso de lactación; niño de pecho. La leche de pecho es el exclusivo alimento primordial para cubrir sus necesidades de aumento y desarrollo adecuados hasta los 6 meses de vida. Cualquier otro alimento representará, a partir de la perspectiva fisiológico, una agresión para su organismo. La fase de lactante se prolonga a partir del instante del origen hasta los 2 años de edad (10).

### **2.3.2 Períodos de la alimentación infantil**

El lactante es el infante que se alimenta prácticamente de leche. Los “Períodos de la Ingesta de alimentos del Niño” como definió el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría en 1982 son 3:

- Período de lactancia: comprende los 6 primeros meses de vida, a lo largo de los cuales su alimento debería ser de manera única la leche materna (según la OMS), y en su defecto, las fórmulas para lactantes.
- Período transicional: integra el segundo semestre de vida, hasta consumir un año. En él se inicia la Diversificación Alimentaria que comporta el principio progresivo de la ingesta de alimentos complementaria, introduciendo alimentos diversos a la leche materna o fórmula.

- Período de adulto modificado: engloba la edad preescolar y estudiantil hasta los 7-8 años de edad. En este lapso el infante va adoptando una ingesta de alimentos progresivamente más parecida a la de los adultos, y gradualmente a una dieta que proporcione un 30% de la energía total a modo de grasa, y de ésta un tercio a modo de grasa saturada, en vez del 50% de grasa y más grande cantidad de grasa saturada propia de la leche materna (10).

### 2.3.3 Requerimientos nutricionales de lactantes.

**Energía:** Teniendo en cuenta (para el cálculo de las cantidades de alimentación complementaria en el lactante en Europa a partir de los 6 meses) las necesidades de energía a esta edad (son menores en los lactantes amamantados, el aporte medio energético de la leche materna (entre 75 y 85 kcal/día), la ingesta media de leche materna (764 g/día) y la densidad calórica media de la alimentación complementaria, las necesidades estimadas de energía procuradas por la alimentación complementaria son:

- 130 kcal/día entre los 6-8 meses.
- 300 kcal/día entre los 9 y 11 meses.
- 580 kcal/día entre los 12 y 23 meses (11).

**Proteínas:** Proteínas: 2 g/kg/día en los primeros 6 meses, que deben disminuir a 1,6 g/kg/día a partir de entonces. Recordando que los requerimientos del adulto se sitúan en 0,8-1 g/kg/día.

**Grasas:** Lípidos: 40-55% del VCT, que debe disminuir al año de vida al 30-35%, como en el adulto. Es importante asegurar el aporte de ácidos grasos esenciales y ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, por ello muchas fórmulas artificiales se enriquecen con docosahexaenoico o araquidónico.

**Carbohidratos:** Hidratos de carbono: 30-40% de la energía total consumida (valor calórico total = VCT) en los primeros meses, al año de vida deben aumentar hasta valores de adulto al 55-60% del VCT. El hidrato de carbono principal de la leche



materna es la lactosa. En algunas fórmulas lácteas artificiales se cambia por otros como dextrinomaltosa (12).

#### **2.3.4 Lactancia materna**

Se define como el proceso de ingesta de alimentos al infante por medio de la leche de la mamá que ayuda al incremento y desarrollo saludable, es suficiente para saciar las necesidades nutricionales hasta los 6 meses de edad, disminuye la incidencia y gravedad de patologías infecciosas, reduce la morbilidad y mortalidad infantil (13).

#### **2.3.5 Lactancia materna exclusiva**

Supone que el lactante obtiene solamente leche del pecho de su mamá o de una nodriza, u obtiene leche materna extraída del pecho y no obtiene ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la exclusión de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos (14).

#### **2.3.6 Beneficios de la lactancia materna para la madre y el niño**

Seguir con la lactación materna tiene diversas ventajas. En el infante, promueve el desarrollo neurosensorial y la agudeza visual; reduce la incidencia de infecciones, en particular las digestivas y respiratorias; disminuye en un 50% la probabilidad de otitis media aguda, y las alergias; protege la piel del bebé por su contenido de ácido linoléico; garantiza el desarrollo de la composición máxilo-facial idónea, además reduce el peligro de desarrollar patologías, primordialmente crónicas, en la adultez.

En la mamá, disminuye el peligro de cáncer de mama y de ovarios, conserva la amenorrea, evitando otro embarazo, con lo cual la mamá puede brindar al infante todos los cuidados necesarios para garantizar su supervivencia. Promueve la pérdida de peso materno acumulado a lo largo del embarazo (15).

**Tabla 1.- Composición de la leche materna madura**

Agua 88	Nitrógeno total mg/100 ml 171
Energía 70	Nitrógeno proteico mg/100 ml 129
Lactosa g/100 ml 7,3	Nitrógeno no prot. mg/100 ml 42
Proteínas totales g/100 ml 0,9	Lactoferrina g/100 ml 0,17
Caseína g/100 ml 0,25	Trazas Lisozima g/100 ml 0,05
Lactoalbúmina g/100 ml 0,26	Trazas IGA g/100 ml 0,14
B Lactoglobulina g/100 ml 0	Grasas totales g/100 ml 4,2
Acido linoleico % de la grasa 8,3%	Calcio mg/100 ml 28
Colesterol mg/100 ml 16	Fósforo mg/100 ml 15

Fuente: UNICEF 1995

### **2.3.7 Alimentación complementaria**

Alimentación complementaria es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por esta razón, son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etéreo para la ingesta de alimentos complementarios, principalmente es considerado a partir de los 6 a los 23 meses de edad, aunque la lactancia materna debe seguir más allá de 2 años (14).

### **2.3.8 Método de alimentación BLW**

También conocido como alimentación autorregulada o a demanda, es donde se ofrecen los alimentos con el tamaño y forma adecuada en lugar de triturados o licuados, para que así él bebe sea quien tome los alimentos con sus manos y se los lleve a la boca, en función de su instinto, apetito y preferencias, sin la intervención de un adulto. Se convierte en un juego de exploración donde se necesita la participación de toda la familia y de un ambiente sano donde se respete el ritmo del bebe sin obligarle a comer (16).

### **2.3.9 Maduración digestiva**

La funcionalidad digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente) (11).

### **2.3.10 Maduración renal**

A los 6 meses la filtración glomerular es del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque entre los 6 y los 12 meses aún son limitadas (11).

### **2.3.11 Maduración inmune**

La introducción de ingesta de alimentos complementarios implica la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con consecuencia en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de enorme influencia sobre el patrón de inmunorespuesta, y los componentes específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana tienen la posibilidad de modular y prevenir la aparición de alergias y actitudes adversas (11).

### **2.3.12 Higiene en la preparación y manipulación de alimentos.**

Se necesita ejecutar una buena limpieza y un desempeño conveniente de los alimentos por los cuidadores. De esta forma, se necesita lavar las manos de los niños y de los cuidadores anterior a la preparación y comida de los alimentos, guardar los alimentos de manera segura y servirlos rápidamente luego de la preparación, usar utensilios limpios para elaborar y servir los alimentos y evadir la utilización de biberones que son difíciles de limpiar. Se deben preparar y administrar los alimentos en condiciones

seguras, o sea, disminuyendo al mínimo el peligro de contaminación por microorganismos patógenos (17).

### **2.3.13 Tipos de alimentos**

**Cereales:** Se introducirán cerca de los 6 meses y jamás previo a los 4 meses. Constantemente es el primer alimento diferente de la leche que se introduce en la dieta de los lactantes. Los cereales contribuyen al aporte energético, y, por consiguiente, existe peligro de sobrealimentación, si se abusa de su consumo. Se proponen a modo de papillas y debería utilizarse la leche usual y adicionar el cereal necesario (18).

**Frutas:** Tienen la posibilidad de comenzar a dar al lactante desde el 6to mes como zumo de frutas, y después a modo de papilla, jamás sustituyendo a una toma de leche. Las frutas más recomendadas son plátano, papaya, manzana, pera. Se frecuenta introducirlas tras la aceptación de los cereales, aun cuando la fruta podría ser el primer alimento complementario. No existe razón científica alguna, y podría ser dañino, el dar zumos de fruta previo a los 4 meses (18).

**Lácteos:** Sobre los 9 meses se le puede ofrecer queso fresco sin sal y algún yogur natural. Probar algún lácteo de vez en cuando no conlleva ningún problema, pero mejor no hacerlo en grandes cantidades. A partir de los 12 meses, el niño ya puede tomar la leche de vaca (16).

**Verduras y Hortalizas:** Se van introduciendo desde el 6º mes a modo de puré. Inicialmente: papas, camotes, zapallo, etcétera. y después las otros vegetales. Se tienen que evitar al principio esas que poseen elevado contenido en nitratos (betarraga, acelga, nabos,) y además las flatulentas o aromáticas (col, coliflor, nabo, espárragos) (18).

**Carnes:** Se comienza primordialmente con vísceras como hígado, sangrecita o pollo, desde el 6º mes, debido a que la consistencia es más suave y rica en hierro y proteínas. Luego se incluirán carnes de res, cordero, etcétera (18).

**Pescados:** Iniciar pasado el 9º mes con pescados blancos: merluza, lenguado. Poseen enorme capacidad de generar intolerancias alérgicas. En chicos con precedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad y/o probar tolerancia brindando al infante en mínimas porciones observando cuidadosamente las actitudes que logre presentar; si no hubiere alguna reacción se sugiere integrar pescado en la ingesta de alimentos del infante debido a que es fuente fundamental de ácidos grasos y hierro primordiales en el desarrollo cerebral (18).

**Huevos:** El huevo sin separar la yema de la clara a partir de los 6 meses es lo más recomendable para prevenir alergias alimentarias. Se recomiendan 2-3 huevos por semana. La yema es buena fuente de grasas primordiales, vitaminas liposolubles y hierro (19).

**Legumbres:** Las legumbres aportan fibra, hidratos de carbono, proteínas, vitaminas y hierro, a pesar de que su biodisponibilidad es baja debido al elevado contenido en fibra y fitatos. Además, tienen un elevado contenido de nitratos, por lo que se recomienda iniciar en pequeñas cantidades para favorecer su digestión y evitar flatulencia, a partir de los 6-7 meses (19).

### **2.3.14 Edad de introducción de alimentos**

#### **6-8 meses**

**Estadio inicial:** inicialmente es suficiente con una o 2 cucharadas. Puede que al inicio le cueste coger el alimento o no sepa moverlo hasta su boca y se le caiga o lo escupa, cocida o arroz o cereales sin gluten diluidos con un poco de leche materna o con agua, una o 2 veces al día y continuamente luego del pecho (11).

