



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

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria

TEMA:

RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS CON LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD N°1 DE LA PARROQUIA SANTA MARTHA DE CUBA, TULCÁN 2018.

AUTOR: Fuertes Arteaga Saskia Cristina

DIRECTORA DE TESIS: Msc. Palacios De Jesús, Sandra Magaly

IBARRA- ECUADOR

2019

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, Msc. Palacios De Jesús, Sandra Magaly, en calidad de directora del trabajo de grado titulado “**RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS CON LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD N°1 DE LA PARROQUIA SANTA MARTHA DE CUBA, TULCÁN 2018.**” Elaborado por la señorita Saskia Cristina Fuertes Arteaga, para obtención del título de Licenciatura de Nutrición y Salud Comunitaria, doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación y evaluación por parte del tribunal que se designe.

Ibarra, a los 24 días del mes de Julio del 2019.

Lo certifico:

(Firma): 

Msc. Palacios De Jesús, Sandra Magaly

C.C: 1002326435

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

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

1.- IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

DATOS DE CONTACTO	
CÉDULA DE IDENTIDAD	0401882865
APELLIDOS Y NOMBRES	Fuertes Arteaga Saskia Cristina
DIRECCIÓN	Santa Martha de Cuba
EMAIL	scfuertesa@utn.edu.ec
TELÉFONO MÓVIL	0979552887
DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	“RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS CON LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD N°1 DE LA PARROQUIA SANTA MARTHA DE CUBA, TULCÁN 2018.”
AUTOR:	Saskia Cristina Fuertes Arteaga
FECHA:	24/07/2019
SOLO PARA TRABAJO DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Nutrición y Salud Comunitaria.
ASESOR/DIRECTOR:	Msc. Palacios De Jesús, Sandra Magaly

2. CONSTANCIA

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se 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 asumo la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldré en defensa de la Universidad en clase de reclamos por parte de terceros.

En la Ciudad de Ibarra, 24 de Julio del 2019

LA AUTORA



Saskia Cristina Fuertes Arteaga

Cédula de identidad: 0401882865

ACEPTACIÓN:

FACULTADO POR RESOLUCIÓN DE CONSEJO UNIVERSITARIO

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS -UTN

Fecha: Ibarra, 24 de Julio del 2019

Fuertes Arteaga Saskia Cristina "RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS CON LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD N°1 DE LA PARROQUIA SANTA MARTHA DE CUBA, TULCÁN 2018." Trabajo de Grado. Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTORA: Msc. Palacios De Jesús, Sandra Magaly

El principal objetivo de la presente investigación fue: Relacionar el estado nutricional de los niños menores de 2 años con los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de las madres que asisten al centro de Salud N°1 de la parroquia Santa Martha de Cuba, Tulcán 2018. Entre los objetivos específicos tenemos: Evaluar el estado nutricional de los niños/as menores de 2 años a través de indicadores antropométricos (talla para la edad, peso para la edad, IMC para la edad). Identificar los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria que tienen las madres de niños/as menores de 2 años. Relacionar el estado nutricional de los niños menores de 2 años con los Conocimientos y Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de las madres que asisten al Centro de Salud de la Parroquia de Santa Martha de Cuba, Tulcán 2018

Fecha: Ibarra, 24 Julio del 2019



Msc. Palacios De Jesús, Sandra Magaly
Directora



Saskia Cristina Fuertes Arteaga
Autora

DEDICATORIA

Ha transcurrido un largo tiempo de constante sacrificio y estudio, para alcanzar esta meta que no hubiese sido posible sin mi esfuerzo, dedicación y perseverancia para afrontar todas las dificultades por las que he tenido que pasar, es por ellos que este trabajo me lo dedico a mí en primer instancia.

A mis padres: Fanny Arteaga y Vicente Fuertes quienes han sido mi pilar y mi fuerza a lo largo de toda mi carrera universitaria, ellos me han brindado su apoyo incondicional, y sobre todo la confianza para así poder conseguir mis metas y lograr alcanzar otras mucho más altas, por lo cual estaré agradecido toda mi vida. A ellos les dedico la vida y el estar cumpliendo este sueño de ser una profesional en nutrición que brindara su ayuda a través de los conocimientos obtenidos a lo largo de mis estudios.

A mis hermanos Antoni Fuertes y Oliver Fuertes, quienes siempre han estado junto a mí, compartiendo buenos y malos momentos.

A mi tía Yomaira Arteaga quien fue un una gran inspiración, me ha enseñado que en la vida todo se consigue a través de esfuerzo y dedicación.

Saskia Fuertes A.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios, que me ha dado la fortaleza, sabiduría y capacidad para poder realizar este proyecto fruto de gran dedicación.

A mis amigas que fueron un apoyo, una compañía, especialmente al final, en donde se convirtieron en un segundo hogar para mí, gracias a ustedes hoy estoy aquí por todo su amor, su paciencia y por nunca dejarme sola a pesar de todas las adversidades que pasamos juntas.

A la Msc Sandra Palacios, por su asesoría, paciencia, apoyo, comprensión, disponibilidad y guía en mi trabajo de grado, con especial cariño

Saskia Fuertes A.

ÍNDICE

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESÚMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
TEMA:	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de investigación.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación de problema.....	3
1.3. Justificación.....	4
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Preguntas de investigación.....	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco Teórico.....	7
2.1. Características del lactante.....	7
2.2. Estado Nutricional.....	9
2.2.1. Requerimientos Nutricionales para niños menores de 2 años.....	9
2.3. Evaluación de Estado Nutricional.....	10
2.3.1. Evaluación Antropométrica.....	10
2.3.2. Indicadores Antropométricos para niños menores de 2 años.....	11

2.3.3. Puntos de corte para cada indicador y su respectiva denominación para niños/as menores de 2 años (Desviación Estándar)	12
2.4. Malnutrición en niños menores de 2 años.....	13
2.4.1. Tipos de Malnutrición	13
2.4.2. Sobrepeso	14
2.5. Niño Lactante	14
2.6. Lactancia Materna.....	15
2.6.1. Importancia de la Lactancia Materna.....	15
2.6.2. Leche Materna.....	16
2.6.3. Producción de la leche Materna	17
2.6.4. Fisiología de la glándula mamaria	17
2.6.5. Composición de la leche materna	17
2.6.5.1. Energía... ..	19
2.6.5.2. Lípidos... ..	19
2.6.5.3. Proteínas.....	19
2.6.5.4. Carbohidratos	19
2.6.5.5. Agua.....	20
2.6.5.6. Vitaminas	20
2.6.5.7. Minerales.....	20
2.6.5.8. Hormonas	21
2.6.5.9. Enzimas.....	21
2.7. Técnicas de Lactancia.....	22
2.7.1. Cuidado de las mamas.....	22
2.7.2. Expresión del niño cuando tiene hambre.	22
2.7.3. Signos del buen Agarre	22
2.7.4. Postura.....	23
2.7.5. Frecuencia de Lactancia.....	24
2.7.6. Producción de la leche materna.....	24
2.7.7. Producción del calostro y su importancia en la alimentación del niño	24
2.7.8. Alimentación con leche materna extraída	25
2.7.9. Problemas frecuentes del seno y como solucionarlos	26
2.7.10. Alimentación con leche de formula infantil.....	27

2.7.11.	Introducción de otros líquidos aparte de la leche materna antes de los 6 meses.....	28
2.8.	Alimentación Complementaria	28
2.8.1.	Importancia de la Alimentación Complementaria	28
2.8.2.	Etapas de la alimentación en el primer año de vida.....	29
2.8.3.	Introducción de los alimentos según la edad del niño.....	29
2.8.4.	Preparación de alimentos e Higiene.....	31
2.8.5.	Cantidad, textura y la frecuencia de los alimentos.....	32
2.8.6.	Variedad de los Alimentos	33
2.8.7.	Alimentos no recomendados	35
	CAPÍTULO III.....	36
3.	Metodología de la investigación	36
3.1.	Diseño y Tipo de investigación	36
3.2.	Localización y ubicación del estudio	36
3.3.	Población	36
3.3.1.	Criterios de inclusión	36
3.3.2.	Criterios de exclusión.....	37
3.4.	Operacionalización de las variables	37
3.5.	Métodos de recolección de información.....	45
3.5.1.	Técnica.....	45
3.5.1.1.	Características Sociodemográficas.....	46
3.5.1.2.	Estado Nutricional.....	46
3.5.1.3.	Conocimientos y Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria.....	46
3.5.2.	Instrumento	46
3.6.	Análisis de datos.....	47
	CAPÍTULO IV.....	48
4.	Resultados de la investigación	48
	CAPITULO V	67
5.	Conclusiones y Recomendaciones.....	67
5.1.	Conclusiones	67
5.2.	Recomendaciones	69

BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	75
Anexo 1. Consentimiento informado	75
Anexo 2: Encuesta.....	77
Anexo 3: Fotografías.....	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad y Etnia	48
Tabla 2. Estado Civil y Número de Hijos	49
Tabla 3. Instrucción y Ocupación	50
Tabla 4. Edad y Género del niño.....	51
Tabla 5. Relación del Estado Nutricional con los Conocimientos de lactancia materna y Alimentación complementaria.	65
Tabla 6. Relación del Estado Nutricional con las Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación complementaria.	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Estado nutricional mediante el indicador Longitud/Edad en niños/as menores de 2 años.	52
Gráfico 2. Estado nutricional mediante el indicador Peso/Edad en niños/as menores de 2 años.....	53
Gráfico 3. Estado nutricional mediante el indicador IMC/Edad en niños/as menores de 2 años.....	54
Gráfico 4. Nivel de Conocimientos sobre L.M y A.C de las madres de niños menores de 2 años.....	55
Gráfico 5. Conocimientos de Lactancia Materna de las madres de niños menores de 2 años.	56
Gráfico 6. Conocimientos de Alimentación Complementaria de las madres de niños menores de 2 años.	57
Gráfico 7. Conocimientos de las madres sobre la alimentación de sus hijos desde los 6 meses de edad.....	58
Gráfico 8. Nivel de Prácticas sobre Lactancia Materna y Alimentación Complementaria de las madres de niños menores de 2 años.	59

Gráfico 9. Prácticas de Lactancia Materna de las madres de niños menores de 2 años.	60
Gráfico 10, Introducción de otros líquidos aparte de la leche materna en menores de 6 meses.....	61
Gráfico 11. Higiene en la preparación de alimentos para niños menores de 2 años..	62
Gráfico 12. Estrategias de Motivación durante la Alimentación Complementaria para niños menores de 2 años.....	63
Gráfico 13. Diversidad Alimentaria en los niños menores de 2 años que asisten al Centro de Salud de la Parroquia Santa Martha de Cuba, Tulcán.	64

RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS CON LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD N°1 DE LA PARROQUIA SANTA MARTHA DE CUBA, TULCÁN 2018.

Autora: Fuertes Arteaga Saskia Cristina

Correo: scfuertesa@edu.ec

RESÚMEN

El objetivo de la investigación fue identificar los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de las madres y relacionar con el estado nutricional de los niños menores de 2 años que asistieron a control en el Centro de Salud de Santa Martha de Cuba, Tulcán. Es un estudio de diseño no experimental con enfoque cuantitativo. Se diseñó, validó y aplicó encuestas con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados. Los datos se analizaron en el software estadístico SPSS, se aplicó prueba de correlación Rho Spearman. Resultados: Según el indicador Longitud/Edad el 30% de niños entre 1 a 24 meses presentaron baja talla, según el indicador Peso/Edad el riesgo de desnutrición tiene un porcentaje del 12,5%, la desnutrición global, se presenta, en los niños de 19 a 24 meses (2,5%). Con relación al IMC/Edad el riesgo de sobrepeso se presenta entre los 13 a 18 meses con un porcentaje de 2,5% y el sobrepeso con el 5%. En cuanto a los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria se observó que el 50% de las madres tienen un conocimiento alto y el 52,5% un nivel adecuado de prácticas, sin embargo, existe un 45% con un nivel de conocimiento bajo y un 47,5% que utilizan prácticas inadecuadas para el niño. Por lo tanto, se demuestra que existe una relación estadísticamente significativa $p=0,00$ entre las dos variables estudiadas, evidenciando que entre menor sean los conocimientos y prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria de las madres mayor es el riesgo de que los niños desarrollen malnutrición.

Palabras claves: Estado nutricional, conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria.

RELATION OF THE NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN UNDER 2 YEARS OF AGE WITH KNOWLEDGE OF BREASTFEEDING AND COMPLEMENTARY FEEDING PRACTICES IN MOTHERS ATTENDING THE HEALTH CENTRE N°1 OF THE SANTA MARTHA DE CUBA PARISH TULCAN, 2018.

Author: Fuertes Arteaga Saskia Cristina

Mail: scfuertesa@.edu.ec

ABSTRACT

The objective of this research was to identify the knowledge and practices of breastfeeding and complementary feeding of mothers relating it to the nutritional status of children under 2 years in the Santa Martha de Cuba Health Center, Tulcan. This study is of a non-experimental design with a quantitative approach. Surveys were designed, validated and applied in order to obtain data to fulfill the proposed objectives. The data were analyzed in the statistical software SPSS, Rho Spearman then a correlation test was applied. Results: According to the Height/Age indicator, 30% of children between 1 and 24 months were short; according to the Weight/Age indicator, the risk of malnutrition has a percentage of 12.5%; overall malnutrition occurs in children between 19 and 24 months (2.5%). In relation to BMI/Age, the risk of overweight is between 13 and 18 months with a percentage of 2.5% and overweight with 5%. With regard to knowledge and practices of breastfeeding and complementary feeding it was observed that 50% of mothers have a high knowledge and 52.5% an adequate level of practices, however, there are 45% with a low level of knowledge and 47.5% use unsuitable practices for the child. It is therefore demonstrated that there is a statistically significant relationship $p=0.00$ between the two variables, showing that the less knowledge and appropriate practices of breastfeeding and complementary feeding of mothers, the greater the risk for children to develop malnutrition is.

Keywords: Nutritional Status, Knowledge and breastfeeding and complementary feeding practice.

TEMA:

RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS CON LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD N°1 DE LA PARROQUIA SANTA MARTHA DE CUBA, TULCÁN.2018.

CAPÍTULO I

1. Problema de investigación.

1.1. Planteamiento del problema.

En la actualidad las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria están muy difundidas. A nivel mundial, se ha estimado que solamente el 34.8% de lactantes reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida; la Organización Mundial de la Salud (OMS), confirma que al menos dos de cada diez niños dejan de ser alimentados con leche materna al mes de vida y sólo el 38% de los niños de menos de seis meses, reciben exclusivamente leche materna a pesar de las recomendaciones que se les brinda a las madres. Por otro lado, los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y son, en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros. (1)

Estos problemas se presentan en gran parte por desconocimientos o actitudes equivocadas en relación con la lactancia materna y alimentación complementaria. En un estudio realizado en Veramendi (Peru), comprobaron que un 41,2% de la población presentó conocimientos bajos sobre lactancia materna; un 35,3% conocimiento medio y un 23,5% conocimientos altos. Así mismo en otro estudio realizado en países como Perú, Ecuador y México, la mayoría muestra un nivel de conocimientos maternos intermedios sobre alimentación complementaria. (2)

Por otro lado los estudios realizados en Ecuador Según La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT (2012) muestran que hasta el mes de vida, 52,4 % de los niños se alimentaron exclusivamente con leche materna, pero para el grupo de 2 a 3 meses de edad, la proporción de quienes se alimentaron exclusivamente con leche materna bajo al 48%, y entre los niños de 4 a 5 meses alcanzo solo al 34, 7%.

Esto empeora cuando desde muy temprana edad, los niños están expuestos a otros líquidos diferentes a la leche materna, Casi el 50% de los niños entre cero y un mes ya fueron expuestos a esta práctica, y, para cuando llegan al rango de edad de 5 a 6 meses, el 72% ya consumieron líquidos distinto a la leche materna. Las prácticas se contraponen a la recomendación de la OMS, las cuales establecen que se debe brindar leche materna exclusiva hasta los seis meses y continuar la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad. (3)

Estas pueden ser las posibles causas de que en el Ecuador el 25.3% de los niños menores de 5 años presentar desnutrición crónica o talla baja severa para la edad, cifra que se ha mantenido en los últimos años y que continúa mostrando prevalencias muy altas. Los indígenas son uno de los grupos más afectados, presentando una prevalencia de retardo en talla, aproximadamente dos veces más alta (42,3%). Por otro lado, se observa que la subregión más afectada por el retardo en talla es la sierra rural (38,4%) seguida por la Sierra urbana (27,1%) y la amazonia rural (27,2%). (3)

De igual manera la prevalencia de sobrepeso y obesidad han aumentado de 4,2% en 1986, a 8,6% en el 2012, es decir que en el mismo periodo de 26 años se ha duplicado la proporción de niños con sobrepeso. Estos datos revelan que en el país coexisten los problemas de déficit y exceso nutricional, evidenciando la doble carga de malnutrición como nuevo perfil epidemiológico del Ecuador. (3)

Además de acuerdo a datos proporcionados por la Dirección de Salud del Carchi la tasa de mortalidad infantil provincial en el sector urbano es de un 30.9 % y en el sector rural es del 45.5%. La desnutrición crónica en niños /as menores de 5 años es de un 57.5%. (4)

1.2. Formulación de problema.

¿Cómo afecta el nivel de conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria que tienen las madres sobre el estado nutricional de los niños menores de 2 años que asisten al Centro de Salud de la Parroquia Santa Martha de Cuba, Tulcán 2018?

1.3. Justificación.

La lactancia materna y la alimentación complementaria han sido identificadas como dos de las tres intervenciones directas de prevención más eficaces disponibles para prevenir la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad en los niños, además de reducir la morbilidad y mortalidad infantil causada por enfermedades propias de la infancia (diarreas, enfermedades respiratorias entre otras), esto debido a que la alimentación y nutrición adecuada durante la primera infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo óptimo del potencial humano completo de cada niño/a; este período comprende, principalmente desde el nacimiento hasta los dos años de edad en donde se presenta una “ventana de tiempo crítica” para lograr un crecimiento y desarrollo óptimos.

Por todo lo anterior esta investigación resulta de especial interés, ya que sus resultados aportarán información acerca del nivel de conocimientos que tienen las madres sobre lactancia materna y alimentación complementaria, y así orientar y fomentar sus prácticas adecuadas, involucrando a la familia y a comunidad, y contribuir en la prevención de futuras complicaciones derivadas de estas prácticas inadecuadas, causantes de los diferentes estados de malnutrición en los niños/as.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivo General

Relacionar el estado nutricional de los niños menores de 2 años con los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de las madres que asisten al centro de Salud N°1 de la parroquia Santa Martha de Cuba, Tulcán 2018.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Evaluar el estado nutricional de los niños/as menores de 2 años a través de indicadores antropométricos (talla para la edad, peso para la edad, IMC para la edad).
- Identificar los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria que tienen las madres de niños/as menores de 2 años.
- Analizar la relación entre el estado nutricional de los niños menores de 2 años y los Conocimientos y Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de las madres que asisten al Centro de Salud de la Parroquia de Santa Martha de Cuba.

1.5. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los niños/as menor de 2 años a través de los indicadores antropométricos?
- ¿Cuáles son los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria que tienen las madres de niños/as menores de 2 años?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el estado nutricional de los niños menores de 2 años con los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria que tiene las madres?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico.

2.1. Características del lactante.

El periodo del lactante se extiende desde los 28 días de vida hasta los 24 meses y se subdivide en:

- Lactante Menor: desde los 29 días de nacido hasta los 12 meses de edad.
- Lactante Mayor: desde los 12 meses de edad hasta los 24 meses de edad.

Es la etapa del ciclo vital en que tienen los más grandes logros de crecimiento y desarrollo. Esta situación determina en el niño mayor vulnerabilidad a los factores ambientales y requiere de la presencia de los padres o cuidadores para que lo ayuden a satisfacer sus necesidades. (5)

- **Crecimiento y Desarrollo físico del lactante**

Durante el primer año es muy acelerado, el niño triplica su peso de nacimiento, aumenta la mitad de su estatura de nacimiento y alcanza el 70% del crecimiento cerebral. Durante el segundo año se desacelera el crecimiento; la talla y el peso aumentan 1 cm/mes 225 gr/mes respectivamente. El crecimiento craneano aumenta en 0.25 cm/mes. Si bien existe un crecimiento más lento, la maduración del sistema nervioso se va incrementando, lo que permite al lactante, mayor dominio motor. (5)

- **Sistema inmunológico**

Durante los primeros meses se defiende con los antígenos que su madre traspasó a través de la placenta. Luego ante la exposición a los antígenos administrados mediante las vacunas o a la exposición directa a las enfermedades, el niño adquiere su propia inmunidad. (5)

- **Desarrollo psicomotor**

El desarrollo Psicomotor se manifiesta de céfalo (cabeza) a caudal (los pies) y de proximal (centro del cuerpo) a distal (hacia las manos y pies), logrando por ejemplo el control de la cabeza, girar sobre sí mismo, controlar el tronco y sentarse, gatear, pararse y caminar. Al final del año se consolida la marcha, dependiendo de características propias de cada uno. Algunos niños comienzan por el "gateo " y otros simplemente se deciden a caminar sin problemas. Sus destrezas al caminar y de aprehensión, le permiten explorar incansablemente su entorno. (5)

- **Desarrollo afectivo**

El lactante es un ser completamente afectivo, reacciona con todo su cuerpo frente al dolor, la alegría o la frustración. Se mantiene la importancia del vínculo madre-hijo, que le permite mostrar preferencias y confianza en sus padres. (5)

- **Desarrollo psicosocial**

El llanto y la sonrisa son las formas en que en un primer momento el lactante comunica y expresa sus emociones, que después se verían respaldadas por el lenguaje social. Aparecen las vocalizaciones al mes. (a -a), y a los 3 meses agrega consonantes (agú) llegando a los 6 meses a decir disílabos (da -do, pe -pa) (5)

- **Cuidados del lactante**

La alimentación que recibe el lactante debe cumplir con los requerimientos y recomendaciones para su edad. El lactante debe dormir 23 horas del día, alrededor de los 3 meses de vida se empiezan a regular las horas de sueño.

Los niños y niñas a los 6 meses de edad, duermen entre 11 y 14 horas en total. En la etapa del lactante la piel es delgada y muy sensible, por lo tanto de menor resistencia a la acción de sustancias irritantes externas y agentes infecciosas. Realiza aseo prolijo en zona de pliegues, proporcionar idealmente baño diario, usando jabón neutro, de glicerina e insistir en secar prolijamente la piel. La higiene de ropa debe ser con jabón de barra, enjuagándola varias veces y secando al aire libre. (5)

2.2. Estado Nutricional.

El estado nutricional está relacionado con el grado de satisfacción de las necesidades fisiológicas nutritivas de un individuo y el equilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades de estos (Mahan 2013). Una adecuada nutrición favorece con el crecimiento y el desarrollo óptimo de cada ser vivo, además conserva la salud general, contribuye a la realización de las actividades diarias y ayuda a proteger al organismo frente a la enfermedad relacionadas con la nutrición. (6)

2.2.1. Requerimientos Nutricionales para niños menores de 2 años.

Según las EFSA (Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria), la ingesta recomendada durante la primera etapa de la lactancia hasta los 4 o 5 meses, está basado en el nivel medio de energía y nutrientes que contiene la leche materna, esto debido a que será el único alimento que va ayudar a cubrir los requerimientos tanto de energía y de nutrientes del neonato durante sus primeros meses de vida. (7)

El lactante tiene una demanda energética superior (100-115 kcal/kg/día) a la del adulto que requiere de (30-35 kcal/kg/día). Para cubrir estas necesidades energéticas, la leche materna le aporta un alto contenido en grasa (38%), entre un 48% y 54% de carbohidratos, y un 8% de proteínas. Conforme el lactante va creciendo y desarrollándose, se van introduciendo nuevos alimentos que cubran sus

requerimientos nutricionales, siendo los requerimientos similares a los (45-60% de carbohidratos, 20-35% de lípidos y entre el 10% y 15% de proteínas. (7)

Vitaminas y minerales: Al igual que ocurre con los macronutrientes, el lactante requiere mayor cantidad de micronutrientes (vitaminas y minerales) por kg/día que el resto de su vida. La leche materna a diferencia de la leche de vaca tiene mayor absorción de hierro y calcio es del 75% y 70%, respectivamente cuando se ingiere, descendiendo hasta el 30% y 20% cuando provienen de leche de vaca. Por este motivo el lactante tendrá un mejor aporte de vitaminas y minerales cuando se alimenta exclusivamente con leche materna. (7)

Agua: El agua que necesita el niño procede en su mayoría de la leche materna que ingiere. Aunque puede necesitar un suplemento de agua para evitar una posible deshidratación a consecuencia de tener fiebre o diarrea. (7)

2.3. Evaluación de Estado Nutricional.

La evaluación del estado nutricional es un proceso en el cual se realiza mediciones como peso y talla, siendo la base para monitorear como está creciendo y desarrollándose el niño y la niña. (8)

2.3.1. Evaluación Antropométrica.

Para determinar el estado nutricional del niño y niña menor de cinco años, es importante que realice una valoración antropométrica, así como pruebas bioquímicas y se tome en cuenta los signos clínicos; entre otros. En esta investigación se utilizó el método antropométrico y las medidas que se utilizaran fueron: (8)

El peso: que refleja el aumento de la masa muscular. Es una medida fácil de obtener que nos indica el crecimiento apropiado de los niño/as. Además, esta medida permitirá reconocer si existe algún tipo de desnutrición y se debe realiza siempre con el mínimo de ropa para que la toma de peso pueda ser exacta. (8)

Longitud: Cuando no se puede tomar talla debido a que el niño/a aun no puede ponerse de pie, o tiene menos de dos años se mide acostado/a y a esta medida se le llama longitud. (8)

Talla: Cuando el niño/a es mayor de 2 años o mide más de 85.0 centímetros, se mide de pie, a esta medida se le conoce como talla o estatura. Y si un menor de dos años de edad no permite estar acostado boca arriba para medirle la longitud, mídale la talla en posición de pie, sume 0,7 cm y registre el valor ajustado. (8)

La edad del niño/a, en meses o años se debe preguntar, al momento en que se evalué o que se le tomó las medidas antropométricas. (8)

2.3.2. Indicadores Antropométricos para niños menores de 2 años.

Talla para edad (T/E): Este indicador nos muestra la talla que debe tener el niño y la niña para la edad que tiene en este momento. Proporciona información sobre la historia del estado nutricional. Cuando la talla resulta ser más baja de lo esperado con respecto a la edad del niño/a puede presentar retardo del crecimiento denominado, desnutrición crónica. (8)

El peso para edad (P/E): Indica el estado nutricional global pues incluye el peso para la talla y la talla para la edad. Aunque si está bajo, no permite segregar si es por desnutrición aguda (P/T) o por desnutrición crónica (T/E). (8)

IMC para la edad: Refleja el peso conexo con la talla para cada edad; con adecuada similitud con la grasa corporal. Se calcula con la división del peso sobre la talla² o bien más prácticamente el peso dividido por la talla, a su vez dividido por la talla. (9)

2.3.3. Puntos de corte para cada indicador y su respectiva denominación para niños/as menores de 2 años (Desviación Estándar)

- Cuadro N°1. Talla/Edad:

Puntos de corte	Interpretación
≥ -1 DE	Normal
$\geq -2 < -1$ DE	Riesgo de baja Talla
< -2 DE	Baja Talla
< -3 DE	Baja Talla severa

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Protección Social 2016 (10)

- Cuadro N°2. Peso/Edad:

Puntos de corte	Interpretación
$> +2$ DE	Peso elevado para la edad
$> +1$ a $\leq +2$ DE	Riesgos de sobrepeso
≥ -1 a $\leq +1$ DE	Peso adecuado para la edad
≥ -2 a < -1 DE	Riesgo de desnutrición global
< -2 DE	Desnutrición global

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Protección Social 2016 (10)

- Cuadro N°3. IMC/Edad:

Puntos de corte	Interpretación
$\geq +3$ DE	Obesidad
$\geq +2$ a $< +3$ DE	Sobrepeso
$> +1$ a $< +2$ DE	Riesgo de sobrepeso
≥ -1 a $\leq +1$ DE	Normal o IMC adecuado para la edad
< -1 a ≥ -2 DE	Riesgo de desnutrición
< -2 DE	Desnutrición

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Protección Social 2016 (10)

2.4. Malnutrición en niños menores de 2 años.

El término "malnutrición" significa alteración de la nutrición, tanto por defecto (desnutrición) como por exceso (hipernutrición). Es, por tanto, el resultado de un desequilibrio entre las necesidades corporales y la ingesta de nutrientes que puede llevar a un síndrome de deficiencia, dependencia, toxicidad u obesidad. (11)

2.4.1. Tipos de Malnutrición

Desde un punto de vista etiológico se puede dividir la malnutrición en dos grandes categorías: primaria y secundaria. (11)

- **La malnutrición primaria:** se debe a un aporte insuficiente de calorías y nutrientes y su origen radica habitualmente en la pobreza siendo la prevalente en los países en vías de desarrollo. (11)
- **La malnutrición secundaria:** es el resultado de enfermedades que alteran la capacidad de ingerir, absorber o metabolizar adecuada mente los alimentos o de una insuficiente ingesta que no cubre las mayores pérdidas o requerimientos de la enfermedad de base. (11)
- **El marasmo:** se produce un deficiente aporte de nutrientes proteicos y no proteicos. El niño con marasmo consume muy pocos alimentos -a menudo, la madre es incapaz incluso de amamantarlo- y es muy delgado por pérdida tanto de músculo como de grasa corporal. (11)

- **El kwashiorkor:** El niño que sufre el destete y es alimentado con productos de muy escasa calidad nutricional (comparados con la leche materna) y deja de ganar peso. La deficiencia proteica es normalmente más marcada que la energética con la consiguiente aparición de edemas. Los niños con kwashiorkor tienden a ser mayores (edades superiores al año) que los que desarrollan marasmo ya que suelen desarrollar el proceso a partir del destete.(11)
- **La desnutrición mixta:** es la más frecuente en los hospitales. Son pacientes con cierto grado de desnutrición calórica previa que ante un proceso agudo, presentan un incremento de los requerimientos proteicos que desencadenan el proceso. (11)

2.4.2. Sobrepeso

La adiposidad infantil o el IMC incrementado, tan temprano como a las dos semanas de edad, y en los primeros 24 meses de edad, están asociados con un aumento significativo en el riesgo de sobrepeso durante la edad preescolar. Los niños que son obesos a los nueve o veinticuatro meses, tienen tres veces más probabilidad de mantener este sobrepeso a la edad de cuatro años, en comparación con niños no obesos durante los dos primeros años de vida. En contraste, niños con un peso normal a los nueve meses de vida, permanecen con un peso normal hasta los dos años, y tienen mayor probabilidad de mantenerse con peso normal (84,8%) que de desarrollar sobrepeso (8,9%), u obesidad (6,3%) a los cuatro años de vida. (12)

2.5. Niño Lactante

El lactante es considerado como aquel niño que se alimenta exclusivamente de leche materna y comprende la edad que va desde el momento de su nacimiento hasta los 12 meses edad. Los “Periodos de la Alimentación del Niño” como definió el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría en 1982 son tres:

- Periodo de lactancia: este periodo comprende los 6 primeros meses de vida, durante el cual el niño debe ser alimentado de forma exclusiva con leche materna (según la OMS), aunque si el niño por cualquier otro motivo no puede alimentarse con leche materna puede hacerlo con las fórmulas para lactantes. (13)
- Periodo transicional: es el segundo semestre de vida, hasta cumplir un año de vida. En cual se inicia progresivamente con la alimentación complementaria, introduciendo alimentos distintos a la leche materna o fórmula. (13)
- Periodo de adulto modificado: abarca la edad preescolar y escolar hasta los 7-8 años. En este periodo el niño ya tiene una alimentación muy parecida a la del adulto. (13)