#### **Segundo estadio**

Cuando el niño aprende a ingerir con cuchara se introducen nuevos sabores y más diversidad de alimentos, a modo de purés aplastados y semisólidos, que también le

ayudarán a desarrollar su capacidad motora. El niño está listo para esta fase una vez que es capaz de estar sentado solo y de transferir objetos de una mano a otra. Para mejorar su aceptación frecuente servir el alimento nuevo junto con uno conocido que al bebé le guste. Es preferible dar al inicio sabores salados (sin sal añadida) y es fundamental no dar alimentos excesivamente dulces (11).

### **9-11 meses**

La mayor parte de los lactantes a esta edad son capaces de ingerir alimentos blandos que tienen la posibilidad de coger por sí mismos, llevárselos a la y masticarlos. Las verduras tienen que cocerse para ablandarlos y las carnes trocearse y triturarse en puré no tan fino. Se tienen que dar alimentos para ingerir por sí solos (zanahoria cocida, pera, pan) con cada comida.

Los alimentos con azúcar agregado como las galletas, pasteles o bizcochos tienen que desaconsejarse. Los derivados lácteos sin azúcar agregado tienen la posibilidad de estar presentes en la dieta a partir de los 9 meses (yogur, kéfir, queso). La lactancia materna debería seguir ofreciéndose a demanda y si se proponen otros líquidos es preferible ofrecerlos en taza o vaso. Los lactantes amamantados no precisan tomar derivados lácteos (11).

### **12-23 meses**

La mayor parte de los niños son capaces de ingerir casi los mismos tipos de comida que los otros adultos de su hogar, teniendo presente que precisan alimentos con alta densidad nutricional y que en este periodo es tan primordial darle de ingerir como estimularle para que se autoalimente. La leche materna todavía es una gran parte de la dieta y debería ser de preferencia el primordial líquido aportado a lo largo de todo el segundo año o más (11).

Los alimentos pueden estar troceados o aplastados y la carne picada. Es fundamental dar alimentos que logren llevarse a la boca con las manos como trozos de pan, cereales, queso, frutas o vegetales blandos. Se tienen que evitar alimentos que supongan peligro de atragantamiento por consistencia o forma: frutos secos, uvas,

zanahoria cruda, piel de salchicha o calamar, caramelos. Se debería evitar la ofrecer alimentos ricos en calorías vacías (excesivamente grasos). Tampoco se debería aumentar sal a las comidas (11).

### **2.3.15 Consistencia, frecuencia y cantidad de los alimentos**

Se debe incrementar gradualmente la consistencia de los alimentos según el niño va creciendo, adaptándose a sus requerimientos y capacidades. Desde los 6 meses y habitualmente los chicos tienen la posibilidad de tomar alimentos a modo de purés, machacados y alimentos semisólidos. A los 8 meses tienen la posibilidad de tomar alimentos sólidos con sus propias manos (17).

Cerca de los 12 meses a 24 meses los niños tienen la posibilidad de tomar los mismos alimentos que lo demás del núcleo familiar, teniendo presente la necesidad de que los niños consuman alimentos energéticamente densos. Además, se necesita evitar que los alimentos ocasionen malestar al infante por su forma o consistencia, llegando inclusive a obstruir la tráquea; ejemplificando, frutos secos, uvas, aceitunas, zanahorias y otros (17).

Incrementar el número de veces que el niño es alimentado con alimentos complementarios acorde va incrementando la edad. El número de veces es dependiente de la densidad energética y de las porciones comunes consumidas en cada comida. Para la mayoría de los niños alimentados al pecho se pueden dar:

- A partir de los 6 meses: 2 veces al día
- Entre los 7 a 8 meses: 3 veces al día
- Entre los 9 a 11 meses: 4 veces al día
- Entre 12 a 24 meses: 5 veces al día (17).

La proporción de inicio de un alimento nuevo, es de 10-15 g/día, lo cual equivaldría a 2-3 cucharaditas, hablado volumen debería ser administrado 3 días para ver su

tolerancia, subsiguiente a este lapso los alimentos tolerados formaran parte del grupo de alimentos que el infante ingiere (20).

### **2.3.16 Estado nutricional**

El estado nutricional es el resultado de la implementación de nutrientes, va a partir de la normalidad hasta el desequilibrio que causa desnutrición crónica, aguda, global y obesidad. Para la evaluación del estado nutricional tienen la posibilidad de usar procedimientos directos e indirectos o los dos. Los procedimientos indirectos más frecuentes integran la utilización de indicadores socioeconómicos, de disponibilidad y consumo de alimentos (11).

En los procedimientos directos se hallan los indicadores antropométricos, bioquímicas y la evaluación clínica, siendo los antropométricos los más usados en los servicios de salud por ser sencillos de obtener, de bastante bajo precio y bastante útiles. Las medidas antropométricas más usadas en la evaluación nutricional son el peso, la longitud, la circunferencia braquial, y los pliegues cutáneos. Al relacionarlos se llaman índices, los índices más utilizados son el peso para la , longitud, la , longitud para la edad y el peso para la edad e IMC para la edad (11).

### **2.3.17 Clasificación del estado nutricional**

#### **Peso para la longitud**

Refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica. Este indicador permite establecer la insuficiencia ponderal o "desnutrición global", lo que da una visión general del problema alimentario nutricional del individuo (11).

#### **Longitud para la edad**

El crecimiento lineal continuo es el mejor indicador de una dieta adecuada y del estado nutricional a largo plazo. Es importante considerar que es un parámetro muy susceptible de errores de medición, y que, por lo tanto, debe ser repetida, con una



diferencia no mayor a 5mm entre dos mediciones. Este indicador permite detectar el retardo del crecimiento "desnutrición crónica" que hace referencia a la historia de privación nutricional en la que ha vivido el individuo (11).

### **Peso para la edad**

Es un buen indicador de estado nutricional actual y no requiere un conocimiento de la edad. Es útil para el diagnóstico, tanto de desnutrición como de sobrepeso y obesidad. Su uso como único parámetro de evaluación puede no diagnosticar como desnutridos a algunos niños que efectivamente lo son (algunos casos de retraso global de crecimiento) (11).

### **IMC para la edad**

Es la relación del peso con la longitud, se basa en el cálculo del peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la longitud en metros (Kg/m<sup>2</sup>). Fórmula para el cálculo de IMC: se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad (11).

**Tabla 2.-** Problemas de crecimiento

<b>Puntuaciones Z</b>	<b>Indicadores de Crecimiento</b>			
	<b>Longitud/edad</b>	<b>Peso/edad</b>	<b>Peso/longitud</b>	<b>IMC/edad</b>
<b>Por encima de 3</b>	Ver nota 1	Ver nota 2	Obeso	Obeso
<b>Por encima de 2</b>			Sobrepeso	Sobrepeso
<b>Por encima de 1</b>			Posible riesgo de sobrepeso (Ver nota 3)	Posible riesgo de sobrepeso (Ver nota 3)
<b>0 (mediana)</b>				
<b>Por debajo de -1</b>				
<b>Por debajo de -2</b>	Baja longitud (Ver nota 4)	Bajo peso	Desnutrición aguda	Desnutrición (Emaciado)

			moderada (Emaciado)	
<b>Por debajo de -3</b>	Baja longitud severa (Ver nota 4)	Bajo peso severo (ver nota 5)	Desnutrición aguda severa (Severamente Emaciado)	Desnutrición (Severamente Emaciado)

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud, 2019. Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño. Patrones de Crecimiento del Niño de la OMS.

**Notas:**

1. Un niño en este rango es muy alto. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que sea un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos como un tumor productor de hormona del crecimiento. Si usted sospecha un desorden endocrino, refiera al niño en este rango para una evaluación médica (por ejemplo, si padres con una estatura normal tienen un niño excesivamente alto para su edad).
2. Un niño cuyo peso para la edad cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con peso para la longitud o IMC para la edad.
3. Un punto marcado por encima de 1 muestra un posible riesgo. Una tendencia hacia la línea de puntuación z 2 muestra un riesgo definitivo.
4. Es posible que un niño con retardo baja longitud o baja longitud severa desarrolle sobrepeso.
5. Esta condición es mencionada como peso muy bajo en los módulos de capacitación de AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Capacitación en servicio) (21).

**2.4 Marco legal y ético**

#### **2.4.1 Ley Orgánica de Salud, (2006)**

(Capítulo II De la Alimentación y Nutrición)

*Art. 16.- El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes. Esta política estará especialmente orientada a prevenir trastornos ocasionados por deficiencias de micro nutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios (22).*

*Art. 17.- La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad. Garantizará el acceso a leche materna segura o a sustitutivos de ésta para los hijos de madres portadoras de VIH-SIDA (22).*

*Art. 18.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con los gobiernos seccionales, las cámaras de la producción y centros universitarios desarrollará actividades de información, educación, comunicación y participación comunitaria dirigidas al conocimiento del valor nutricional de los alimentos, su calidad, suficiencia e inocuidad, de conformidad con las normas técnicas que dicte para el efecto el organismo competente y de la presente Ley (22).*

*Art. 19.- La autoridad sanitaria nacional velará por la protección de la salud en el control de las enfermedades por deficiencia de yodo, mediante el control y monitoreo de la yodización de la sal para consumo humano (22).*

#### **2.4.2 La Constitución De La Republica del Ecuador 2008**

**Agua y alimentación**

*Art. 13.- 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. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria (23).*

## **Salud**

*Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (23).*

## **Niñas, niños y adolescentes**

*Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales (23).*

## **2.5 Marco ético**

La protección de la salud y la vida son derechos inalienables del ser humano y así los consigna la Constitución Política de la República:

### **Capítulo II Derechos de los pacientes**

*Art. 2 Derecho a una atención digna. - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.(24)*

*Art. 3.- Derecho a no ser discriminado. - todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica (24).*

*Art. 4.- Derecho a la confidencialidad. - todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial (24).*

*Art. 5.- Derecho a la información.- se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento (24).*

*Art. 6.- Derecho a decidir. - todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión (24).*

## **CAPÍTULO III**

### **3. Metodología de la investigación**

#### **3.1 Diseño y tipo de investigación**

La presente investigación tiene un diseño no experimental con enfoque cuantitativo y es de tipo descriptiva de corte transversal, debido a que describe estadísticamente las características de la población de estudio, así como los conocimientos y prácticas de alimentación complementaria que tienen las madres; también caracterizó el estado nutricional de los menores de 2 años, sin influir sobre las variables de ninguna manera, los datos se recolectaron en un punto específico de tiempo y en un solo momento.