2.6. Lactancia Materna

La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, que proviene de la herencia biológica natural de los mamíferos, y es de gran importancia ya que es la forma ideal de aporta a los niños todos los nutrientes necesarios para su correcto crecimiento y desarrollo. (14)

2.6.1. Importancia de la Lactancia Materna

La leche materna constituye el mejor alimento que puede recibir en forma exclusiva los niños/as hasta los seis meses de edad y luego recibir otros alimentos que complementaran su alimentación hasta los dos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) han considerado por décadas a la lactancia materna (LM) fundamental en la alimentación humana y la han promovido mediante diversas iniciativas globales. (14)

Esto a casusa de que la lactancia ha demostrado ser un factor protector contra distintas enfermedades infectocontagiosas, del espectro atópico y cardiovasculares, así como contra la leucemia, enterocolitis necrotizante, enfermedad celíaca y enfermedades inflamatorias intestinales. Asimismo, tiene un impacto positivo en el neurodesarrollo, mejorando el coeficiente intelectual y pudiendo tener una disminución del riesgo de otras condiciones como el déficit atencional, trastorno generalizado del desarrollo y alteraciones de conducta. La LM puede prevenir un 13% de la mortalidad infantil en el mundo, y disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante en un 36%. La lactancia implica un ahorro directo en el uso de fórmulas lácteas y mamaderas, e indirecto en costos de salud asociados, muertes prematuras y años de vida ajustados por calidad, entre otros. (14)

De esta forma contribuye al desarrollo de una población infantil sana, asegurando que el niño tenga un crecimiento y desarrollo óptimos y además disminuye la mortalidad materna, el riesgo de cáncer de mama, protegiendo a la madre y fomentando el amor con su hijo; en la familia y contribuye a la integración y a la economía familiar. Además es medioambientalmente amigable sin dejar trazas de huella de carbono en su producción y consumo. (14)

2.6.2. Leche Materna

Es el alimento diseñado por la naturaleza para el recién nacido y el lactante con óptimas características nutricionales, cuyos componentes son mejor digeridos, absorbidos y utilizados por el bebé, y le proporcionan un estado digestivo y metabólico ideal, de tal modo que durante los primeros 4 o 6 meses de vida, la leche materna es lo único que precisa. (15)

2.6.3. Producción de la leche Materna

Durante el embarazo, las glándulas mamarias se preparan para producir la leche materna. Esta es activada cuando el niño o niña comienza a succionar. Entonces los nervios del pezón mandan el mensaje al cerebro de la madre de que el niño o niña quiere leche. El cerebro responde y ordena a través de señales sensoriales que viajan de las terminaciones nerviosas del pezón al sistema nervioso central, enviando a la hipófisis la orden para liberar las hormonas prolactina y oxitocina, responsables de la producción y salida de la leche. Si el niño o niña no mama bien, la madre no recibe el estímulo adecuado y no produce suficiente leche. (16)

2.6.4. Fisiología de la glándula mamaria

La función principal de la glándula mamaria es la de producir leche para alimentar y proteger al niño después del nacimiento. La histología de la glándula mamaria es similar en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alvéolos y conductos y un estroma de soporte. Cada célula alveolar se comporta como una unidad de secreción, produciendo leche completa, sintetizando y transportando desde el plasma sanguíneo proteínas, grasas, hidratos de carbonos, sales, anticuerpos y agua. (17)

2.6.5. Composición de la leche materna

La leche materna sufre modificaciones de los elementos que la integran en diferentes etapas. (18)

- **Etapa 1: Pre-calostro.** Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo. Cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas de gestación, la leche producida es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Tiene bajas concentraciones de lactosa, ya que un recién nacido prematuro tiene poca actividad de lactasa. (18)

- **Etapa 2: Calostro.** Se secreta cinco a siete días después del parto, aunque en las mujeres multíparas puede presentarse al momento del nacimiento del bebé. Tiene una consistencia pegajosa y es de color amarillento por la presencia de β -carotenos. Su volumen puede variar de 2 a 20 mL/día en los tres primeros días; a medida que el bebé succiona, aumenta hasta 580 mL/día hacia el sexto día. Esta cantidad es suficiente para cubrir las necesidades del recién nacido por lo que no es necesario complementar con fórmulas lácteas. Tiene mayor cantidad de proteínas (97% en forma de inmunoglobulina A-IgA-), vitaminas liposolubles, lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos Bifidus, sodio y zinc. En concentraciones menores se encuentran las grasas, la lactosa y las vitaminas hidrosolubles. El calostro protege contra infecciones y alergias ya que transfiere inmunidad pasiva al recién nacido por absorción intestinal de inmunoglobulinas; además, contiene 2000 a 4000 linfocitos/mm³ y altas concentraciones de lisozima. Por su contenido de motilina, tiene efectos laxantes que ayudan a la expulsión del meconio. (18)
- **Etapa 3: Leche de transición.** Su producción se inicia después del calostro y dura entre cinco y diez días. Progresivamente se elevan sus concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción, que puede alcanzar 660 mL/día hacia el día 15 postparto. Su color blanco se debe a la emulsificación de grasas y a la presencia de caseinato de calcio. (18)
- **Etapa 4: Leche madura.** Comienza su producción a partir del día 15 postparto y puede continuar por más de 15 meses. Su volumen promedio es de 750 mL/día, pero puede llegar hasta 1,200 mL/día en madres con embarazo múltiple. (18)

2.6.5.1. Energía

Aporta 670 a 700 kcal/L en su mayoría a través de los hidratos de carbono y las grasas. (18)

2.6.5.2. Lípidos

El volumen de lípidos difiere entre mujeres (de 1 a 7 g/dL), lo que depende de diferentes variables, la leche humana aporta ácidos grasos de cadena larga cuyos precursores son el ácido linolénico (AAL, 18:3n-3) y el ácido linoléico (AL, 18:2n-6). Se conocen como ácidos grasos indispensables ya que no pueden ser sintetizados de nuevo por el ser humano y deben provenir de la dieta de la madre. (18)

2.6.5.3. Proteínas

En la leche materna hay entre 8.2 y 9 g de proteína por litro; su concentración se reduce con el progreso de la lactancia, independientemente de las proteínas que consume la madre. El tipo de proteínas que contiene la leche humana, la hacen única para la especie humana, ya que son de mejor biodisponibilidad gracias a la presencia de enzimas digestivas como la amilasa. (18)

2.6.5.4. Carbohidratos

Aportan energía al sistema nervioso central. La lactosa es el principal hidrato de carbono que contiene; favorece el desarrollo de la flora intestinal por las Bifidobacterias e impide el crecimiento de microorganismos patógenos por ser acidificante; mejora la absorción de calcio y mantiene estable la osmolaridad de la leche porque conserva bajas concentraciones de sodio y potasio. (18)

2.6.5.5. Agua

La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico. (18)

2.6.5.6. Vitaminas

En la leche madura las vitaminas hidrosolubles tienen una concentración óptima; la niacina y la vitamina C son las más abundantes. De las liposolubles, la leche de mujer contiene mayores concentraciones de β -caroteno y la vitamina E. A pesar de no tener niveles óptimos de vitamina D los bebés alimentados con leche materna no padecen raquitismo, ya que sí poseen un sulfato de esa vitamina, adquirida por vía transplacentaria que tiene actividad durante los primeros tres meses. En la leche materna los niveles deseables se alcanzan dando un suplemento a la madre; en forma exógena se adquiere por la acción del sol y de los rayos ultravioleta. La vitamina K nunca es óptima en leche materna (2 mcg/L) si se compara con los requerimientos diarios de 2 mcg/día, por lo que debe aplicarse a todo recién nacido 1 mg intramuscular en dosis única. (18)

2.6.5.7. Minerales

Destaca el hierro, cuyas concentraciones se reducen a lo largo de la lactancia hasta mantenerse estable a los seis meses. Se absorbe entre 45 y 75% de su contenido total, mientras que la leche de vaca sólo es de 10%. Una explicación para esto es que el hierro en la leche materna se encuentra unido a las seroproteínas en 65 a 81% y una baja cantidad (2 a 14%) unido a la caseína, que al tener un paso lento por el estómago, sufre una degradación. La relación calcio/fósforo de la leche materna es de 1.2 a 2; esto es útil en la absorción hasta de 75% del calcio, comparado con sólo 20% de la leche entera de vaca. De esto depende la formación del tejido óseo en la infancia. (18)

Oligoelementos: El zinc es parte de los sistemas activadores de las enzimas; su concentración en la leche humana es de 2 a 4 mcg/mL y tiene biodisponibilidad elevada: 45 a 58% de la fracción sérica de las proteínas. El flúor, a pesar de su baja cantidad en leche materna, es útil para evitar las caries, lo cual es evidente si se compara a los niños alimentados al pecho materno con los alimentados con biberón. Finalmente, el magnesio se mantiene en equilibrio muy estable con el calcio en la leche humana para prevenir hipocalcemia en el recién nacido. (18)

2.6.5.8. Hormonas

Una lista completa de las hormonas de la leche incluiría a las ya mencionadas: ocitocina, prolactina, esteroides suprarrenales y ováricos, prostaglandinas y otras como: GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), GRF (factor de liberación de hormona del crecimiento), insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina y neurotensina, que se encuentran en la leche en niveles mayores que los de la sangre materna y la TRA (hormona de liberación de la tirotropina), TSH (hormona tiroideo estimulante), tiroxina, triiodotironina y eritropoyetina, en niveles menores que los del suero materno. La liberación de hormonas puede estar influenciada por componentes de la leche como las betacaseomorfinas humanas, péptidos opioides que pueden afectar el sistema nervioso central neonatal. (18)

2.6.5.9. Enzimas

Las múltiples enzimas de la leche materna tienen diversas funciones. Algunas reflejan los cambios fisiológicos que ocurren en las mamas; otras son importantes para el desarrollo neonatal (enzimas proteolíticas, peroxidasa, lisozima, xantino-oxidasa) y otras aumentan las enzimas digestivas propias del infante (alfa-amilasa y lipasa estimulada por sales biliares). Muchas de ellas se encuentran en concentraciones más altas en el calostro que en la leche madura. La lisozima es bacteriolítica contra bacterias Gram positivas y puede proteger contra algunos virus. Hay enzimas que tienen funciones inmunológicas directas y otras que pueden actuar en forma indirecta, promoviendo la maduración celular. (18)

2.7. Técnicas de Lactancia

2.7.1. Cuidado de las mamas

Los pezones deben mantenerse sin humedad por lo que se pueden utilizar protectores entre el pecho y el sujetador para que empape el posible goteo y cuando estén húmedos cambiarlos. Para prevenir grietas e incluso para “cerrarlas”, en el caso de que éstas aparezcan, se recomienda después de dar de mamar exprimir unas gotas de leche y extenderlas sobre el pezón y areola mamaria.

Es suficiente la ducha diaria con agua y el jabón habitual y lavarse las manos en cada toma. No se debe utilizar jabones “especiales” para lavarse los senos, que suelen ser muy agresivos y sólo consiguen más humedad en la zona, y mayor predisposición a grietas. (19)

2.7.2. Expresión del niño cuando tiene hambre.

Es importante que amamantes a tu bebé con frecuencia, para ello debes estar atenta a las primeras señales de hambre (abrir la boca, acerca su cara hacia el seno, sacar la lengua, quejarse, apretar los puños y llevarlos a la boca) y ofrecerle el pecho sin esperar a que lllore. La ansiedad dificulta el inicio de la toma. (19)

2.7.3. Signos del buen Agarre

Lo importante es que el niño pueda tener un buen agarre para facilitar el vaciado adecuado del pecho y garantizar la lactancia del bebe, es por ellos que la boca debe estar bien abierta, las partes más oscuras del seno (pezón y areola) deben estar dentro de su boca y los labios deben estar hacia afuera para poder escuchar cuando su hijo o hija esta succionado. La madre no tiene porqué sentir una sensación dolorosa y él bebe tiene que soltar el pecho espontáneamente. (19)

2.7.4. Postura

La postura que adopte la madre dependerá de sus preferencias y de las circunstancias en las que se alimenta al bebé, pero lo importante es que la madre y su hijo estén cómodos y el agarre al pecho sea correcto. Por lo cual debe colocar la cara de su hijo/a frente a su pecho y la nariz frente al pezón, verificando que la barriga de del bebe este en contacto con la suya. Una vez hecho eso, apoye la espalda de su hijo/a sobre su antebrazo y coloque la cabeza en el pliegue del codo y levante su seno con su mano en forma de C y estimule con el pezón la boca del bebe. (19)

Otras posiciones para dar de lactar:

- **Biológica o natural:** Ponerse cómodamente recostada boca arriba y colocar al bebé sobre el pecho, en contacto piel con piel. Dejar que busque el pezón y se enganche por sí mismo/a, de forma espontánea únicamente rodearlo con los brazos para que no caiga.(19)
- **Sentada:** En una silla con los pies algo elevados (sobre un taburete) y un cojín bajo el bebé o en una silla muy baja. Coger al bebé “barriga con barriga”, con un bracito por encima y el otro por abajo. Poner la mano de la madre en su espalda, de manera que su cabeza repose en su antebrazo (no en el codo). Así estará frente al pecho y colocar de forma que su nariz roce su pezón y cuando abra bien la boca empújalo al pecho.(19)
- **Acostada:** Los dos de lado uno frente a otro “barriga con barriga” y coloca la nariz del bebe rozando su pezón y cuando abra bien la boca engánchalo. Esta postura es muy cómoda los primeros días especialmente después de una cesárea (puede colocar un cojín bajo los pies del bebé para que no golpee la herida) y es la postura más adecuada para las tomas nocturnas.(19)

2.7.5. Frecuencia de Lactancia

La lactancia tiene que ser a demanda, siempre que el bebé pida y el tiempo que quiera. No se debe seguir un horario rígido, cada bebé tiene un ritmo diferente. La cantidad de leche irá aumentando durante los primeros días hasta llegar a regularse y adaptarse a las necesidades alimentarias del bebé. Durante los primeros días es aún más aconsejable que su hijo/a permanezca mamando el tiempo que deseen, y es muy común que al poco tiempo de ponértelo al pecho se quede dormido, despertándose poco tiempo después para volver a succionar. (19)

2.7.6. Producción de la leche materna

El tamaño de los senos no tiene relación con la cantidad de leche que produce. La madre producirá más leche mientras más succione su hijo/a. Al contrario, cuando le dan leches de tarro u otros líquidos, succiona menos y la madre tendrá menos leche. (19)

2.7.7. Producción del calostro y su importancia en la alimentación del niño

Desde el segundo trimestre del embarazo, los senos empiezan a formar el calostro. Esta es la primera leche que la niña/o succionara de sus senos y que lo protegerá de enfermedades debido a que contiene gran cantidad de proteínas, vitaminas e inmunoglobulinas (defensas) que pasan a la sangre a través del intestino del recién nacido/a. El calostro es suficiente para alimentar al recién nacido/a, puesto que su estómago es muy pequeño y sus necesidades se satisfacen con pocas cantidades y en tomas frecuentes (de 8 a 12 tomas diarias aproximadamente). (19)

2.7.8. Alimentación con leche materna extraída

Esta es una forma de alimentar al niño/a cuando la madre tenga que ausentarse y no pueda dar de lactara a su hijo de la manera habitual. (19)

Para la extracción de la leche la madre siempre debe lavar sus manos con agua y jabón y no olvidar lavar sus senos solo con agua. Masajear suavemente el seno como si formara círculos y colocar sus dedos en forma de C detrás de la parte más oscura del seno (areola y pezón) luego debe presionar el seno con los dedos hacia las costillas y presionar el seno con los dedos desde arriba y desde abajo para poder recolectar la leche en un frasco de vidrio. (19)

Para almacenamiento de la leche se debe lavar bien los frascos antes de usarlos, sumergirlos en agua hirviendo por cinco minutos para desinfectarlos. Luego se deben sacar del agua, y ponerlos boca abajo sobre un trapo limpio al final pegar una etiqueta con la fecha y hora de extracción y guardarlos a temperatura ambiente, en el refrigerador o en el congelador. (19)

El tiempo de duración leche extraída al ambiente es de 6 horas en la Sierra y 4 horas en la Costa. En refrigeración el tiempo de duración es de 24 a 72 horas. En congelación es de 15 días. (19)

Para descongelar la leche debe colocar en el área de refrigeración hasta que vuelva a su estado líquido. Luego caliente agua en una olla, apague la hornilla y coloque el frasco con leche materna dentro del agua caliente. Agite suavemente el frasco y dele la leche a su niña/o en un vasito pequeño o con cucharita. (19)

2.7.9. Problemas frecuentes del seno y como solucionarlos

Para prevenir los problemas frecuentes del seno asegúrese de que su hijo/a agarre bien el seno, utilice diferentes posiciones para amamantar. Recuerde que usted y su hijo/a deben estar cómodos. Amamante a su bebe cada vez que él o ella lo deseen y sea paciente y si tiene alguna duda, acuda al Centro de Salud o a un profesional calificado, nunca trate de solucionar los problemas usted sola. (19)

- Senos demasiado llenos como prevenirlos: inicie la lactancia en la primera hora después del nacimiento, extraiga la leche de forma manual y no dar otras leches o líquidos a su hijo/a. Pero si usted ya tiene este problema amamante más veces, extraiga la leche de forma manual, coloque paños de agua tibia sobre su seno antes de amantar y coloque paños de agua fría después de amamantar.
- Pezones planos o invertidos no son un problema, la succión de su hijo/a dará forma a sus pezones, no tire de ellos. Es mejor que con su mano haga un pliegue con la areola y el pezón e introdúzcalo en la boca de su hijo/a. Acuda al Centro de Salud. Esta es una condición que necesita apoyo y puede ser superada.
- Grietas en el pezón para prevenir es mejor que después de amantar, espere que se sequen los pezones antes de cubrirlos y utilizar sostén de algodón o hilo sin varillas. Aunque si sus pezones ya están con grietas es urgente que después de amamantar, ponga unas gotas de leche materna sobre el pezón afectado y dejar secar. Siempre empiece a amantar con el seno menos afectado y luego ofrezca el otro seno. Extraiga la leche del seno afectado de forma manual cada tres horas y espere a que cicatricen las grietas y vuelva a amamantar a su hijo/a.

- Conductos obstruidos son pequeños bultos, duros y doloroso en el seno para prevenir su aparición se debe extraer la leche de forma manual cada dos horas, para vaciar el seno afectado y ayudar a descongestionarlo. Si ya tiene conductos obstruidos mientras amamanta masajee el seno en la parte de bulto pequeño y empiece amamantar con el seno que tiene la obstrucción y luego ofrezca el otro.
- Mastitis es una inflamación del seno que produce enrojecimiento de la piel, endurecimiento, dolor y fiebre. Pero no es una razón para suspender la lactancia materna se puede prevenir si se extrae la leche de forma manual cada dos horas, para vaciar el seno afectado y ayudar a descongestionarlo. Aunque si tiene fiebre y el seno está caliente e inflamado, coloque paños de agua tibia de manzanilla en el seno, extraiga la leche de forma manual y desecharla y siga amamantando con el seno no afectado.

2.7.10. Alimentación con leche de formula infantil

La leche materna es el mejor alimento para la mayoría de los bebés. Pero no todas las mamás pueden amamantar. Si no está amamantando, puede alimentar a su bebé con leche de fórmula solamente si el medico lo prescribe, alimente a su hijo/a con leche de formula en la cantidad adecuada para su peso o edad. (19)

Puntos claves:

- Al mezclar la fórmula, siga las indicaciones del paquete.
- Utilice agua hervida o tratada para preparar la formula infantil
- Es más recomendable que alimente a su niño con cuchara en vez de utilizar biberones.
- Nunca agregue azúcar
- Llame al profesional de la salud de su bebé si cree que hay un problema con la fórmula.

2.7.11. Introducción de otros líquidos aparte de la leche materna antes de los 6 meses.

Para poder ingerir otros líquidos o alimentos diferentes a la leche materna, es conveniente que el organismo del niño/a tenga la maduración necesaria a nivel neurológico, renal, gastrointestinal e inmune. Una introducción muy precoz de otros líquidos o del inicio de la alimentación complementaria puede conllevar riesgos a corto y largo plazo. A corto plazo puede provocar la posibilidad de atragantamiento, el aumento de gastroenteritis agudas e infecciones del tracto respiratorio superior. Interferencia con la biodisponibilidad de hierro y zinc de la leche materna. A largo plazo puede haber mayor riesgo de obesidad, eccema atópico, diabetes mellitus tipo 1 y el incremento de la tasa de destete precoz, con los riesgos añadidos que esto conlleva. Por tanto, la recomendación actual es esperar a los 6 meses para comenzar con AC en los niños con LM. En los lactados artificialmente, la recomendación es menos unánime, aunque en todo caso nunca comenzar antes del cuarto mes. (20)

2.8. Alimentación Complementaria

La alimentación complementaria (AC) se considera un proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna. Es decir, que se mantiene la lactancia materna pero se inicia la introducción de otros alimentos y líquidos como complemento y no como sustitución de esta. Estos por sí mismos no constituyen una dieta completa, pero deben ser nutritivos y deben ser administrados en cantidades adecuadas para que el niño continúe su crecimiento. (20)

2.8.1. Importancia de la Alimentación Complementaria

Por un lado, “los objetivos de la alimentación complementaria son: aportar energía y nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo sin destetar al niño, crear hábitos de alimentación correctos, estimular el desarrollo psico-emocional y sensorial, e integrarlo a la dieta familiar”. (20)

Así mismo, también permite:

- Prevenir deficiencias de energía y proteínas debidas a una disociación entre su disponibilidad en la leche humana y los requerimientos del niño resultantes de su crecimiento.
- Prevenir la deficiencia de nutrimentos con énfasis en el hierro, zinc y vitamina D.
- Fomentar el gusto por los distintos sabores y texturas de los alimentos.
- Promover hábitos alimentarios correctos que serán la base de futuros patrones de alimentación.
- Desarrollar habilidades que permitan una transición fluida entre la dependencia total del niño con los padres para alimentarse a hacerlo por sí mismo.
- Fomentar la capacidad innata del niño para autorregular la cantidad de alimentos que consume.
- Ofrecer una alimentación libre de microorganismos patógenos como lo que ofrece la lactancia humana exclusiva.

2.8.2. Etapas de la alimentación en el primer año de vida

La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee. (21)

2.8.3. Introducción de los alimentos según la edad del niño

6-8 meses

Estadio inicial: al inicio de la alimentación el niño tiene suficiente con una o dos cucharadas. Lo mejor es ofrecer purés de un solo alimento, sin azúcar ni sal. (21).

En este período se recomienda el consumo de:

- Cereales bien cocidos en forma de papillas (arroz, avena, quinua)
- Alimentos cocidos en forma de puré como papa, camote, zanahoria blanca, plátano verde y yuca.
- Vegetales cocidos en forma de puré (espinaca, zapallo, acelga, zanahoria, zambo)
- Yema de huevo duro
- Frutas dulces (guineo, manzana, pera, papaya, melón u otras de consistencia suave)
- Agua de acuerdo con necesidad.

Segundo estadio: una vez que el niño aprende a comer con cuchara se introducen nuevos sabores y mayor variedad de alimentos, en forma de purés aplastados y semisólidos, que además le ayudarán a desarrollar su habilidad motora. El niño está listo para esta etapa cuando es capaz de mantenerse sentado solo y de transferir objetos de una mano a otra. (21)

9-11 meses

La mayoría de los lactantes a esta edad son capaces de comer alimentos blandos que pueden coger por sí mismos y llevárselos a la boca. Además, se debe indicar a la madre que, antes de ofrecer el alimento al niño/a, primero debe lactar. Entre los 9 y los 11 meses el niño/a debe recibir tres o cuatro comidas al día además de refrigerios nutritivos ofrecidos 1 o 2 veces al día, según lo desee. En esta etapa se puede dar al niño/a preparaciones de varios grupos de alimentos: cereales, verduras, carnes, granos. (21)

En este período se recomienda el consumo de:

- Hortalizas y verduras: todas
- Frutas: todas excepto las cítricas (mora, tamarindo, toronja, borjón, naranja, maracuyá, piña, limón, kiwi)
- Alimentos mezclados (cereales, leguminosas y carne (res, pollo, hígado)).
- Agua según requerimiento del niño/a

12-24 meses

La mayoría de los niños son capaces de comer casi los mismos tipos de comida que los demás adultos de su casa, teniendo en cuenta que precisan alimentos con alta densidad nutricional y que en esta etapa es tan necesario darle de comer como estimularle para que se autoalimente. La leche materna sigue siendo una parte importante de la dieta y debe ser preferiblemente el principal líquido aportado durante todo el segundo año o más. (21)

A partir del año el niño/a puede consumir también; huevo entero, leche de vaca, frutillas, cítricos y chocolate. Se debe evitar la oferta de alimentos ricos en calorías vacías (excesivamente grasos). Tampoco se debe añadir sal a las comidas. (21)

2.8.4. Preparación de alimentos e Higiene

La preparación y el almacenamiento seguros de los alimentos complementarios reducen el riesgo de diarrea. Por lo tanto, todos los utensilios; como vasos, tazas, platos y cucharas utilizados para alimentar al lactante, deben ser exhaustivamente lavados. En muchas culturas es común el comer con las manos, por lo que es importante que las manos del cuidador y del niño sean cuidadosamente lavadas como se necesario antes de comer, antes de preparar los alimentos. Se debe evitar el empleo de biberones debido al alto riesgo de transmisión de infecciones, por lo que

se recomienda el empleo de vasos o tazas. Los alimentos deben ser debidamente refrigerados; cuando no puedan ser refrigerados, deben ser consumidos no más de 2 horas después de ser preparados, a fin de evitar que las bacterias tengan tiempo para multiplicarse.(22)

2.8.5. Cantidad, textura y la frecuencia de los alimentos

La cantidad de comidas diarias que debe recibir el lactante dependerá de la energía que necesite para completar su requerimiento, de acuerdo a su capacidad gástrica y la densidad energética del alimento ofrecido. (22)

La maduración neuromuscular del lactante no le permite pasar directamente del pecho a los alimentos de la mesa familiar. Por ello son necesarios alimentos de “transición”, especialmente adaptados para esta primera etapa, papilla, purés, compotas, hasta que, aproximadamente al año, en donde el niño ya sea capaz de alimentarse en la mesa familiar. Se aconseja aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos a medida que el niño crece, adaptándose a los requerimientos y habilidades del niño y estimulando la adquisición de habilidades motoras esenciales como el masticado y el contacto con nuevos sabores. (22)

Se recomienda iniciar la alimentación complementaria con una comida al día, que puede ser ofrecida por la mañana, o a la hora que convenga a la familia. Según el apetito del niño se incrementa el número a 2-3 comidas al día. Pueden ofrecerse colaciones o meriendas, procurando que sean nutritivas. Debe tenerse en cuenta que ofrecer al niño una baja cantidad de comidas al día, no cubrirá los requerimientos energéticos diarios. Por otra parte, el exceso de comidas diarias favorecerá el abandono precoz de la lactancia, incremento de peso y obesidad. (22)

2.8.6. Variedad de los Alimentos

Los alimentos complementarios deberían brindar suficiente energía, proteína, lípidos, carbohidratos y micronutrientes para cubrir las brechas de energía que deja la leche materna. La alimentación complementaria debe basarse en alimentos que consume la familia, que dependerán de factores culturales y económicos. (22)

La dieta del niño debe tener alimentos básicos, ricos en determinados nutrientes como:

- Cereales sin gluten: Los cereales sin gluten aporta principalmente carbohidratos (almidón y poli-sacáridos), además de vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales, y están suplementados con hierro.
- Cereales con gluten Aportan hidratos de carbono, proteínas en menor cantidad, minerales, vitaminas y ácidos grasos esenciales. Constituyen un notable aporte de energía en función de su alto contenido de carbohidratos.
- Frutas y verduras: las frutas aportan agua, hidratos de carbono, fibra, vitaminas y minerales. Las de color naranja son ricas en caroteno, precursor de vitamina A y en vitamina C. Deben ofrecerse maduras para una mejor digestibilidad, en forma de papilla o zumos naturales recién elaborados, habitualmente entre comidas.

En cuanto a las verduras, aportan agua, proteínas vegetales, celulosa, vitaminas y minerales. Se pueden dar frescas o cocidas al vapor o hervidas en poca cantidad de agua y durante menos de 10 minutos para minimizar las pérdidas de vitamina C y de minerales. Además, durante la cocción debe taparse el recipiente para evitar que aumente en el agua la concentración de nitritos. Las verduras se ofrecen en forma de puré, de textura gradualmente menos fina para estimular la masticación.

- Carnes: Son fuente muy importante de proteínas de alto valor biológico (20 g de proteína/100 g de carne), aminoácidos y ácidos grasos esenciales, hierro, zinc y vitaminas, principalmente B12. Debido al riesgo de carencia de hierro en niños con leche materna exclusiva a partir de los 6 meses, se recomienda la introducción de carne (pollo, pavo, ternera, vaca, cordero y cerdo). El valor nutritivo de la carne blanca es similar al de la carne roja. Se recomienda introducirla en cantidades pequeñas y progresivas, a diario, hasta llegar a 40-60 g de carne por ración al día; pueden ser añadidas al puré de verduras.

- Pescado y huevo: El pescado aporta proteínas de alto valor biológico, vitaminas, minerales como hierro, yodo, zinc, fósforo, sal y constituye una excelente fuente de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga omega 3 y 6, presentes sobre todo en el pescado azul, de importancia en el neurodesarrollo y por su efecto beneficioso al aumentar el HDL-colesterol.

El huevo es considerado el alimento con mayor valor biológico en sus proteínas; aporta además ácidos grasos esenciales, (DHA-ARA) hierro, luteína y vitaminas.²² La yema se puede iniciar desde los 6 meses de edad, y posteriormente la clara de huevo cocida en cantidades crecientes, debido al alto poder alergénico de la ovoalbúmina que contiene.

- Leguminosas 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.

2.8.7. Alimentos no recomendados

No introducir la leche de vaca entera hasta los 12 meses, por el riesgo de inducir anemia ferropénica debido a su bajo contenido en hierro y a su relación con micro sangrados intestinales y anemia. Además, teniendo en cuenta su alto contenido en proteínas, no se debe olvidar que son ácidos radicales y pueden ser causa de detención de crecimiento con base al fenómeno de strand (acidosis metabólica). (22)

No se debe añadir sal ni azúcar en la preparación de los alimentos para lactantes durante el primer año de vida, pues ambos componentes se encuentran en cantidades suficientes de forma natural en la dieta. Tampoco se deben dar edulcorantes porque refuerzan la preferencia innata por los sabores dulces y suponen un riesgo añadido de caries dentales y obesidad. (22)

Los embutidos no deben darse antes del año de edad por su elevado contenido de sodio, nitritos y grasas saturadas. Después del año se aconseja en cantidades mínimas supervisadas. (22)

El Café, té, aguas aromáticas son bebidas excitantes por lo que se deben evitar, (específicamente a base de anís), ya que contienen alcaloides que producen cólico y además carecen de valor energético. Las bebidas carbonatadas como los jugos artificiales, gaseosas y refrescos tampoco se recomiendan, porque disminuyen la absorción del calcio, proveen altas cantidades de energía, carecen de valor nutricional pueden disminuir el apetito y la aceptación de otros nutrientes. Es conveniente evitar el uso de refrescos aparentemente con algún valor nutricional, lo cual no es cierto, pero es una costumbre cultural en nuestro país, ya que se da exceso de azúcar y favorece obesidad. (22)

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Diseño y Tipo de investigación

El presente estudio fue de diseño no experimental, ya que se observó a los pacientes sin que el investigador pueda manipular deliberadamente ninguna de las variables. Se trató de un estudio de tipo descriptivo, relacional de corte transversa, descriptivo ya que se caracterizó el estado nutricional y los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, relacional ya que se buscó entender la asociación entre estas dos variables de estudio, de corte trasversal porque se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo determinado.