#### **3.2 Localización y ubicación del estudio**

Este estudio se realizó en el centro de salud San Antonio de Ibarra, ubicado en la ciudad de Ibarra en las calles Bolívar y Francisco Terán.

#### **3.3 Población**

##### **3.3.1 Universo**

La población de estudio estuvo conformada por todos los niños y niñas de 6 a 24 meses de edad y sus madres, que asistieron a control al Centro de Salud San Antonio de Ibarra, durante los meses de junio, julio y agosto del 2021, Se aplicó un muestreo no probabilístico a conveniencia. siendo un total de 30 menores con sus respectivas progenitoras (30 madres). Se excluyeron de este estudio aquellos niños/as nacidos pretérmino.

#### **3.4 Variables**

1. Características sociodemográficas del niño y de la madre
2. Conocimientos, y prácticas sobre alimentación complementaria

### 3. Estado nutricional

#### 3.5 Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
1. Características sociodemográficas de la madre	Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescencia (&lt;18 años)</li> <li>• Joven (18-29 años)</li> <li>• Adulto joven (30-39 años)</li> <li>• Adulto maduro (40-64 años)</li> </ul>
	Número de hijos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 a 2</li> <li>• 3 a 4</li> <li>• Más de 4</li> </ul>
	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quehaceres domésticos</li> <li>• Empleada pública</li> <li>• Comerciante</li> <li>• Artesana</li> <li>• Otro</li> </ul>
	Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecuatoriana</li> <li>• Extranjera</li> </ul>
	Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul>
	Etnia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestiza</li> <li>• Indígena</li> <li>• Afrodescendiente</li> <li>• Blanca</li> <li>• Otro</li> </ul>
	Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 a 8 meses con 29 días</li> <li>• 9 a 11 meses con 29 días</li> </ul>

Características sociodemográficas del niño/a		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 a 24 meses</li> </ul>
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• masculino</li> <li>• femenino</li> </ul>
2. Conocimientos de alimentación complementaria	Conocimiento sobre la edad de inicio de la alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 meses</li> <li>• Otro</li> <li>• No sabe</li> </ul>
	Conocimiento sobre los motivos para dar alimentos complementarios a los seis meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La leche materna por sí sola no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales</li> <li>• Otro</li> <li>• No sabe</li> </ul>
	Conocimiento sobre la consistencia de las comidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papilla espesa</li> <li>• Papilla aguada</li> <li>• No sabe</li> </ul>
	Alimentar motivando	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindarles atención durante sus comidas, hablar con ellos, hacer que los tiempos de comidas sean momentos felices</li> <li>• Otros</li> <li>• No sabe</li> </ul>
Prácticas de alimentación complementaria	Lactancia materna continua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
	Grupos de alimentos incluidos en la ablactación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No consume alimentos más que leche materna</li> <li>• Grupo 1. Granos, raíces y tubérculos</li> <li>• Grupo 2. Leguminosas y nueces</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo 3. Productos lácteos</li> <li>• Grupo 4. Carnes</li> <li>• Grupo 5. Huevos</li> <li>• Grupo 6. Frutas</li> <li>• Grupo 7. verduras</li> </ul>
	Frecuencia de las comidas de ablactación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 a 2 veces al día</li> <li>• 3 a 4 veces al día</li> <li>• 5 veces al día</li> <li>• Mas de 5 veces al día</li> </ul>
3. Estado nutricional de los niños/as menores de 2 años	Peso/edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso adecuado para la edad: 0 (mediana) De +1 a -1.0 DE</li> <li>• Riesgo de bajo peso: Por debajo de -1 a -2 DE</li> <li>• Bajo peso: Por debajo de -2 a -3DE</li> <li>• Bajo peso severo: Por debajo de -3 DE</li> <li>• Por encima de +2 a +3 DE= sobrepeso, analizar el indicador peso/ longitud</li> </ul>
	Longitud/edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Longitud adecuada para la edad: 0 (mediana) De -1.0 DE a +3DE</li> <li>• Riesgo de longitud baja: Por debajo de -1 a -2 DE</li> <li>• Longitud baja Por debajo de -2 a -3DE</li> <li>• Baja longitud severa Por debajo de -3 DE</li> <li>• Longitud muy alta para la edad: Por encima de +3 DE</li> </ul>

	Peso/longitud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal: 0 (mediana) De +1 a -1.0 DE</li> <li>• Riesgo de desnutrición: Por debajo de -1 a -2 DE</li> <li>• Desnutrición aguda moderada: Por debajo de -2 a -3DE</li> <li>• Desnutrición aguda severa: Por debajo de -3 DE</li> <li>• Riesgo de sobrepeso: Por encima de +1 a +2 DE</li> <li>• Sobrepeso: Por encima de +2 a +3 DE</li> <li>• Obesidad: Por encima de +3 DE</li> </ul>
	IMC/ edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal: 0 (mediana) De +1 a -1.0 DE</li> <li>• Riesgo de desnutrición: Por debajo de -1 a -2 DE</li> <li>• Desnutrición moderada: Por debajo de -2 a -3DE</li> <li>• Desnutrición severa: Por debajo de -3 DE</li> <li>• Riesgo de sobrepeso: Por encima de +1 a +2 DE</li> <li>• Sobrepeso: Por encima de +2 a +3 DE</li> <li>• Obesidad: Por encima de +3 DE</li> </ul>

### **3.6 Métodos de recolección**

Previo a la recolección de datos, se aplicó un consentimiento informado, detallando al sujeto de investigación todos los procedimientos a realizar e indicando la confidencialidad de los resultados del estudio. (Anexo 1)

Para determinar los conocimientos, y prácticas de las madres se aplicó una encuesta presencial en la consulta nutricional, con referencia al cuestionario CAP de la FAO, Guía para medir conocimientos, y prácticas en nutrición (2014), con el módulo 2, documento que incluye variables sobre la lactancia materna y alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses. (Anexo 2)

El estado nutricional de los niños/as de 6 a 24 meses se determinó mediante antropometría, con la toma de medidas de peso y longitud, para la obtención los indicadores antropométricos peso/edad, longitud/edad, peso/longitud e IMC/Edad se utilizó una balanza pediátrica marca SECA, modelo 334, donde se colocó al niño/a en el centro de la balanza en posición firme y boca arriba o sentado para registrar del peso en kg, y un infantómetro de madera colocado en posición horizontal, sujetando la cabeza del niño/a con la mirada hacia al frente (plano de Frankfort) y las piernas asegurándose que estén rectas y alineadas. la interpretación de los datos se basó en los puntajes Z de los patrones de crecimiento de la OMS mediante el software WHO Anthro.

### **3.7 Análisis de datos**

Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel, luego se filtraron y tabularon los datos en el programa estadístico Epi Info versión 7. Los datos Antropométricos como peso y longitud se ingresaron en el Software Who Anthro para la respectiva evaluación nutricional. Los resultados se presentaron en gráficos y tablas para su análisis.

## CAPITULO IV

### 4. Resultados de la investigación

**Tabla 3.-** Características sociodemográficas de las madres y de los niños/as menores de 2 años que asisten al centro de salud San Antonio de Ibarra. 2021.

N=30

<b>Características sociodemográficas de las madres</b>					
<b>Rango de edad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>Número de hijos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
< 18 años	7	23,3	1 a 2	20	66,7
18 a 29 años	15	50	3 a 4	7	23,3
30 a 39 años	5	16,7	Más de 4	3	10
40 a 64 años	3	10			

<b>Procedencia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>Etnia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ecuatoriana	27	90	Mestiza	25	83,3
Extranjera	3	10	Indígena	5	16,7

<b>Ocupación</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>Nivel de instrucción</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Quehacer dom.	18	60	Ninguna	3	10
Artesana	1	3,3	Primaria	6	20
Comerciante	2	6,7	Secundaria	13	43,3
Empleada pública	6	20	Superior	8	26,6
otro	3	10			

### **Características sociodemográficas de los niños/as menores de 2 años**

N= 30

<b>Sexo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>Edad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
-------------	-----------	----------	-------------	-----------	----------

Masculino	18	60	6 a 8	6	20
Femenino	12	40	9 a 11	4	13
			12 a 24	20	67

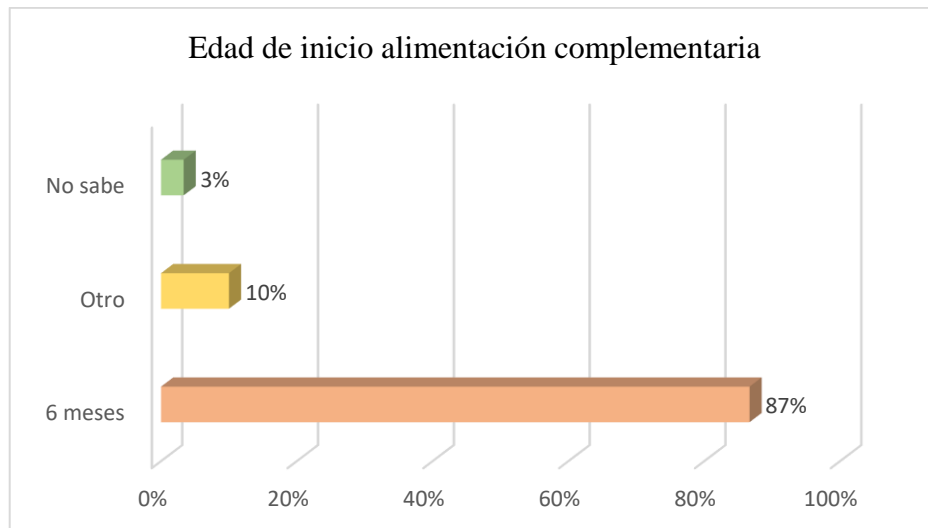
**Fuente:** Base de datos obtenida en el centro de salud San Antonio de Ibarra.

Los datos sociodemográficos presentados en la tabla 1, muestra una población conformada por madres jóvenes con edades entre 18 a 29 años (50%), la mayoría de ellas tienen de 1 a 2 hijos (66,7%), son de procedencia ecuatoriana y de etnia mestiza, un gran porcentaje de las madres han cursado sus estudios hasta la secundaria (43,3%), y se dedican a los quehaceres domésticos (60%), esta actividad les permite mantener el vínculo directo con sus hijos, brindándoles atención y cuidado continuo en esta etapa de la vida donde la madre se convierte en la protagonista principal de la alimentación y bienestar del lactante.

En cuanto a las características sociodemográficas de los menores de 2 años que asisten al centro de salud San Antonio de Ibarra, la mayoría son de sexo masculino (60%) y están en edades comprendidas entre los 12 y 24 meses (67%).

Un estudio realizado en México, cuyo objetivo fue describir las actitudes y prácticas de las madres con respecto a la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses, se encontró un alto porcentaje de madres con rango de edad entre 15 y 20 años (31.0%). Tenían estudios de nivel secundario (43.1%), y el 58.6% comentó ser ama de casa. En las características sociodemográficas de los niños/as de 6 a 24 meses, el 51,7% era de sexo femenino y el 41,4% al sexo masculino, y la mayoría tenía edades entre 6 meses a 12 meses (36,2%) (25).

**Gráfico 2.-** Conocimiento de las madres sobre la edad de inicio de la alimentación complementaria en niños/as menores de 2 años.



**Fuente:** Base de datos obtenida en el centro de salud San Antonio de Ibarra

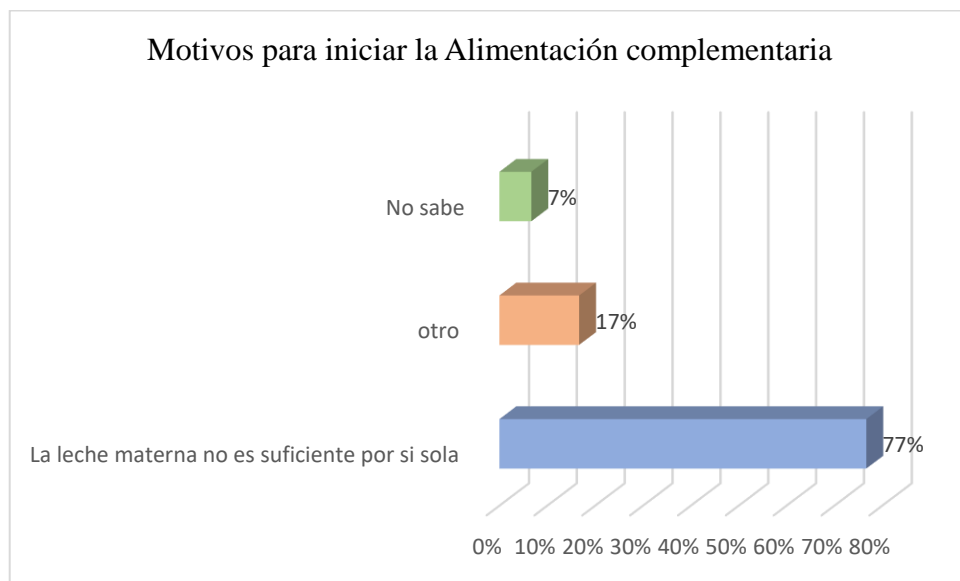
Con respecto al gráfico 1, al preguntarles a las madres si saben la edad de inicio de la alimentación complementaria (AC), la mayoría de ellas (87%) indicó de forma correcta que se debe iniciar a los 6 meses de edad, que es lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

A partir de los seis meses, es necesario que los niños/as comiencen a recibir alimentación complementaria porque a esa edad la leche materna sola no puede aportar todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del bebé. Además, a partir de los 6 meses ya son capaces de comer y digerir otros alimentos. Por otra parte, el retraso en la introducción de la AC puede afectar al crecimiento y al neurodesarrollo, y una introducción precoz puede aumentar el riesgo de infección e ingreso hospitalario (26).

En una investigación realizada en Colombia, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del niño menor de 5 años frente a alimentación complementaria y uso de micronutrientes, se encontró que el 70% de las madres encuestadas refieren que la introducción de alimentos se debe hacer a los

seis meses de edad, Sin embargo existe usuarios quienes indican haber iniciado alimentos en los niño/as en pequeñas dosis desde el primer mes de vida (10.5%) (27).

**Gráfico 3.-** Conocimiento de las madres sobre los motivos para dar alimentos complementarios a los seis meses en niños menores de 2 años.

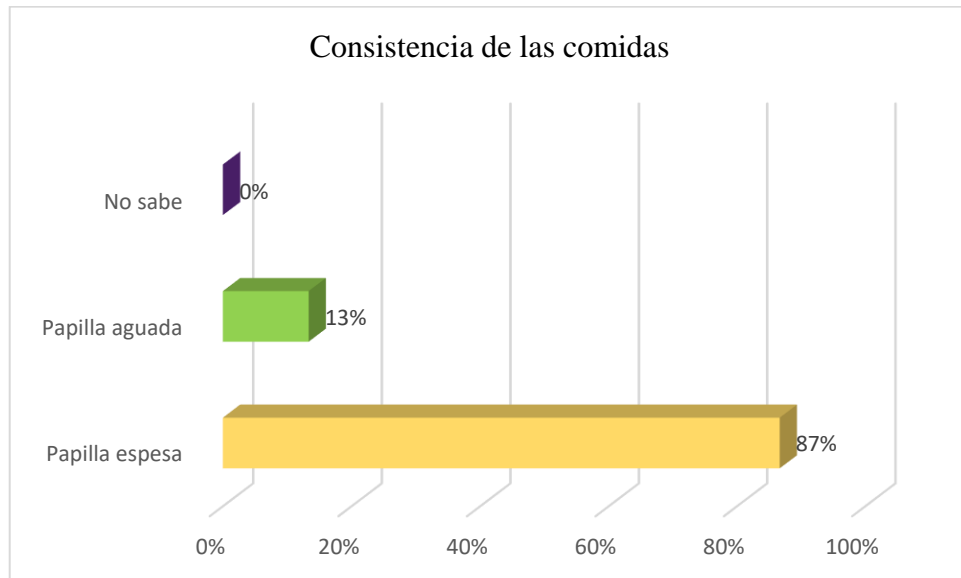


**Fuente:** Base de datos obtenida en el centro de salud San Antonio de Ibarra

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, en relación a los motivos para dar alimentación complementaria a los 6 meses de edad, el 77% respondió que a esta edad la leche materna ya no es suficiente por sí sola, justificando de esta manera el inicio de la AC.

En torno a los seis meses de vida de los niños, los requerimientos de energía y nutrientes de la leche materna no son suficientes, por lo que se hace imprescindible el consumo de alimentos complementarios (28). En un estudio realizado en la Universidad Central del Ecuador en la ciudad de Quito solo el 50,78% de las madres conocen que a partir de los 6 meses la lactancia materna por sí sola no es suficiente para proporcionar todos los nutrientes necesarios para el crecimiento (29).

**Gráfico 4.-** Conocimiento de las madres sobre la consistencia de las comidas en niños menores de 2 años.



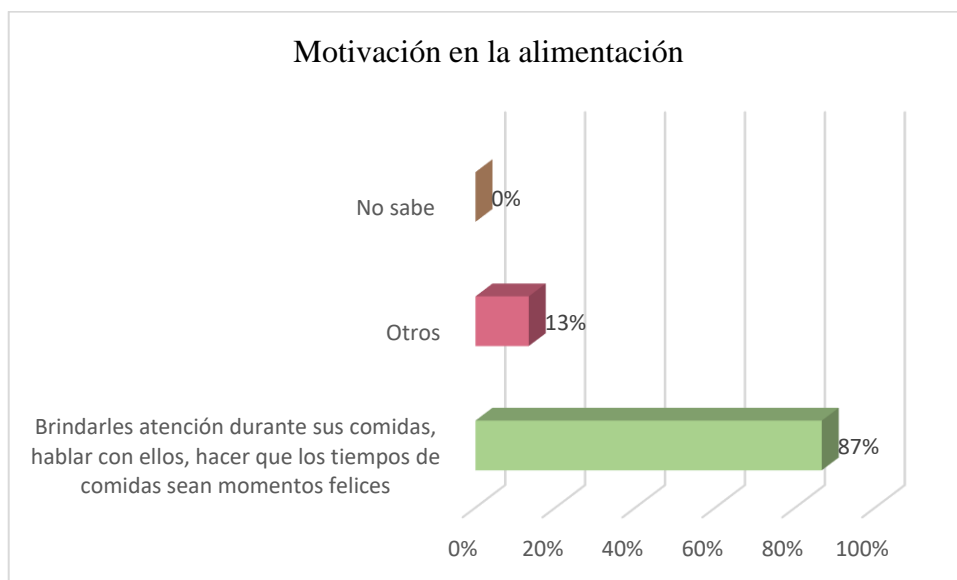
**Fuente:** Base de datos obtenida en el centro de salud San Antonio de Ibarra

Como se observa en el gráfico 3, el 87% de las madres manifestó que la consistencia de las papillas ofrecidas a los bebés debe ser espesa, y con trozos pequeños. Mientras que otras madres (13%), dicen que la consistencia debe ser aguada para evitar atragantamientos. Es importante conocer que a partir de los 6 meses de edad deberán recibir alimentos de consistencia espesa y de alta densidad nutricional, porque concentra la energía y nutrientes necesarios que demandan los procesos del crecimiento y desarrollo, los cuales se dan de forma acelerada a esta edad.

En un estudio realizado en la Universidad Central del Ecuador en la ciudad de Quito El 78,24% de las madres que escogieron la papilla espesa, refirieron que es más nutritiva, mientras que el 21,76% de las madres que escogieron la papilla aguada lo hicieron debido a que ellas consideran que esa es la consistencia adecuada, y que los caldos son mejores para los niños (29).