3.2. Localización y ubicación del estudio

El Centro de Salud se encuentra ubicado entre las calles Rubén Fuertes y Av. 21 de Marzo, junto a la Comisaría de Policía la UPC, en la parroquia de Santa Martha de Cuba, cantón Tulcán, provincia del Carchi entre los 2700 y 3200 m.s.n.m. (23)

3.3. Población

La población de estudio estuvo conformada por 40 madres y 40 niños menores de 2 años que asistieron a control en el Centro de Salud de la parroquia Santa Marta de Cuba del Cantón Tulcán, en el mes Junio del 2018.

3.3.1. Criterios de inclusión

Madres con niños menores de 2 años que asistieron a control en el centro de salud de la parroquia Santa Martha de Cuba y que autoricen formar parte del estudio.

3.3.2. Criterios de exclusión

-Niños con presencia de algún tipo enfermedad propia de la infancia

3.4. Operacionalización de las variables

Cuadro N° 4. Operacionalización de las variables

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.		
VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Características sociodemográficas de las madres	Edad de la madre	15- 20 años 21 -30 años >30 años
	Número de Hijos	1 a 2 hijos 3 a 4 hijos > 4 hijos
	Etnia de la madre	Afro- ecuatoriano Mestizo Indígena
	Nivel de instrucción de la madre.	Ninguno Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Tercer Nivel Tercer nivel incompleto
	Ocupación de la madre	Empleado Publico Empleado Privado Quehaceres Domésticos

		Agricultor Artesano Otros
	Estado civil	Soltera Casada Divorciada Unión Libre Viuda
Características sociodemográficas de los niños/as	Edad del niño	1 a < 6 meses 7 a 12 meses 13 a 18 meses 19 a 24 meses
	Sexo niño/a	Masculino Femenino
Objetivo: Evaluar el estado nutricional de los niños/as menores de 2 años a través de indicadores antropométricos (talla para la edad, peso para la edad, IMC para la edad).		
Evaluación Nutricional del niño menor de 2 años	Talla/Edad	≥ -1 DE Normal $\geq -2 < -1$ DE Riesgo de baja Talla < -2 DE Baja Talla < -3 DE Baja Talla severa

	Peso/Edad	$>+2$ DE Peso elevado para la edad $>+1$ a $\leq +2$ DE Riesgos de sobrepeso ≥ -1 a $\leq +1$ DE Peso adecuado para la edad ≥ -2 a < -1 DE Riesgo de desnutrición global < -2 DE Desnutrición global
	IMC/Edad	$\geq +3$ DE Obesidad $\geq +2$ a $< +3$ DE Sobrepeso $> +1$ a $< +2$ DE Riesgo de sobrepeso ≥ -1 a $\leq +1$ DE Normal o IMC adecuado para la edad < -1 a ≥ -2 DE Riesgo de desnutrición < -2 DE Desnutrición
Objetivo: Identificar los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria que tienen las madres de niños/as menores de 2 años.		
Conocimientos de lactancia materna	Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva	Insuficientes Buenos Muy Buenos
	Composición de la leche materna	SI NO

	<p>Importancia de que su hijo o hija reciba el calostro que es la leche amarilla que baja al inicio de la lactancia y confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.</p>	<p>SI NO</p>
	<p>¿Por qué la leche materna es suficiente para bebés de 0-6, meses de edad?</p>	<p>Porque la leche materna proporciona todos los nutrientes y líquidos que un bebé necesita durante los primeros seis meses de vida.</p> <p>Porque los bebés aún no digieren otros alimentos antes de los seis meses.</p> <p>Porque fortalece el vínculo afectivo madre e hijo.</p> <p>Porque así lo dicen las recomendaciones dadas por la OMS.</p> <p>No es suficiente porque existen otros alimentos que pueden sustituir la leche materna</p>
	<p>Beneficios de la lactancia materna para su bebé</p>	<p>SI NO</p>

	¿Cuándo tiene problemas con la lactancia a quien pide ayuda?	Al Profesional de salud Otros (Especifique a quien) No sabe a quién dirigirse
Prácticas de lactancia materna	Hasta que edad recibió solo leche materna su hijo/a	No recibió LM 2 Meses 3 a 4 Meses 5 a 6 Meses
	Frecuencia de la alimentación	1 a 3 veces en el día 4 a 6 veces en el día + de 6 veces en el día
	Amamanto ayer durante el día o la noche	En el día En la noche
	¿En qué posición suele amamantar a su hijo?	Sentada en una silla, con la espalda recta y los pies apoyados. Acostada de lado en la cama. No importa la posición, siempre que la madre y el niño estén cómodos. La madre debe estar con hombros tensos e inclina sobre el bebé. El Cuerpo del bebé debe estar separado de la madre y ella no debe mirarlo a los ojos.

	¿Quién alimenta al niño/a cuando la madre no se encuentra?	El padre La abuela Los hijos Otros
	Alimentación que recibe el niño cuando la madre sale de casa	Leche materna en biberón, cuchara o taza Leche de formula en biberón, cuchara o taza. Coladas Otros líquidos
Introducción de otros líquidos:		
	Agua pura	SI NO
	Fórmula infantil	SI NO
	Leche tales como leche enlatada, animal en polvo o fresco	SI NO
	Jugo o bebidas de jugo	SI NO
	Papilla de avena (cereales)	SI NO

Conocimientos de alimentación complementaria	A qué edad inicio la alimentación complementaria	Aun no inicia con AC 2 a 3 meses 4 a 5 meses 7 a 8 meses 6 meses
	Conoce la importancia de la alimentación complementaria.	SI NO
	Consistencia de las comidas que se brindan al niño/a	No Conoce Cremas, papillas, trozos grandes. Papillas, picados finos o machacados, trozos pequeños.
	¿Con que alimentos o tipos de alimentos se debe iniciar la alimentación complementaria, elija el orden correcto de los alimentos?	
	De 6 a 8 meses	(1) frutas dulces (2) cereales (3) sopas espesas (4) verduras cocidas (5) carne de res o pollo (6) Tubérculos. (1) cereales (arroz, maíz, quinua) (2) frutas dulces (3) verduras cocidas (4)Tubérculos (5) sopas espesas (6) carne de res o pollo (1)leche de vaca (2) frutas dulces (3) carne de res (4) verduras cocidas (5) sopas espesas

	De 9 a 11 meses	<p>Añadir a la alimentación granos secos.</p> <p>Añadir a la alimentación Pescado</p> <p>Añadir a la alimentación leche, queso, yogurt.</p> <p>Sal, condimentos, endulzantes.</p>
	Alimentos que no se debe incluir al iniciar la alimentación complementaria.	<p>Alcohol, gaseosas, pasteles, conservas.</p> <p>Embutidos, Carne molida, mariscos</p> <p>Todas las anteriores</p>
Prácticas de alimentación complementaria	Lavado de manos antes de preparar los alimentos.	<p>SI</p> <p>NO</p> <p>A veces</p>
	Utiliza estrategias para motivar la alimentación del niño/a	<p>SI</p> <p>¿Cuáles?</p> <p>NO</p>
	¿Cuántas veces comió alimentos, es decir las comidas y meriendas que no sean líquidos, ayer durante el día o la noche?	<p>Número de veces</p> <p> ___ ___ </p> <p>No sabe / No contesta</p>

¿Que alimentos consumió el niño/a durante todo el día?		
	Grupo 1: Granos, raíces y tubérculos.	SI NO
	Grupo 2: Leguminosas y nueces.	SI NO
	Grupo 3: Productos lácteos	SI NO
	Grupo 4: Carnes	SI NO
	Grupo 5: Huevos	SI NO
	Grupo 6: Frutas y verduras	SI NO

3.5. Métodos de recolección de información

3.5.1. Técnica

Se aplicó una encuesta constituida por preguntas abiertas y cerradas con el fin de dar una respuesta a los objetivos planteados en la investigación. En la misma se recogieron variables tales como: Características Sociodemográficas, Evaluación Nutricional, Conocimientos y Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria.

3.5.1.1. Características Sociodemográficas

Para la recolección de la información de las características sociodemográficas, se utilizaron preguntas abiertas y cerradas que permitieron conocer: nombre, fecha de nacimiento, edad, estado civil, número de hijos, nivel de instrucción, género y etnia.

Anexo 1

3.5.1.2. Estado Nutricional

Para obtener la información sobre el estado nutricional de los niños menores de 2 años se tomaron medidas antropométricas tales como: peso y talla, las cuales luego se analizaron en el programa WHO Antrho y WHO Antrho Plus. Para evaluar el Estado nutricional se emplearon los indicadores: Peso//Edad, Talla//Edad, IMC//Edad utilizando criterios de clasificación antropométricos del Ministerio de Salud Pública y Protección Social Colombia, 2016. **Anexo 1**

3.5.1.3. Conocimientos y Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria

Esta información fue proporcionada por las madres de los niños menores de dos años para evaluar el conocimiento y prácticas de alimentación complementaria y lactancia materna a través de un cuestionario llamado CAP que es un extracto de la publicación de la FAO Guía para medir conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición (2014). **Anexo 1**

3.5.2. Instrumento

Cuestionario

El cuestionario CAP publicado por la FAO -Guía para medir conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición (2014).

Balanza

SECA 354 Balanza electrónica para bebé/niños pequeños.

Sistema de Medición

Infantómetro móvil marca seca, modelo 210, con capacidad de medición hasta 99cm.

3.6. Análisis de datos

La información recolectada por medio de la encuesta, fue ingresada en una base de datos elaborada en el programa Microsoft Excel, la cual fue ingresada en el programa estadístico informativo SPSS en donde se detalla cada variable con su respectivo indicador y escala de medición para la respectiva tabulación y elaboración de tablas y gráficos.

Una vez obtenidos los resultados, serán entregados y socializados en el Centro de Salud ubicado en la Parroquia de Santa Martha de Cuba, para que en base a ellos se realicen acciones fundamentales para la formación de buenos hábitos que influyen en forma definitiva en la salud y bienestar del niño/a.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

4.1. Características Sociodemográficas de las madres que asisten al Centro de Salud de la Parroquia Santa Martha de Cuba, Tulcán

Tabla 1. Edad y Etnia

Edad	F	%	Etnia	F	%
15 a 20 años	8	20%	Mestizo	40	100%
21 a 30 años	20	50%	Indígena	0,0	0,0%
>30 años	12	30%	Afro-ecuatoriano	0,0	0,0%
Total	40	100%	Total	40	100%

Análisis:

El 50% de las madres están entre los 21 y 30 años, dato que se relaciona con edad promedio a nivel nacional de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) 2010. El 100% de las madres se autoidentifica con etnia mestiza, coincidiendo con los datos de INEC debido a que en el Carchi el 86,9 % se consideran mestizos, tan solo el 6,4 % afro-ecuatoriano y 3,4% indígena.

Tabla 2. Estado Civil y Número de Hijos

Estado Civil	F	%	Número de hijos	N	%
Soltera	9	22,5%	1 a 2 Hijos	30	75,0
Casada	22	55 %	3 a 4 Hijos	8	20,0
Unión Libre	9	22,5 %	>4 Hijos	2	5,0
Total	40	100	Total	40	100

Análisis:

El 55% de las madres encuestadas están casadas, dato que coincide con el Censo de Población y Vivienda (CPV) 2010, en el cual la mayoría de las madres a nivel nacional están casadas (44,77%) y en menor porcentaje en unión libre (26,36%). En cuanto al número de hijos podemos observar que el 75% de las madres tienen entre 1 y 2 hijos. Según la población o etnia la media total de hijos de la madre ecuatoriana es de 2,8 según informe del INEC 2010.

Tabla 3. Instrucción y Ocupación

Instrucción	F	%	Ocupación	N	%
Primaria Incompleta	3	7,5 %	Empleado Privado	1	2,5 %
			Quehaceres		
Primaria completa	12	30 %	Domésticos	34	85 %
Secundaria incompleta	10	25 %	Otros	5	12,5 %
Secundaria completa	11	27,5 %	Total	40	100 %
Tercer Nivel Incompleto	1	2,5 %			
Tercer nivel completo	3	7,5 %			
Total	40	100 %			

Análisis:

El 30% de las madres tiene primaria completa, el 27,5% secundaria y en un porcentaje menor han terminado el tercer nivel 7,5%. En cuanto a la ocupación el 85% de estas madres se dedica a los quehaceres domésticos. Lo que se relacionan con los datos del INEC 2010, donde la mayor parte de nacimientos se originan en madres con nivel de instrucción primaria y secundaria. Además el 45,3 % de madres ecuatorianas no se han empleado fuera del hogar y trabaja encargándose de los quehaceres domésticos.

4.2. Características sociodemográficas de niños/as menores de 2 años que asisten al Centro de Salud de la Parroquia Santa Martha de Cuba, Tulcán.

Tabla 4. Edad y Género del niño

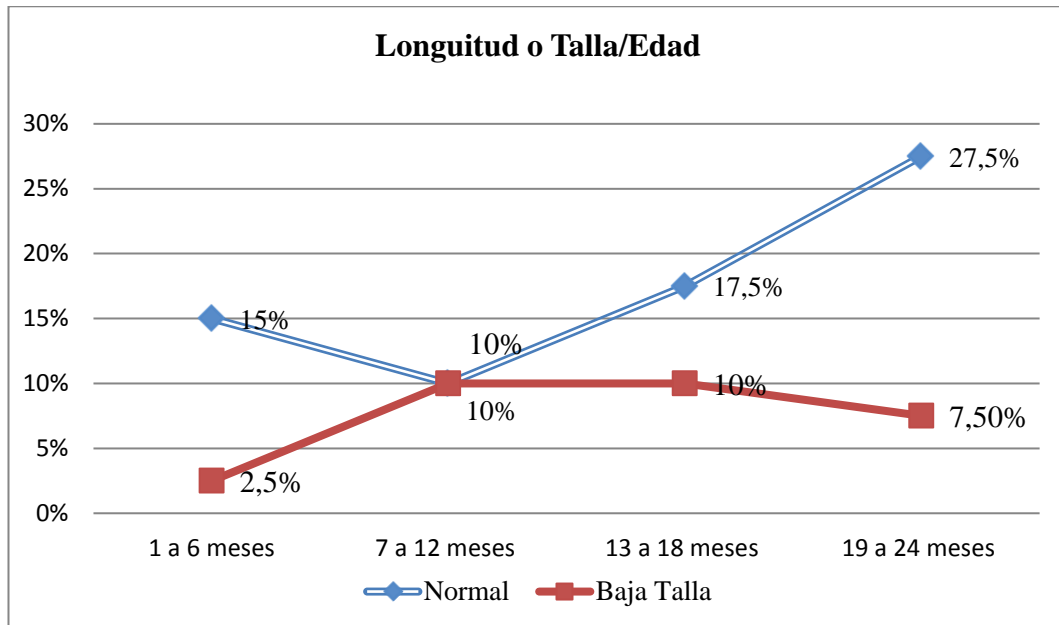
Edad	F	%	Genero	N	%
1 a 6 meses	7	17,5 %	Femenino	22	55 %
7 a 12 meses	8	20 %	Masculino	18	45 %
13 a 18 meses	11	27,5 %			
19 a 24 meses	14	35 %	Total	40	100 %
Total	40	100 %			

Análisis:

El 35% de niños evaluados tienen entre de 19 y 24 meses, el 27,5% de 13 a 18 meses, siendo la edad promedio entre 1 y 2 años. El género más representativo con el 55% es el femenino. Con respecto a datos del INEC en el Ecuador los niños/niñas menores de un año ocupan en 1,8% de la población y de este total, el 51% son niños, y el 49% niñas.

4.3. Estado nutricional de niños/as menores de 2 años que asisten al Centro de Salud de la Parroquia Santa Martha de Cuba, Tulcán.