**Gráfico 5.-** Conocimiento de las madres sobre formas de motivación para la alimentación en niños menores de 2 años.



**Fuente:** Base de datos obtenida en el centro de salud San Antonio de Ibarra

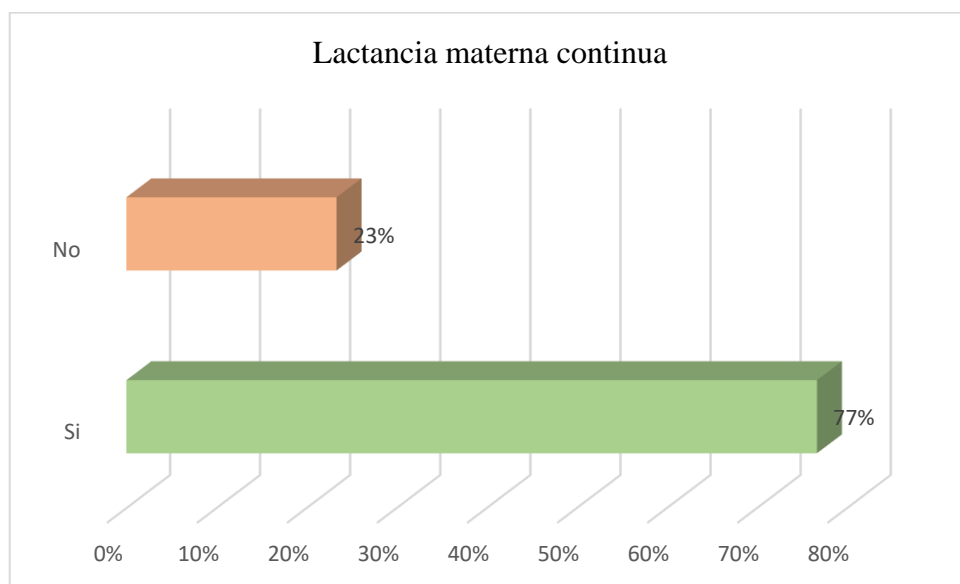
Como se observa en el gráfico 5, el 87% de las madres manifiesta que la mejor forma de motivar al bebé para que coma, es brindándoles atención durante sus comidas, hablar con ellos y hacer que los tiempos de comida sean momentos felices. Mientras que el 13% manifiesta otros métodos para motivar a comer al bebé como la televisión, el celular o les obligan a comer.

Es importante darle de comer al niño con amor, paciencia y buen humor; logrando que el acto de comer se convierta en una experiencia agradable para el niño pequeño. De acuerdo con UNICEF, para que los niños/as puedan crecer bien, necesitan una buena alimentación; tienen derecho a comer acompañados, y mientras lo hacen que les pongan atención y les tengan paciencia para que coman a su ritmo, que los apoyen mientras aprenden a comer, que les permitan hablar, que no los fuercen o castiguen por no comer algo, que no los comparen y que no discutan mientras comen (30).

Durante estos momentos los niños también aprenden cómo comportarse a través del ejemplo, adquiriendo hábitos básicos de alimentación. Además, durante las conversaciones se favorece el desarrollo del lenguaje y aumenta su vocabulario (30).

El estudio realizado en la ciudad de Tulcán donde el 77,5% de madres utiliza estrategias de motivación para alimentar a su hijo/a entre las más utilizadas, con el 55% es jugar con el niño mientras lo alimenta práctica que suele ser una distracción, pues ésta hace que el niño pierda el interés rápidamente y 22, 5% suele hablar y mantener contacto visual con el niño mientras lo alimenta práctica recomendada por MSP para garantizar una buena alimentación complementaria (31).

**Gráfico 6.-** Práctica de lactancia materna en niños/as menores de 2 años que reciben alimentación complementaria, que acuden al Centro de Salud San Antonio de Ibarra.



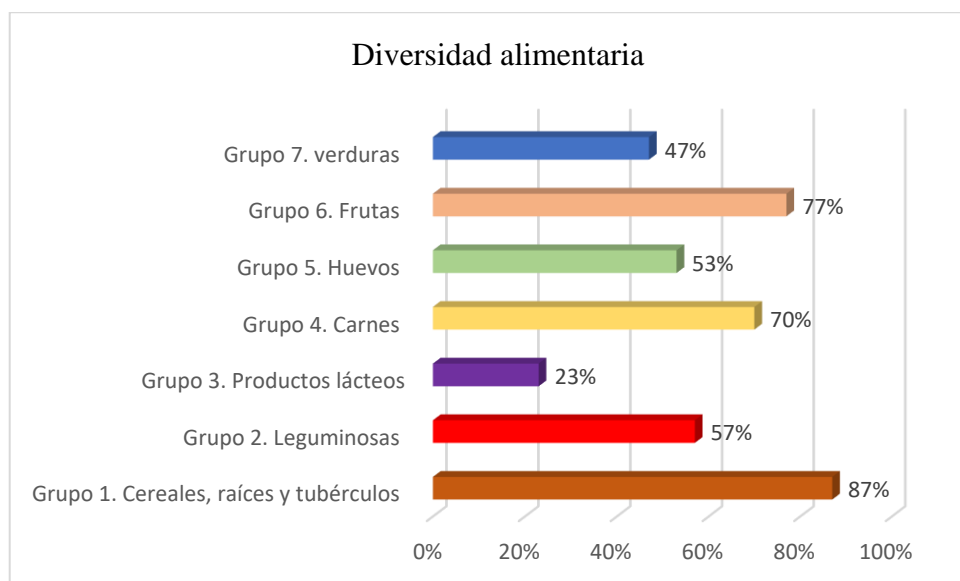
**Fuente:** Base de datos obtenida en el centro de salud San Antonio de Ibarra.

Como se muestran los resultados en el gráfico 6, los menores de 2 años de este estudio, continúan recibiendo leche materna acompañada de la alimentación complementaria (77%). La OMS recomienda que la lactancia materna debe continuar junto con la alimentación complementaria hasta los dos años de edad o más, y debe ser administrada a libre demanda tan frecuentemente como el niño lo desee (32). Debemos recordar que son los alimentos que, como su nombre lo indica, complementan la alimentación básica del lactante que sigue siendo la leche materna,

por eso se recomienda ofrecerlos tras la toma del pecho hasta alrededor de los 2 años de edad (33).

En una investigación realizada en Perú cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre la alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 meses a 2 años, el 80% de las madres atendidas respondieron que su niño(a) continúa tomando leche materna. (17).

**Gráfico 7.-** Práctica de las madres sobre diversidad alimentaria: grupos de alimentos consumidos por los menores de 2 años que acuden al Centro de Salud San Antonio de Ibarra.



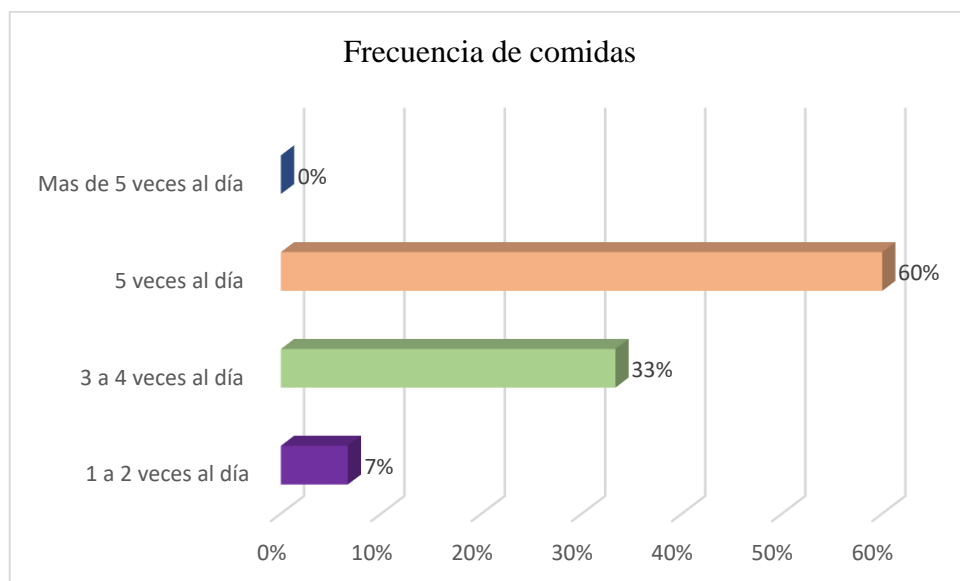
**Fuente:** Base de datos obtenida en el centro de salud San Antonio de Ibarra

En el gráfico 7, se observa que las prácticas de las madres sobre la diversidad alimentaria durante la etapa de ablactación, los alimentos más utilizados son los cereales, tubérculos y raíces (87%), frutas (77%), carnes (70%), leguminosas (57%) y huevo (53%)

El estudio realizado en la ciudad de Ibarra en comunidades awá el 74% es decir la mayoría de niños fueron alimentados con los 7 grupos de alimentos el día anterior al de la entrevista (34).

Las prácticas de alimentación deficientes provocan malnutrición en la primera infancia: a nivel mundial el 44% de los niños de 6 a 23 meses de edad no consume frutas ni verduras, y el 59% no consume huevos, leche, pescado ni carne. Si la alimentación de los niños no es lo suficientemente diversificada, es posible que no obtengan suficientes nutrientes para crecer bien, lo que puede tener un efecto devastador en sus cuerpos y cerebros. UNICEF y la OMS recomiendan que los niños a esta edad coman un mínimo de cinco de los ocho grupos de alimentos (35).

**Gráfico 8.-** Práctica de las madres sobre los tiempos de comida en los menores de 2 años.



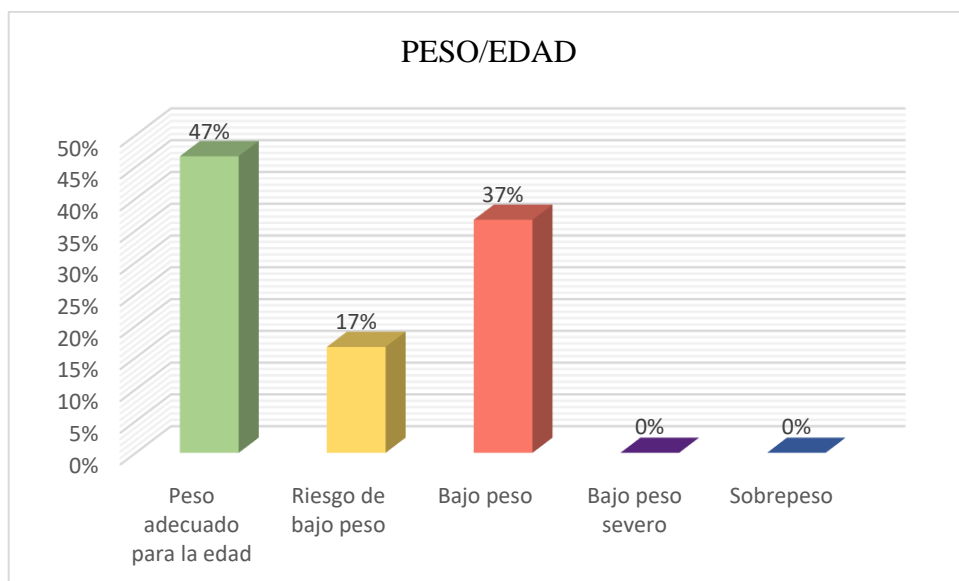
**Fuente:** Base de datos obtenida en el centro de salud San Antonio de Ibarra

En lo que respecta al número de comidas que reciben los menores de 2 años durante el día, el 60% de las madres manifestaron que alimentan a sus hijos 5 veces al día con alimentos diferentes a la leche materna, normalmente incluyen las 3 comidas principales, desayuno almuerzo y merienda, adicional a esto realizan uno o dos

refrigerios, sea este matutino o vespertino; mientras que otras madres los alimentan de 3 a 4 veces al día (33%)

Un lactante entre 6–8 meses de edad, necesita 2–3 comidas al día y un lactante entre 9–23 meses necesita 3–4 comidas al día. Dependiendo del apetito del niño, se le puede ofrecer 1–2 refrigerios nutritivos. Si el niño recibe muy pocas comidas, no recibirá la cantidad suficiente de alimentos para cubrir sus necesidades energéticas. Si el niño come demasiadas comidas, él o ella lactará menos o incluso podría dejar de lactar del todo, por esta razón es recomendable ofrecer primero la leche materna (32).