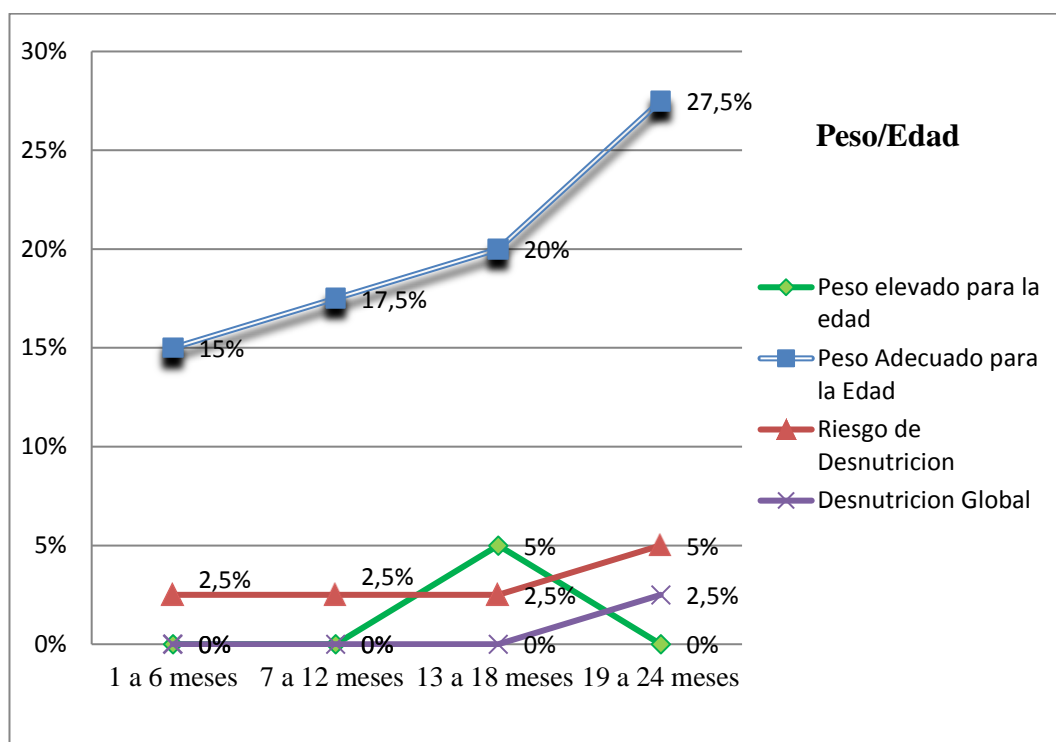
Gráfico 1. Estado nutricional mediante el indicador Longitud/Edad en niños/as menores de 2 años.



Análisis:

En los primeros seis meses el porcentaje de baja talla es bajo 2,5%. A partir de los 7 meses este porcentaje va en aumento 10% y se mantiene hasta los 18 meses, a partir de aquí va en descenso hasta los 24 meses de edad 7,5%. La prevalencia de baja talla entre los niños de 7 a 24 meses guarda similitud con lo reportado en ENSANUT en donde se observa que a nivel nacional en los primeros 5 meses de vida, el porcentaje de retardo en talla es bajo (9,5%). A los 6 meses este porcentaje aumenta dramáticamente (19,9%), con un pico en los 12 a 23 meses de edad (32,6%) a partir del cual comienza a descender. Esto puede deberse a que entre los 7 a 24 meses los niños/as inician la alimentación complementaria lo que puede ser un factor que incremente el riesgo malnutrición a causa de un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o de enfermedades recurrentes.

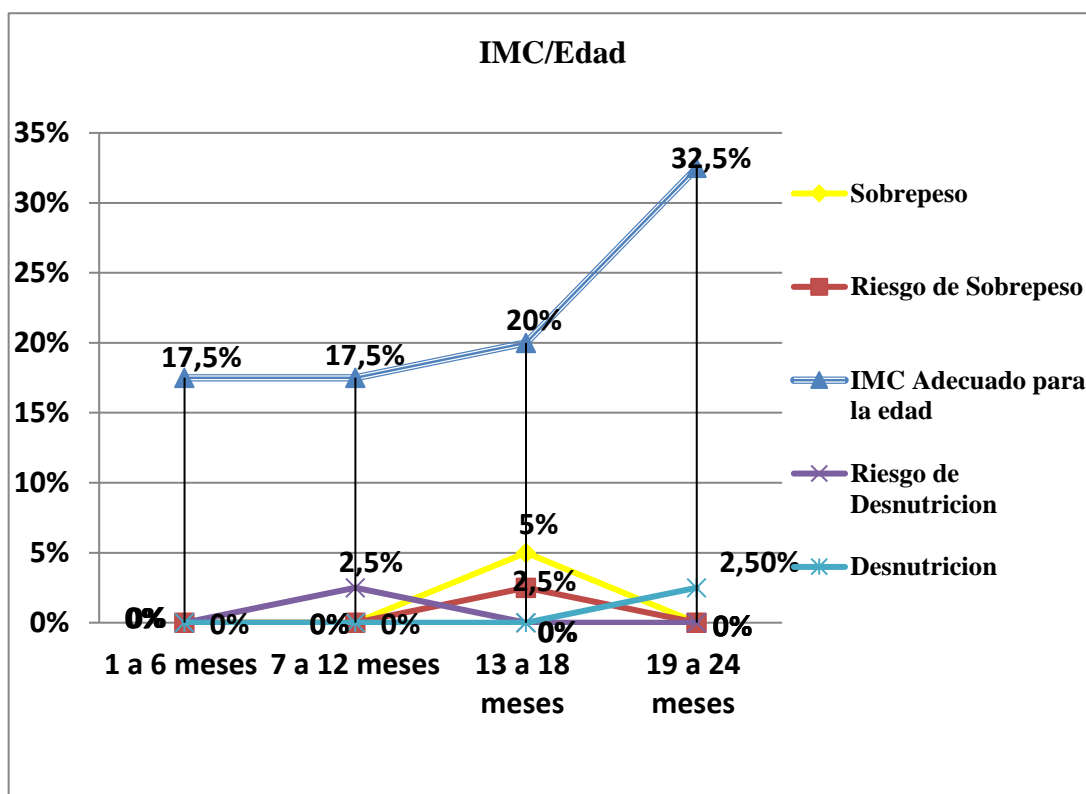
Gráfico 2. Estado nutricional mediante el indicador Peso/Edad en niños/as menores de 2 años.



Análisis:

De 1 a 18 meses el riesgo de desnutrición es bajo 2,5%. A los 19 meses este porcentaje se eleva alcanzando un pico de 5 % hasta los 24 meses. La desnutrición global, que no tiene presencia hasta 18 meses, se incrementa hasta alcanzar su pico de 2,5% en los niños de 19 a 24 meses. Porcentajes que no son altos pero si representan una alerta. Con respecto al peso elevado para la edad este se presenta con el 5% entre los 13 a 18 meses. En relación a los datos encontrados en ENSANUT el bajo peso (desnutrición global/ bajo peso para la edad) en los últimos años ha disminuido pero aún se estima que por cada 100 niños menores de 5 años 4,8 presenta desnutrición global, indicadores que muestran la gravedad del problema y la urgencia de incrementar esfuerzos para combatirlo.

Gráfico 3. Estado nutricional mediante el indicador IMC/Edad en niños/as menores de 2 años.

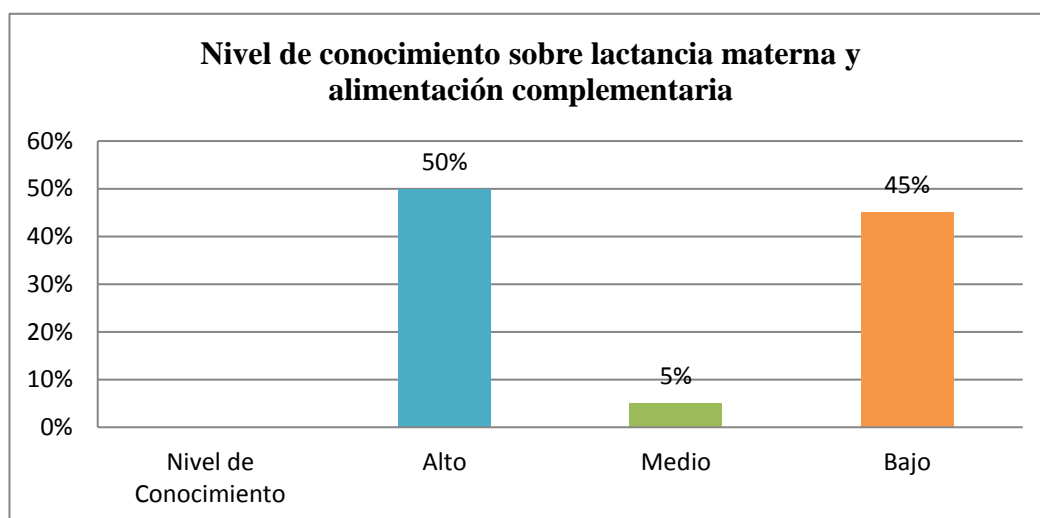


Análisis:

Con relación a la IMC/Edad podemos evidenciar que a mayor edad mayor es la malnutrición que presentan los niños. Entre los 7 a 12 meses el 2,5% presentan un riesgo de desnutrición, entre los 19 a 24 meses el 2,5% presenta desnutrición y de 13 a 18 meses el 2,5% presentan riesgo de sobrepeso y el 5% sobrepeso. Siendo el porcentaje de mayor relevancia el sobrepeso. Los resultados obtenidos muestran relación con los datos de ENSANUT en donde en el Ecuador se registra un 8,6% de niños menores de cinco años con exceso de peso u sobrepeso. Estos dos problemas encontrados en los niños representa la doble carga de la malnutrición.

4.4. Conocimientos sobre lactancia materna y alimentación complementaria de las madres de niños/as menores de 2 años que asisten al Centro de Salud de la Parroquia Santa Martha de Cuba, Tulcán.

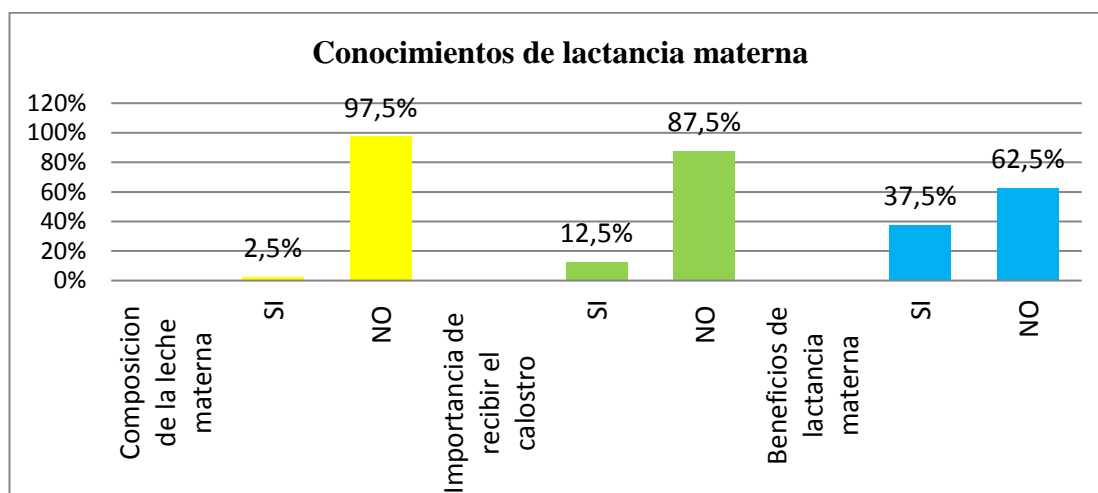
Gráfico 4. Nivel de conocimientos sobre lactancia materna y alimentación complementaria de las madres de niños menores de 2 años.



Análisis:

El 50% representa a las madres con un nivel de conocimiento alto, resultados que nos indican que estas madres brindan a sus niños una lactancia eficaz acompañada de una alimentación adecuada asegurando una buena nutrición. Sin embargo existe un 45% de madres con un nivel de conocimiento bajo por lo que dichas madres podrían no proporcionar una lactancia eficaz y alimentación de calidad a su niño, ya que no tienen conocimientos claros. Datos que coinciden con la investigación realizada por (Garayar, 2015), en Lima-Perú, sobre Conocimientos de Lactancia Materna en el cual el 57% de las madres tienen un conocimiento correcto y el 43% tienen un conocimiento incorrecto sobre lactancia materna exclusiva. Así mismo en la investigación realizada por (Castro, 2017), en Lima –Perú, sobre Conocimientos de A.C y su relación con el Estado Nutricional el 28% tienen un conocimiento alto, de la misma forma tenemos que el 32% poseen un conocimiento medio y el 40% tienen un conocimiento bajo.

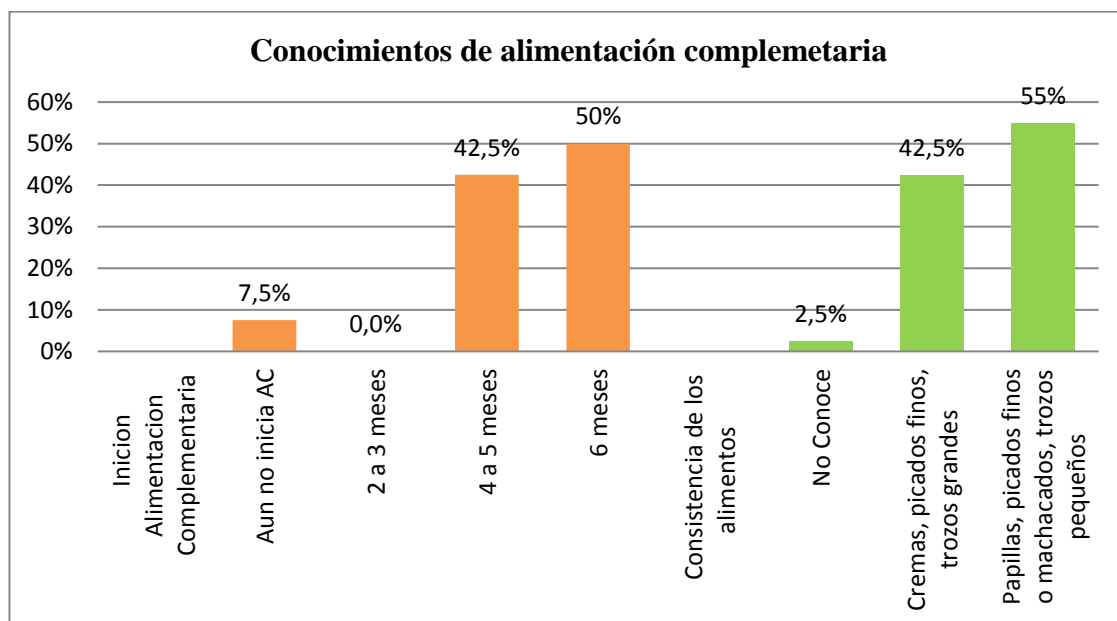
Gráfico 5. Conocimientos de lactancia materna de las madres de niños menores de 2 años.



Análisis:

El 97,5% de las madres desconocen la composición de leche materna, el 87,5 no conoce la importancia de que su hijo o hija reciba el calostro y el 62,5% desconoce los beneficios de la lactancia materna por lo que las madres presentan un nivel bajo de conocimientos acerca de estos temas y esto nos permite tener una idea de la comprensión que tienen ellas acerca de la lactancia materna. Los resultados obtenidos muestran una relación con los datos de la investigación realizada en el Centro de Salud N° 1 de la Ciudad de Tulcán provincia del Carchi Enero – Agosto 2010 en donde 42% de las madres encuestadas desconoce los beneficios que la leche materna le da a sus hijos y 71% no tienen un conocimiento básico sobre los componentes de la leche materna.