**Gráfico 9.-** Estado nutricional de los niños/as menores de 2 años que asisten al Centro de salud San Antonio de Ibarra, según el indicador Peso/edad.



**Fuente:** Base de datos obtenida en el centro de salud San Antonio de Ibarra

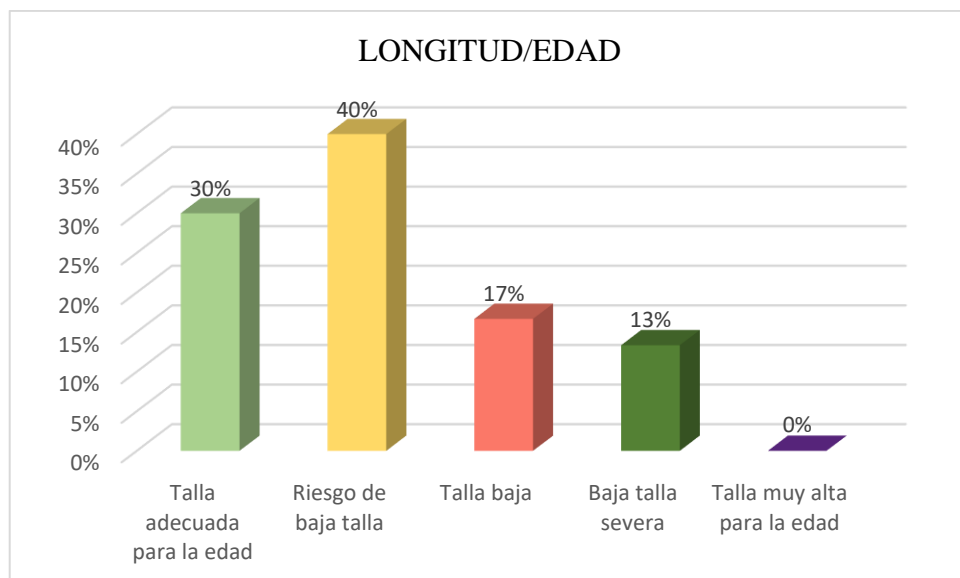
En el gráfico 9, se muestran los resultados del indicador Peso/Edad, el cual refleja el peso corporal en relación con la edad cronológica del niño o niña en un momento determinado. Según este indicador, menos de la mitad de los menores de 2 años (47%) presentaron un peso adecuado para su edad. No se encontraron niños/as con pesos elevados, pero sí con riesgo de bajo peso (17%) y bajo peso para la edad (37%) o desnutrición global, la cual se manifiesta como resultado de desequilibrios

nutricionales pasados y recientes, y está influenciado por la longitud del niño (T/E) y por su peso (P/T).

La desnutrición global, o el bajo peso en relación a la edad presente en los niños de este estudio, tal vez se deba al efecto de la transición de la leche materna a otro tipo de alimentación, donde existe mayor riesgo de infecciones. De continuar estos altos porcentaje de desnutrición global en este grupo, pueden verse afectados los indicadores longitud/edad y peso para la longitud.

En la encuesta ENSANUT 2014, a nivel nacional el 6,4% de niños presentaron algún nivel de desnutrición global como consecuencia de un desequilibrio nutricional. Se observó que la población indígena presentó las mayores prevalencias de bajo peso para la edad 9,7% (36).

**Gráfico 10.-** Estado nutricional de los menores de 2 años según el indicador Longitud/edad.



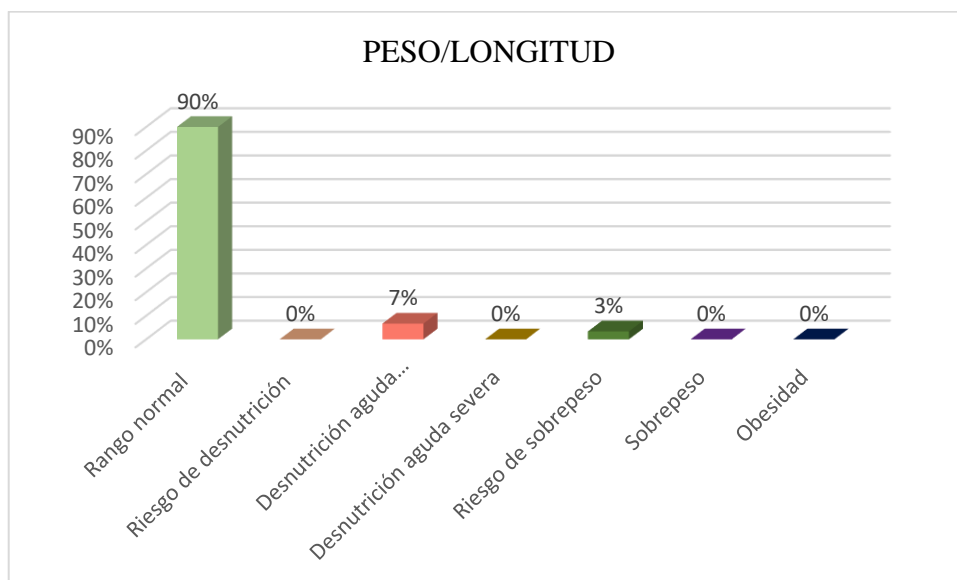
**Fuente:** Base de datos obtenida en el centro de salud San Antonio de Ibarra

En el grafico 10, se muestran los resultados obtenidos de la población evaluada mediante el indicador longitud /edad el cual nos indica si existe una desnutrición crónica o desmedro. En este estudio se encontró un alto porcentaje de niños/as con riesgo y con baja longitud o desnutrición crónica (40% y 30%). El retraso del crecimiento impide que los niños desarrollen plenamente su potencial físico y cognitivo.

Los niños con desnutrición crónica durante los primeros dos años de vida y que aumentan de peso rápidamente en la niñez corren más riesgo de contraer enfermedades crónicas en el futuro como hipertensión arterial, diabetes y enfermedades cardiovasculares (37).

En Ecuador, 1 de cada 4 niños y niñas menores de 5 años sufre desnutrición crónica, los niños que la padecen tienen más probabilidades de convertirse en adultos de baja estatura, bajo rendimiento escolar y menores ingresos económicos en la edad adulta. Esto tiene un impacto, no solo a nivel individual, sino que afecta el desarrollo social y económico de las comunidades y los países (37).

**Gráfico 11.-** Estado nutricional de los niños/as menores de 2 años que asisten al Centro de salud San Antonio de Ibarra según el indicador Peso/longitud.



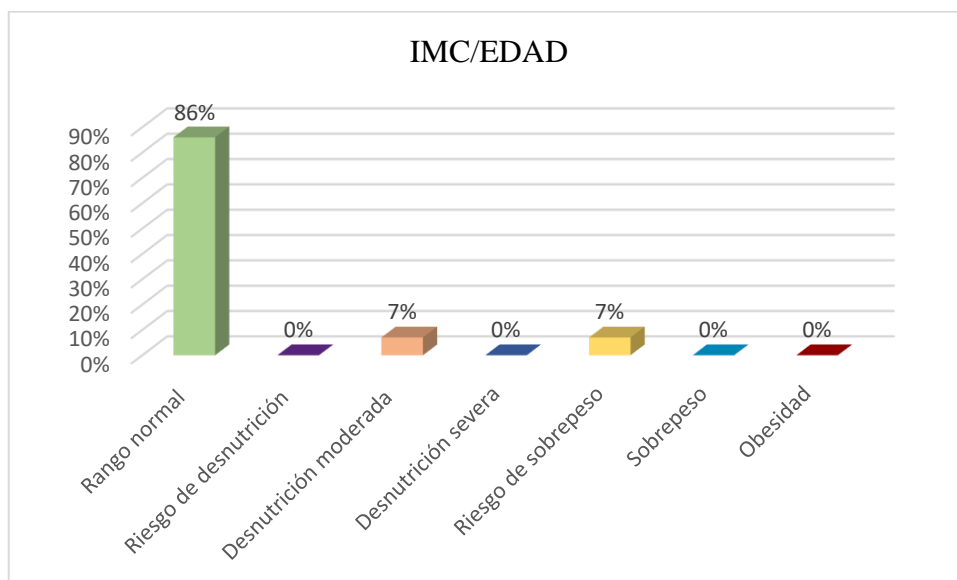
**Fuente:** Base de datos obtenida en el centro de salud San Antonio de Ibarra

En el gráfico 11, según el indicador peso/longitud, que identifica la desnutrición aguda, y valora la pérdida de peso reciente o la incapacidad de ganar peso, el cual está asociado con períodos recientes de deficiencias nutricionales o a la presencia de enfermedades infecciosas. En este estudio la mayoría presentó un peso adecuado para la longitud (90%).

Según ENSANUT 2014 el 2,3% de niños entre 0 a 60 meses se encuentran con desnutrición aguda. También se observa que persiste en la población indígena siendo las zonas rurales las más afectadas, con respecto a la zona 1 (Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos) presentaron menor prevalencia de bajo peso para la longitud que es 5,0% (36).