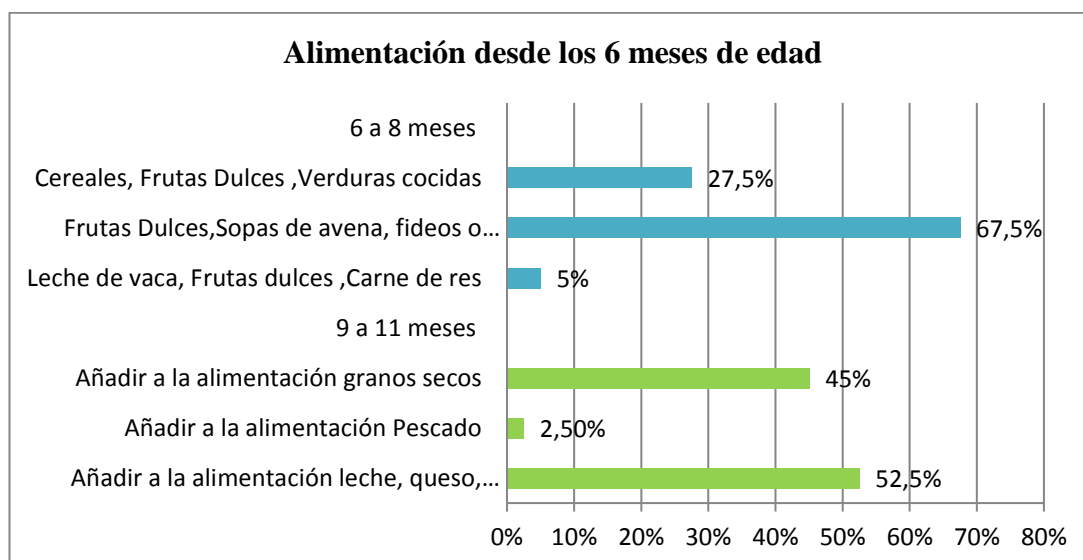
Gráfico 6. Conocimientos de alimentación complementaria de las madres de niños menores de 2 años.



Análisis:

A pesar de que el 50% de las madres aseguran que debe iniciarse la alimentación complementaria a los 6 meses, existe el 42,5% que piensa que el inicio de la alimentación debe ser entre los 4 y 5 meses de edad esto confirma el hecho de que desde muy temprana edad los niños ya están expuestos a otros alimentos o líquidos distintos a la leche materna datos que se relacionan con los encontrados en la Encuesta ENSANUT en donde casi un 50% de niños de cero y un mes ya fueron expuestos a estas prácticas y para cuando llegan al rango de 5 a 6 meses se eleva el porcentaje a un 72% . En cuanto a la consistencia de los alimentos el 55% de las madres se rige a las recomendaciones dadas por el MSP mientras 42,5 % utilizan prácticas que se contraponen a las recomendaciones del MSP.

Gráfico 7. Conocimientos de las madres sobre la alimentación de sus hijos desde los 6 meses de edad.

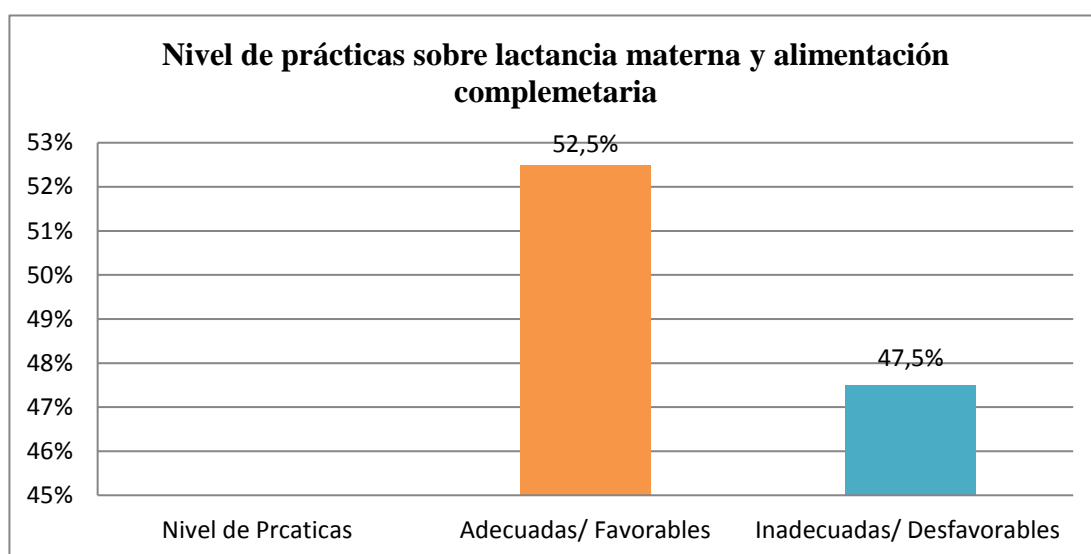


Análisis:

El 27,5% de las madres tiene un buen manejo de la alimentación complementaria y conocen los alimentos recomendados por el MSP para dar inicio a la alimentación, mientras que el 67,5% desconocen los alimentos complementarios adecuados con lo que iniciar por lo que eligen cierto tipo de alimentos que ellas creen convenientes. En cuanto a los alimentos que deben añadir a partir de los 9 meses el 45 % elige alimentos recomendados por el MSP y el 52,5% añade alimentos inadecuados como es la leche de vaca y sus derivados. Los resultados recogidos destacan el desconocimiento de más de la mitad de las madres datos que se relación con la investigación realizada en el Programa CRED de un C.S SJ.M, Lima-Perú 2015 en donde casi el 90% de las madres desconoce la inclusión de los alimentos de acuerdo a la edad, la mayoría de ellas menciona que se debe incluir los cítricos y clara de huevo desde el inicio de la alimentación al igual que las menestras, resultando esto perjudicial en el lactante ya que los alimentos se deben incluir gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, desarrollo digestivo y potencial alergénico y capacidad gástrica.

4.5. Prácticas sobre la lactancia materna y alimentación complementaria que tiene las madres de niños/as menores de 2 años que asisten al Centro de Salud de la Parroquia Santa Martha de Cuba, Tulcán.

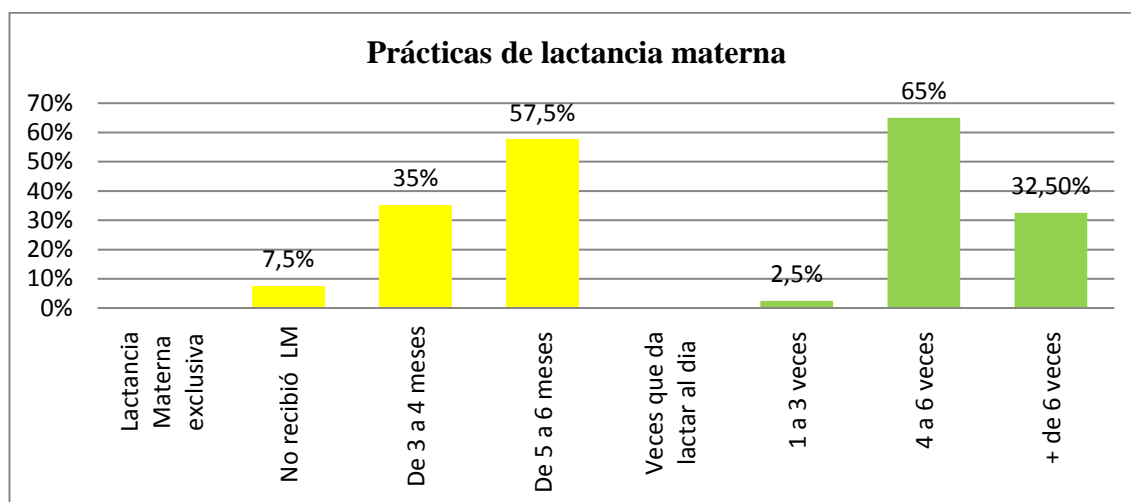
Gráfico 8. Nivel de prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria de las madres de niños menores de 2 años.



Análisis:

El 52,5% de las madres presenta un nivel adecuado de prácticas favorables de lactancia materna y alimentación complementaria garantizando la ingesta de nutrientes esenciales para mantener un estado nutricional normal, pero aún existe un 47,5 % de madres que utilizan practicas inadecuada y desfavorables para el niño que podría significar graves daños a su salud y un mayor riesgo a enfermar, pues no está recibiendo todo el aporte nutricional que debería recibir en relación a su edad. Similares resultados son reportados en la investigación realizada por (González, 2015) en Loja, sobre Prácticas de la AC donde llega a la conclusión de que el 63% de las madres encuestadas tenían una práctica adecuada aunque aún existía un porcentaje menor de madres que no cumplían con las recomendaciones.

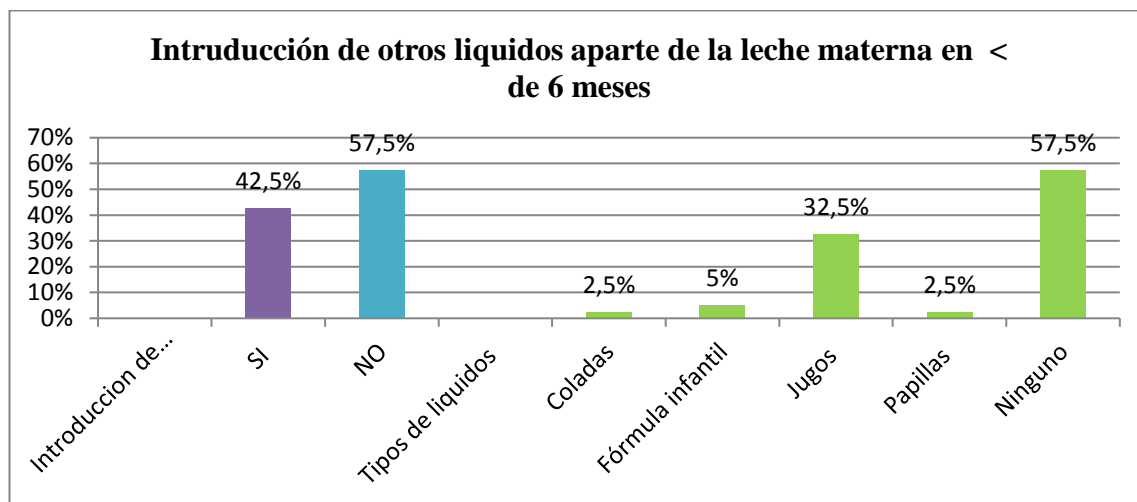
Gráfico 9. Prácticas de lactancia materna de las madres de niños menores de 2 años.



Análisis:

A pesar de que el 57,5% de las madres dio solo leche materna a sus hijos/as hasta los 5 y 6 meses aún existe un porcentaje del 35% de madres que dieron solo leche materna hasta los 3 y 4 meses, datos que se relación con los encontrados en la Encuesta ENSANUT en donde se manifiesta que hasta el mes de vida el 52,4 % de los niños se alimentan exclusivamente con leche materna pero para el grupo de 2 a 3 meses de edad la proporción de quienes se alimentaron exclusivamente con leche materna bajo 48% y entre los niños de 4 a 5 meses alcanzo solo el 34%. Con respecto a la Frecuencia con la que las madres alimentan a sus hijos el 65% lo hace de 4 a 6 veces en el día y el 32,5 % más de 6 veces al día, a pesar de que la lactancia materna es a libre demanda un bebé sano suele hacer de 6-8 tomas al día esto nos permite tener una idea de la cantidad de leche que recibe el niño y de comprensión que tienen ellas acerca de las practicas adecuadas y recomendadas por el MSP.

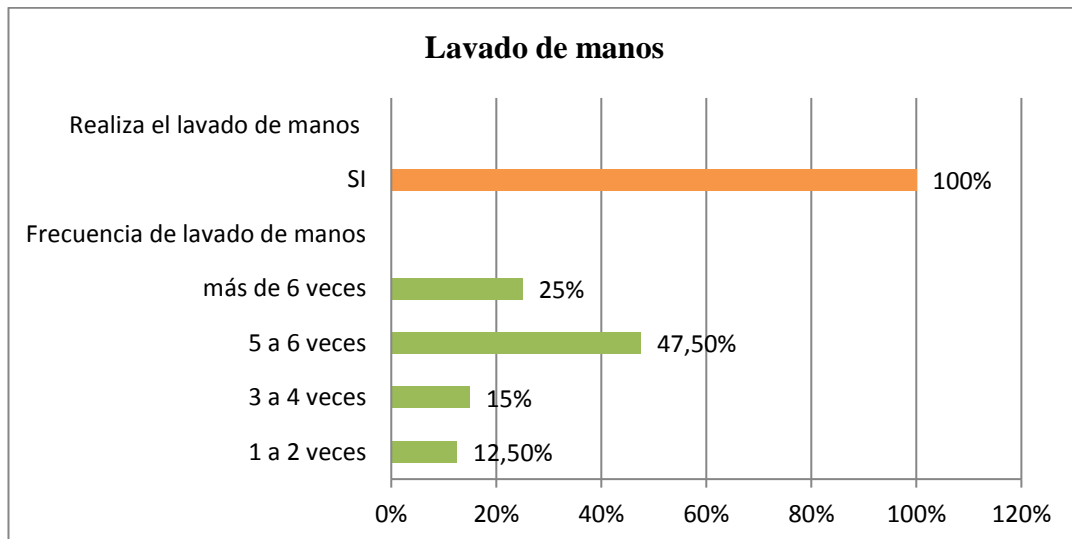
Gráfico 10, Introducción de otros líquidos aparte de la leche materna en menores de 6 meses.



Análisis:

El 57,5% de las madres encuestadas respondió no haber introducido otros líquidos aparte de la leche materna hasta los 6 meses de edad, mientras que el 42,5% si ha realizado esta práctica inadecuada que se contrapone con las recomendaciones dadas por el MSP. En cuanto a los principales líquidos a los que fueron expuestos los niños encontramos con el 32,5% jugos y con un 5% formulas infantiles. Los datos obtenidos en la investigación guardan similitud con los encontrados en la Encuesta ENSANUT en la cual casi el 50% de los niños de cero y un mes ya fueron expuestos a esta práctica, y, para cuando llegan al rango de edad de 5 a 6 meses, el 72% ya consumieron líquidos distintos. Entre los líquidos que consumieron los niños, la leche de formula ocupa el primer lugar lo que confirma que los niños a muy temprana edad ya están expuestos a otras leches.

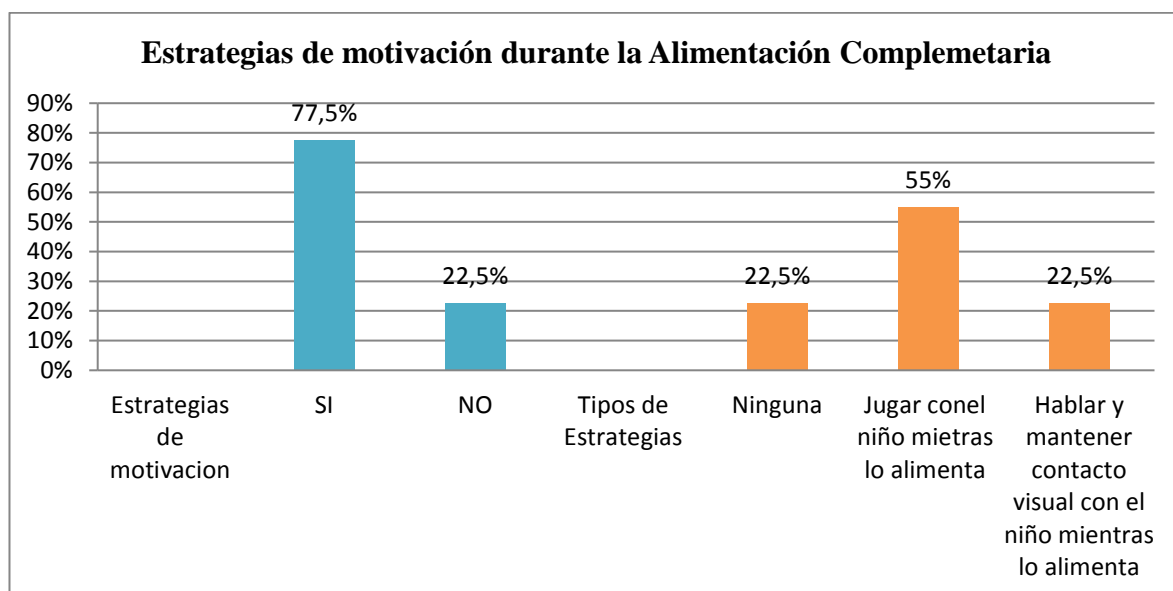
Gráfico 11. Higiene en la preparación de alimentos para niños menores de 2 años.