**Gráfico 12.-** Estado nutricional de los menores de 2 años según el indicador IMC/edad.



**Fuente:** Base de datos obtenida en el centro de salud San Antonio de Ibarra.

Como se observa en la figura 12, el estado nutricional de los menores de 2 años según el índice de masa corporal (IMC/edad), el 86% presentaron un normal estado nutricional. Aunque también se detectaron porcentajes menores de estados de malnutrición.

La OMS con la finalidad de modificar las altas cifras de malnutrición en el mundo, y evitar las graves secuelas en la adultez, recomienda implementar acciones, como por ejemplo la nutrición materna adecuada, la lactancia materna durante los primeros 2 años de vida, alimentación adecuada y diversa, además, el acceso a servicios básicos de salud y desarrollo de actividad física desde la infancia (38).

Según la encuesta ENSANUT en el año 2014 el 8,5% de los niños/as menores de 5 años presentaron problemas de sobrepeso y obesidad, caracterizado por una ingesta excesiva de calorías. En la Zona 1, en la provincia del Carchi el 14,9% de los pre-escolares presentaron exceso de peso, seguida por la provincia de Imbabura con un 13,5%, (36).

## CAPÍTULO V

### 5. Conclusiones y Recomendaciones

#### 5.1 Conclusiones

- La mayoría de las madres de este estudio son jóvenes con edades entre 18 a 29 años, de etnia mestiza y de nacionalidad ecuatoriana, la mayoría de ellas han terminado sus estudios secundarios, y se dedican al quehacer doméstico, esta actividad les permite estar cerca de sus hijos para continuar con la lactancia y complementarla con otros alimentos.
- En la evaluación de los conocimientos en alimentación complementaria, se identificó que la mayoría de las madres de este estudio conocen sobre el tema, de la importancia y duración de la lactancia materna, así como la cantidad de alimentos y la frecuencia con la que deben de comer sus niños/as en el transcurso del día.
- Las madres de los niños/as menores de 2 años, en su mayoría continúan con la práctica de la lactancia materna y la complementan con otros alimentos, procurando dar variedad a la alimentación del lactante incluyendo alimentos de los 5 grupos (tubérculos, frutas, carnes, leguminosas y huevo), ofreciéndoles con una frecuencia de 5 veces al día.
- No se observaron estados de malnutrición severa con respecto a los indicadores antropométricos peso/edad, IMC/edad, y peso/longitud, sin embargo, el indicador longitud/edad, reflejó alarmantes cifras de riesgo de baja longitud (40%), baja longitud (17%) y baja longitud severa (13%). Estos datos confirman la alta prevalencia de desnutrición crónica que sufren los

niños del Ecuador, siendo el segundo país de América Latina y el Caribe con más prevalencia de retraso en el crecimiento.

## **5.2 Recomendaciones**

- Se deben fortalecer los programas de nutrición, reforzar el desarrollo de más actividades y programas destinados a la promoción de la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna junto a la alimentación complementaria en los niños/a menores de 2 años, así como la detección de malnutrición en cada consulta. Además, son necesarios estudios en los siguientes años y en distintas unidades operativas, que evalúen el impacto de los programas y políticas públicas de salud que se practican actualmente.
- Es fundamental que se realice el control de los niños/as que presentaron malnutrición, así como el seguimiento de los que presentaron riesgos ya que es papel del personal de salud contar con las herramientas para evaluar el estado nutricional e información necesaria y actualizada para capacitar a las madres sobre nutrición y alimentación complementaria y que desde edades muy tempranas se pueda formar hábitos alimentarios saludables en los niños/as que permitan disminuir problemas de salud en la vida adulta.
- Se debe dar continuidad a este estudio para que se identifiquen las verdaderas causas que están afectando el crecimiento en los niños de este sector.

## Bibliografía:

1. Organización mundial de la salud. OMS | Alimentación complementaria [Internet]. J, Muriel. World Health Organization; 2013. Available from: [https://www.who.int/nutrition/topics/complementary\\_feeding/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/)
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Ensanut [Internet]. 2018;1:47. Available from: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/ENSANUT\\_2018/Principales\\_resultados\\_ENSANUT\\_2018.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales_resultados_ENSANUT_2018.pdf)
3. Unicef. Estrategia de salud para. 2016; Available from: [https://www.unicef.org/health/files/170601\\_Strategy\\_for\\_health\\_2016-30\\_report\\_Spanish.pdf](https://www.unicef.org/health/files/170601_Strategy_for_health_2016-30_report_Spanish.pdf)
4. Robert Black. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences - The Lancet [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 17]. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61690-0/fulltext#section-3d6acba1-acea-4be2-8dc9-b7e14e5b6583](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61690-0/fulltext#section-3d6acba1-acea-4be2-8dc9-b7e14e5b6583)
5. Irala P, González V, Sánchez Bernal S, Acosta J. Prácticas alimentarias y factores asociados al estado nutricional de lactantes ingresados al Programa Alimentario Nutricional Integral en un servicio de salud. *Pediatría (Asunción)*. 2019;46(2):82–9.
6. Rojas-Guerrero N, Spinoza-Bernardo S. Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos. *An la Fac Med*. 2019;80(2):157–62.
7. Jiménez Acosta SM, Martín González I, Rodríguez Suárez A, Silvera Téllez D, Núñez Torres E, Alfonso Fagué K. Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. *Rev Cubana Pediatr*. 2018;90(1):79–93.
8. Mejía Tacsí RS, Meza Palomino, Yossely Margarita Morales Quispe LB. Complementaria Y Su Relación Con El Estado Nutricional Del Niño De 6 a 12 Meses Que Asisten Al Consultorio Cred Centro Salud Parcona 2016. 2017;
9. Ruben M, Cabreriso S, Nutricional E, Período DEL, Alimentaria DET, Scotti

- F, et al. TRANSICIÓN ALIMENTARIA Y POSIBLE RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES M. Mercedes Ruben - M. Soledad Cabreriso - Vanesa Forconesi -. 2016;
10. Arriola López AA, Lazo Calderón BX, Chinchilla J. Fundamentos sobre alimentación del lactante sano TT - Healthy infant feeding. Acta pediátr hondu [Internet]. 2016;7(1):579–86. Available from: <http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol7/pdf/APHVol7-1-2016-11.pdf>
  11. Suárez VM, Serra JD. Alimentación complementaria. *Pediatr Integr.* 2020;24(2):90–8.
  12. Jiménez Ortega AI. De lactante a niño. Alimentación en diversas etapas de la vida y avances en nutrición. *Nutr Hosp.* 2017;34(4):3–7.
  13. MSP & Coordinación Nacional de Nutrición. Normas y Protocolos de alimentación en niños menores de 2 años. Revisión Técnica [Internet]. 2013;2:50. Available from: [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/Alimentacion\\_nino\\_menor\\_2anios.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/Alimentacion_nino_menor_2anios.pdf)
  14. Rosenstiel SF, Land MF, Fujimoto J. Planificación y preparación. *Prótesis fija Contemp.* 2009;3–205.
  15. Sano C. *Creciendo Sano.*
  16. Sanidad N De. *África Orensanz Álava Teresa Tolosana Lasheras.* 1985;
  17. Ochoa Meza N. Alimentación complementaria y estado nutricional en niños de 6 meses a 2 años, atendidos en el centro de salud Jorge Chávez, Puerto Maldonado – 2016. 2016;106. Available from: <http://repositorio.unamad.edu.pe/bitstream/handle/UNAMAD/208/004-1-9-005.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  18. Castro Sullca KV. Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJ.M 2015. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2016;116. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4699>
  19. Ca C, Ma V, Mondragón F, Jf C, Ja R, Cuadros-mendoza CA. Actualidades en alimentación complementaria. 2017;38(3):182–201.
  20. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS SANOS DE 6 A 24

- MESES. Arch Venez Pueric Pediatr. 2013;76(3).
21. Organización mundial de la salud. Interpretando los Indicadores de Crecimiento Interpretando los Indicadores [Internet]. Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño. 2008. 56 p. Available from: [http://www.who.int/childgrowth/training/c\\_interpretando.pdf](http://www.who.int/childgrowth/training/c_interpretando.pdf)
  22. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley organica de salud - Ecuador. Plataforma Prof Investig Jurídica [Internet]. 2015;13. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>
  23. Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador. Constitución del Ecuador. Regist Of. 2008;(20 de Octubre):173.
  24. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. Ley De Derechos Y Amparo Del Paciente. Msp. 2014;4.
  25. Original A. <http://dx.doi.org/10.30681/252610104597> ARTIGO ORIGINAL. 2021;6(1):35–46.
  26. Gómez M. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre alimentación complementaria. Asoc Española Pediatr [Internet]. 2018;23. Available from: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones\\_aep\\_sobre\\_alimentacio\\_n\\_complementaria\\_nov2018\\_v3\\_final.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf)
  27. Vista de Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años.pdf.
  28. Cuna N. Conocimiento y práctica de madres sobre alimentación y su relación. 2020;14:9–16.
  29. Tutillo A. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la alimentación en madres de niños menores de dos años de edad , Centro de Salud La Vicentina, periodo enero a junio 2019. Univ Cent del Ecuador [Internet]. 2020;1–106. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20995>
  30. University of Florida. La importancia de las cenas familiares [Internet]. IFAS extension. [cited 2021 Jan 20]. Available from: [https://sfyl.ifas.ufl.edu/archive/hot\\_topics/families\\_and\\_consumers/family\\_dinners.shtml](https://sfyl.ifas.ufl.edu/archive/hot_topics/families_and_consumers/family_dinners.shtml)

31. Nutrición CDE, Comunitaria YS. Universidad técnica del norte facultad ciencias de la salud carrera de nutrición y salud comunitaria. 2019;
32. La alimentación del lactante y del niño pequeño.
33. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna. Pediatrics [Internet]. 2012;16. Available from: <https://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>
34. Previa T, Obtenci LA, Licenciatura TDE, Nutrici EN, Tema SC, Diana R, et al. Universidad técnica del norte facultad ciencias de la salud carrera de nutrición y salud comunitaria. 2018.
35. Niños , alimentos y nutrición Crecer bien en un mundo en transformación.
36. Ecuador M de salud pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: ENSANUT-ECU 2012. Quito: INEC; 2014.
37. UNICEF. Desnutrición [Internet]. [cited 2021 Jan 20]. Available from: <https://www.unicef.org/ecuador/desnutrición>
38. El Universo. Hay formas de enfrentar la obesidad infantil, agravada por la pandemia en países como Ecuador [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 20]. Available from: <https://www.eluniverso.com/noticias/informes/hay-formas-de-enfrentar-la-obesidad-infantil-agravada-por-la-pandemia-en-paises-como-ecuador-nota/>

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento informado



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

**TEMA:** Conocimientos y Prácticas sobre Alimentación Complementaria y Estado Nutricional en Niños de 6 a 24 meses del centro de Salud San Antonio de Ibarra 2021.

**Estimada señora:**

Por este medio, se le solicita su preciada participación y apoyo, para realizar una investigación, en la que se determinará cual es el estado nutricional de los niños menores de 2 años y los conocimientos y prácticas sobre alimentos complementarios de las madres que asisten al Centro de Salud de San Antonio de Ibarra 2021. Su apoyo radica en contestar una encuesta y de forma voluntaria permitir que su hijo o hija sea pesado y tallado.

Su colaboración va a ser de mucha utilidad para recopilar información que después va a servir para difundir los resultados de esta investigación. Su colaboración es voluntaria, en caso de sentir alguna incomodidad a lo largo de la prueba, puede pedir no avanzar más. Si nace alguna duda, puede preguntar que a lo largo de la investigación se le aclare cualquier información. La información que se le brinde se utilizara únicamente para fines de investigación por parte del estudiante.

Yo he leído y entendido el documento, por lo que deseo participar en el estudio.

**Fecha:** .....

**Nombre del participante:** .....

**Cédula:** .....

**Firma o huella del participante:** .....



## Anexo 2. Encuesta



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

**TEMA:** Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Alimentación Complementaria y Estado Nutricional en Niños de 6 a 24 meses del centro de Salud San Antonio de Ibarra 2021.

<b>I. Datos sociodemográficos</b>				
<b>1. Edad</b>	<input type="radio"/> Menos de 18	<input type="radio"/> 18-29	<input type="radio"/> 30-39	<input type="radio"/> 40-64
<b>2. Hijos</b>	<input type="radio"/> 1-2	<input type="radio"/> 3-4	<input type="radio"/> Mas de 4	
<b>3. Ocupación</b>	<input type="radio"/> Ama de casa	<input type="radio"/> Empleada pública	<input type="radio"/> Comerciante	<input type="radio"/> Artesana <input type="radio"/> Otro
<b>4. Procedencia</b>	<input type="radio"/> Urbano		<input type="radio"/> Rural	
<b>5. Escolaridad</b>	<input type="radio"/> Ninguna	<input type="radio"/> Primaria	<input type="radio"/> Secundaria	<input type="radio"/> Superior
<b>6. Etnia</b>	<input type="radio"/> Mestizo	<input type="radio"/> Indígena	<input type="radio"/> Afroecuatoriano	<input type="radio"/> Otro
<b>7. Zona geográfica</b>	<input type="radio"/> Ecuatoria		<input type="radio"/> Extranjera	
<b>8. Edad del niño/a</b>	<input type="radio"/> 6-8	<input type="radio"/> 9-11	<input type="radio"/> 12-24	
<b>9. Sexo del niño/a</b>	<input type="radio"/> Femenino		<input type="radio"/> Masculino	
<b>II. Datos antropométricos y evaluación del estado nutricional del niño</b>				
10. Peso:		11. Longitud:		12. IMC:
13. P/E:	14. T/E:	15. P/T		16. IMC/E:
<b>III. Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria</b>				

*Le voy a hacer preguntas acerca de la nutrición de los niños de 6-24 meses. Por favor dígame si no entiende alguna pregunta para que se la clarifique. También dígame si tiene preguntas.*

## CONOCIMIENTO

### **Pregunta C.18: 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

### **Pregunta C.19: 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

### **Pregunta C.20: Consistencia de las comidas**

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

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

### **Material de apoyo: Papillas**



### **Pregunta C.21: 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

**Pregunta C.22: Alimentar motivando**

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

- 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
- Obliga a su niño a comer
- Otros
- No sabe

**IV. Prácticas maternas sobre alimentación complementaria**

**PRÁCTICAS**

**Pregunta P.23: Lactancia materna continua**

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

- Sí
- No
- No sabe / No contesta

**Pregunta P.24: Diversidad alimentaria**

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

Grupo	Lista de alimentos	No	Si
-------	--------------------	----	----

<b>Group 1:</b> Pan, arroz, fideos u otros alimentos a base de Granos, raíces y tuberculos	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?		
<b>Group 2:</b> Leguminosas	¿Algún alimento hecho a base de frijoles, habas, lentejas?		
<b>Group 3:</b> Productos lácteos	¿Fórmula infantil como [bebelac, enfamil, nan, similac?		
	Leche, ¿animal en polvo o fresca?		
	¿Yogurt?		
	¿Queso u otros productos lácteos?		
<b>Group 4:</b> Carnes	¿Hígado, riñón, corazón u otros vísceras 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?		
<b>Group 5:</b> Huevos	Huevos		
<b>Group 6:</b> Frutas y verduras ricas en vitamina A	zapallo, zanahoria, ¿papas que son amarillas o anaranjadas por dentro?		
	Verduras de hoja verde oscuro como las hojas de amaranto, las hojas de yuca, col, espinacas.		
	Mango maduro, papaya madura, melón, ¿durazno fresco o seco		
<b>Group 7:</b> Otras frutas y verduras	Otras frutas o verduras		
<b>Otros alimentos</b>	Algún aceite, grasa, mantequilla, ¿o alimentos preparados con alguno de estos?		

(no deben ser contados en el puntaje de diversidad alimentaria)	¿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

**Pregunta P.25: 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?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**Anexo 3. Fotografías evaluación antropométrica**



**Fotografía:** Evaluación del estado nutricional de los niños/as que asisten al centro de salud San Antonio de Ibarra.

## Anexo 4. certificado del URKUND



### Document Information

Analyzed document	5. Lemos Indira. correcciones.docx (D127676078)
Submitted	2022-02-11T17:06:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	islemosc@utn.edu.ec
Similarity	8%
Analysis address	adbarahona.utn@analysis.arkund.com

### Sources included in the report

<b>SA</b>	<b>TESIS 1 LISTA PARA EMPASTAR, ULTIMA.pdf</b> Document TESIS 1 LISTA PARA EMPASTAR, ULTIMA.pdf (D10952665)		1
<b>W</b>	URL: <a href="http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9455/2/06%20NUT%20305%20TRABAJO%20GRADO.pdf">http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9455/2/06%20NUT%20305%20TRABAJO%20GRADO.pdf</a> Fetched: 2021-08-19T16:22:50.3700000		11
<b>SA</b>	<b>TESIS NUTRICION ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA moficiado 17 de marzo Pilay (Reparado).doc</b> Document TESIS NUTRICION ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA moficiado 17 de marzo Pilay (Reparado).doc (D118106931)		1
<b>SA</b>	<b>TESIS FINAL- ELIZABETH ESPINOZA Y SELENE SILVA 08.06.docx</b> Document TESIS FINAL- ELIZABETH ESPINOZA Y SELENE SILVA 08.06.docx (D108379453)		1
<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / Tutillo Natalia.docx</b> Document Tutillo Natalia.docx (D110634098) Submitted by: natutilloc@utn.edu.ec Receiver: iaperugachi.utn@analysis.arkund.com		4
<b>W</b>	URL: <a href="http://dx.doi.org/10.30681/252610104597">http://dx.doi.org/10.30681/252610104597</a> Fetched: 2022-02-11T19:55:00.0000000		1
<b>SA</b>	<b>1A_Escalante_Alarcón_Ruth_Selmira_Maestria_2017.doc</b> Document 1A_Escalante_Alarcón_Ruth_Selmira_Maestria_2017.doc (D30994432)		1
<b>SA</b>	<b>TESIS ALIMENTACION COMPLEMENTARIA. HVCM.docx</b> Document TESIS ALIMENTACION COMPLEMENTARIA. HVCM.docx (D48752807)		2
<b>W</b>	URL: <a href="https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_modeL_SP_web.pdf">https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_modeL_SP_web.pdf</a> Fetched: 2020-03-25T20:59:47.9300000		2
<b>W</b>	URL: <a href="http://repositorio.unamad.edu.pe/bitstream/handle/UNAMAD/208/004-1-9-005.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y18">http://repositorio.unamad.edu.pe/bitstream/handle/UNAMAD/208/004-1-9-005.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y18</a> Fetched: 2022-02-11T19:55:00.0000000		2
<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS TANIA ANRRANGO.docx</b> Document TESIS TANIA ANRRANGO.docx (D44585081) Submitted by: tanilis09@gmail.com		2

## Anexo 5. Certificado del abstract



### ABSTRACT

KNOWLEDGE AND PRACTICES ON COMPLEMENTARY FEEDING AND NUTRITIONAL STATUS IN CHILDREN UNDER 2 YEARS OF AGE AT THE SAN ANTONIO DE IBARRA HEALTH CENTER, 2021.

Author: Indira Stefania Lemos Cabezas

Email: islemosc@utn.edu.ec

When breast milk alone is no longer sufficient to meet the nutritional needs of the nursing infant, complementary feeding begins. The goal of this study was to find out about complementary feeding knowledge and practices, as well as the nutritional status of children under the age of two who visited the San Antonio de Ibarra health center. The population consisted of 30 children aged 6 to 24 months and their mothers in a quantitative, descriptive, and cross-sectional study. Through a survey applied to mothers, sociodemographic characteristics were identified, as well as the level of knowledge and practices on complementary feeding (FAO CAP questionnaire). The nutritional status of the minors was evaluated through anthropometric indicators: weight/age, height/age, weight/height, and body mass index/age. Among the most relevant results, a high percentage of housewives (60%) with secondary studies (43.3%). The children are mostly male (60%), aged between 12 to 24 months (67%). Through the survey, it was identified that more than 70% of the mothers have the knowledge and good practices on complementary feeding. The anthropometric evaluation of the minors did not detect states of malnutrition concerning the weight/age, BMI/age, and weight/height indicators, however, the length/age indicator reflected alarming figures of risk of short stature (40%), short stature (17%) and severe short stature (13%).

Keywords: complementary feeding, nutritional status, children, knowledge, practices.

*Reviewed by Víctor Raúl Rodríguez Viteri*



Juan de Velasco 2-39 entre Salinas y Juan Montalvo  
062 997-800 ext. 7351 - 7354  
Ibarra - Ecuador

gerencia@lauemprende.com  
www.lauemprende.com  
Código Postal: 100150