Análisis:

Entre las prácticas que emplean las madres de los niños/as menores de 2 años encontramos: que el 100% realiza un lavado de manos antes de preparar los alimentos. El 47,5% realiza el lavado de manos de 5 a 6 veces en el día, el 25% más de 6 veces al día y un 15% 3 a 4 veces lo que indica que la conducta y prácticas de higiene por parte de las madres son adecuadas. Estos resultados coinciden con los encontrados en la investigación realizada por (Iñiguez, 2017) en Loja, sobre el Manejo de A.C en que el 96% de los padres encuestados lava se lava las manos antes de preparar los alimentos de su hijo/a y asea a su hijo/a antes de alimentarlo.

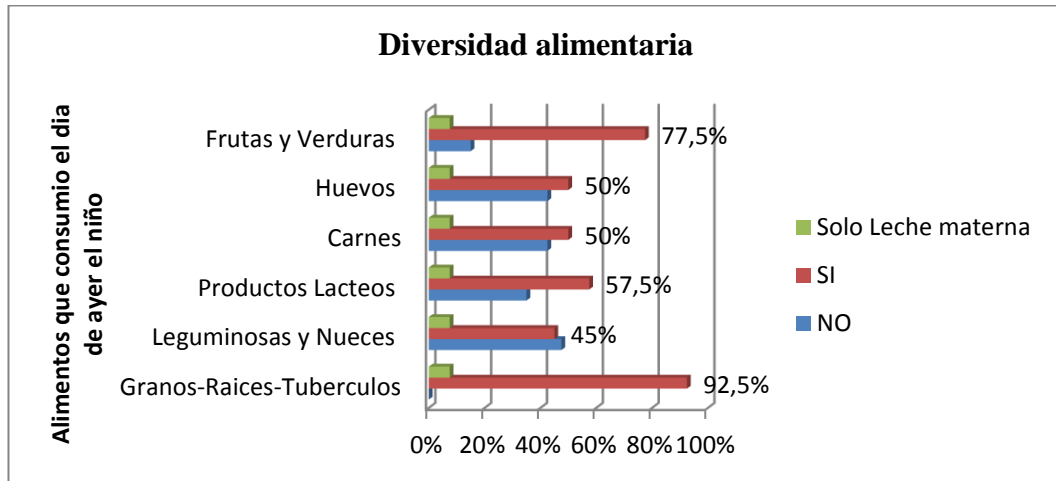
Gráfico 12. Estrategias de motivación durante la alimentación complementaria para niños menores de 2 años.



Análisis:

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. Datos que coinciden con los resultados encontrados en la investigación realizada por (Iñiguez, 2017) en Loja, sobre el Manejo de A.C donde llega a la conclusión que 78% de las madres alimentan a sus hijos de forma paciente, conversando con el niño y siempre manteniendo contacto visual.

Gráfico 13. Diversidad alimentaria en los niños menores de 2 años que asisten al Centro de Salud de la Parroquia Santa Martha de Cuba, Tulcán.



Análisis:

En cuanto a diversidad alimentaria los resultados muestran que los alimentos de mayor consumo por parte de los niños son los cereales, raíces y tubérculos con el 92,5% seguido por las frutas y verduras con el 77,5% y productos lácteos con un 57,5% lo que significa que no todos los niños pueden acceder a una gran variedad de alimentos, datos que coinciden con los encontrados en la Encuesta ENSANUT en donde los hallazgos muestran que cerca de la mitad de niños amamantados y no amamantados de 6 a 11 meses no acceden a una gran variedad de alimentos en un periodo en el que necesariamente deben familiarizarse con la textura, sabores y olores que conducen a la aceptación de una alimentación adecuada, variada y sana.

4.6. Relación del estado nutricional de los niños menores de 2 años con los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de las madres que asisten al Centro de Salud de la Parroquia Santa Martha de Cuba, Tulcán.

Tabla 5. Relación del estado nutricional con los conocimientos de lactancia materna y alimentación complementaria.

Correlación de Spearman		Estado Nutricional	Conocimientos de lactancia materna y alimentación complementaria
Estado Nutricional	Coefficiente de correlación	1,000	-,578**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	40	40
Conocimientos de lactancia materna y alimentación complementaria	Coefficiente de correlación	-,578**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	40	40

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Dado que el P-valor es menor a 0,05 (P=0,00) existe suficiente evidencia estadística para afirmar que el Estado Nutricional de los niños menores de 2 años esta relacionando con los conocimientos de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria que tiene las madres.

Por otra parte el Coeficiente de correlación de Spearman = -0,578, lo cual indica una correlación significativa fuerte, además demuestran una correlación negativa, es decir indirecta entre las variables analizadas, por lo que a menor conocimiento tengan las madres sobre lactancia materna y alimentación complementaria mayor es el riesgo de desarrollar malnutrición.

Tabla 6. Relación del estado nutricional con las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria.

Correlación de Spearman			
		Estado Nutricional	Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria
Estado Nutricional	Coefficiente de correlación	1,000	-,643**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	40	40
Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria	Coefficiente de correlación	-,643**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	40	40

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Al correlacionar mediante el Rho Spearman, las variables Estado Nutricional con las Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria obtenemos un valor de $p= 0,00$ por lo que se puede afirmar la relación significativa que existe entre las dos variables estudiadas.

De igual forma el coeficiente de Correlación Spearman = $-0,643$, lo cual indica una relación negativa de nivel moderado a fuerte, esto nos indica que entre menor sean las practicas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria mayor es el riesgo de desarrollar malnutrición.

CAPITULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- El mayor porcentaje de niños/as evaluados mediante los indicadores antropométricos (T/E, P/E, e IMC/E) se encuentran dentro de los rangos de normalidad, sin embargo, en lo que respecta al estado nutricional según el indicador longitud/Edad el 30% de niños entre 1 a 24 meses presenta baja talla, entre los primeros 6 meses el porcentaje es bajo (2,5%). A partir de los 7 meses este porcentaje va en aumento (10%) y se mantiene hasta los 18 meses, a partir de aquí va en descenso hasta los 24 meses de edad (7,5%).

Según el indicador Peso/ Edad el riesgo de desnutrición tiene un porcentaje del 12,5%. Entre 1 a 18 meses el riesgo es bajo y se mantiene (2,5%). A los 19 meses este porcentaje se eleva alcanzando un pico de 5 % hasta los 24 meses, la desnutrición global, se presenta en este caso en los niños de 19 a 24 meses (2,5%). Porcentajes que no son altos pero si representan una alerta.

Con relación al IMC/Edad podemos evidenciar que el riesgo de sobrepeso se presenta entre los 13 a 18 meses con un porcentaje de 2,5% y el sobrepeso con 5%. Los datos obtenidos con cada uno de los indicadores puede deberse a que entre los 7 a 24 meses los niños/as inician la alimentación complementaria lo que puede ser un factor que incremente el riesgo malnutrición

- El mayor porcentaje de madres están entre los 21 a 30 años de edad, la mayoría están casadas y tiene entre 1 a 2 hijos, más de la mitad ha logrado terminar la primaria y secundaria y se dedican al quehacer doméstico. El nivel de conocimientos que poseen las madres sobre lactancia materna y alimentación complementaria es alto (50%), sin embargo, existe un 45% de

madres con un nivel de conocimiento bajo por lo que dichas madres podrían no proporcionar una lactancia eficaz y alimentación de calidad a su niño, ya que no tienen conocimientos claros.

En cuanto al nivel de prácticas el 52,5% de las madres presenta un nivel adecuado de prácticas favorables de lactancia materna y alimentación complementaria; pero aún existe un 47,5 % de madres que utilizan practicas inadecuada y desfavorables para el niño que podría significar graves daños a su salud y un mayor riesgo a enfermar, pues no está recibiendo todo el aporte nutricional que debería recibir en relación a su edad.

- Hubo una correlación significativa fuerte en cuanto a las dos variables estado nutricional y los conocimientos, prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria evidenciando claramente que la prevalencia de baja talla, riesgo de desnutrición, desnutrición, riesgo de sobrepeso y sobrepeso en esta población son causas indirectas del bajo conocimiento y prácticas inadecuadas de las madres.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda a los profesionales del Centro de Salud de la parroquia de Santa Martha de Cuba realizar un seguimiento a los niños que presentaron signos o síntomas de malnutrición para que en el hogar pueda existir un mejor manejo y no haya complicaciones en el desarrollo de la enfermedad para garantizar en la medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.
- Se recomienda al personal de salud reforzar el desarrollo de más actividades y programas específicos 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, para mejorar el conocimiento y prácticas de las madres y prevenir la malnutrición porque es imprescindible que aumenten los esfuerzos para crear un equipo promotor de la lactancia materna que permita cumplir con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.
- Se sugiere socializar los resultados obtenidos en el Centro de Salud ubicado en la Parroquia de Santa Martha de Cuba, para que en base a ellos se realicen acciones fundamentales para la formación de buenos hábitos que influyen en forma definitiva en la salud y bienestar del niño/a.
- A la Carrera de Nutrición realizar más estudios como este, en otras parroquias de la provincia del Carchi debido a que la tasa de mortalidad infantil en esta provincia especialmente en el sector urbano es de un 30.9 % y en el sector rural es del 45.5% y la desnutrición crónica en niños /as menores de 5 años es de un 57.5%, y sería de gran importancia porque no existen suficiente información.

BIBLIOGRAFÍA

1. Verónica L.P. Estrategia Educativa para el cumplimiento del protocolo de inicio temprano de lactancia materna. Hospital IESS, Ambato, Ecuador. 2015. [Tesis de Medicina] Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; Enero. Disponible en <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/503/1/TUAMED044-2015.pdf>
2. Marco S.Z, Claudia H, Andry M.M, Mario D.N. Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria en Latinoamérica: revisión narrativa. Ciencias de la Salud. 2017; 19 (2): 20(28).
3. Ministerio de Salud Pública, Coordinación Nacional de Nutrición. Normas y protocolos de alimentación para niños y niñas menores de 2 años, 2013. Disponible en : http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/Alimentacion_nino_menor_2anios.pdf
4. Prefectura del Carchi. Educación y Salud. [Internet].GAD Carchi, 2016. [Consultado 17 Jul 2019]. Disponible en: <http://www.carchi.gob.ec/2016f/index.php/educacion-y-salud.html>
5. Bernardita R. Cuidados en Salud del niño y adolescentes. CEDUC 2013. Disponible en: <https://www.ceduc.cl/aula/lebu/materiales/ET/ET-220-1/CRECIMIENTO%20Y%20DESARROLLO%20LACTANTE%20A%20ADOLESCENTE.pdf>
6. Karen N.F, Leticia P. G. Evaluación nutricional y prácticas alimentarias en niños de 0 a 35 meses de edad y sus madres. El Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, Honduras. 2016.[Tesis de licenciatura] Honduras: Escuela

Agrícola Panamericana, Zamorano Honduras; Noviembre. Disponible en: <https://bdigital.zamorano.edu/bitstream/11036/5776/1/AGI-2016-T031.pdf> (8)

7. Bueno M, Sarría A. Exploración general de nutrición. En: Galdó A, Cruz M, eds. Tratado de exploración clínica en pediatría. Barcelona, Masson, 1995; 587-600. Gil A, Uauy R, Dalmau J, y Comité de Nutrición de la AEP. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. An Pediatr (Barc). 2006;65(5):481-95 .Disponible en : <http://www.henufood.com/nutricion-salud/consigue-una-vida-saludable/comer-bien-para-crecer-bien-nutricion-y-alimentacion-durante-el-crecimiento-y-desarrollo-etapa-1-lactancia-0-a-1-anos/index.html>
8. FIODM. Evaluación del estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años de las familias participantes del programa conjunto: “alianzas para mejorar la situación de la infancia, seguridad alimentaria y nutrición en totonicapán”. Julio de 2010. Tonicapán. Disponible: http://www.mdgfund.org/sites/default/files/ISAN_CASO%20DE%20ESTUDIO_Guate_Evaluacion%20Estado%20Nutricional%20Menores%205%20Anos%20Tonicapán.pdf
9. UNICEF. Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Material de apoyo para equipos de atención primaria de la salud. julio de 2012. Argentina. ISBN: 978-92-806-4642-9. Primera edición, julio de 2012. Disponible en: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
10. Resolucion_no._2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf [Internet]. [citado 27 de agosto de 2018]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no._2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf

11. Olga L.C, Ana V. T. La malnutrición infantil en niños y niñas de 0 a 5 años de los barrios la Cita, el Pite, Don Dosco y Las Brisas en la localidad de Usaquen, [Tesis de Licenciatura]. Bogota, Universidad de San Buenaventura.2008. Disponible en : <http://biblioteca.usbbog.edu.co:8080/Biblioteca/BDigital/43232.pdf>

12. Saavedra José M, Dattilo Anne M. Factores alimentarios y dietéticos asociados a la obesidad infantil: recomendaciones para su prevención antes de los dos años de vida. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2012 Jul [citado 2018 Ene 26] ; 29(3): 379-385. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000300014&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000300014&lng=es)

13. Aurora L.A, Benjamín M.M. Alimentación del lactante sano.2012. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_lactante.pdf.](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_lactante.pdf)

14. Gamboa D Edna Magaly, López B Nahyr, Prada G Gloria Esperanza, Gallo P Kelly Yanitze. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2008 Mar [citado 2018 Ene 26] ; 35(1): 43-52. Disponible en: Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000100006&lng=es

15. Brahm Paulina, Valdés Verónica. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2017 [citado 2019 Abr 29] ; 88(

- 1): 07-14. Disponible en:
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001&lng=es.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001&lng=es) <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>.
16. Dunia A. M, Jacqueline B. B, Maikel M., Margarita P.N, Lisset O. A. Lactancia materna en puérperas con estimulación acupuntural. MEDISAN 2014; 18(10):1325 Disponible en :
[http://bvs.sld.cu/revistas/san/SAN%2018\(10\)/PDF/san031810.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/SAN%2018(10)/PDF/san031810.pdf)
17. Valdés, V, and A. Pérez. "Fisiología de la glándula mamaria y lactancia." UNICEF Chile (2015). Disponible en:
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod02/FISIOLOGIA%20DE%20LA%20GLANDULA%20MAMARIA%20Y%20LACTANCIA.pdf>
18. García L. Composición e inmunología de la leche humana. *Acta pediátrica de México*, 2011, vol. 32, no 4, p. 223-230. Disponible en :
<http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm114f.p>
19. MSP, Betzabe . T, Patricia. G, Roció. C, Alexandra. M. Paso a paso por una infancia plena. Segunda Edición: Quito, Ecuador; 2016.
20. Martha Gómez. F. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria, Noviembre 2018. Disponible en :
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf

21. Hernández Aguilar MT. Alimentación complementaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 249-56. Disponible en : <https://www.aepap.org/sites/default/files/complementaria.pdf>
22. Cuadros-Mendoza CA, Vichido-Luna MA, Montijo-Barrios E, Zárate-Mondragón F. Actualidades en Alimentación Complementaria. Acta Pediatr Mex. 2017 may;38(3):182-201. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v38n3/2395-8235-apm-38-03-0182.pdf>
23. GAD de Santa Martha de Cuba. Actualización del plan de Desarrollo y ordenamiento Territorial de la parroquia rural De Santa Martha de Cuba 2014-2019. Disponible en: http://app.sni.gob.ec/snmlink/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdiagnostico/0460022370001_PDOT_26-10-2015_09-51-47.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



Universidad Técnica del Norte

Facultad Ciencias de la Salud

Carrera de Nutrición y Salud Comunitaria

TEMA: Relación del estado nutricional de los niños menores de 2 años con los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de las madres que asisten al centro de salud N° 1 de la parroquia Santa Martha de Cuba, Tulcán 2018.

Respetable Señora:

Por este medio, se le solicita su valiosa colaboración y apoyo, para llevar a cabo una investigación, en la que se determinarán cual es la relación del estado nutricional de los niños menores de 2 años con los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de las madres que asisten al Centro de Salud de la parroquia Santa Martha de Cuba.

Su apoyo consiste responder una encuesta y de manera voluntaria permitir que su hijo o hija sea pesado y tallado. Su participación será de mucha utilidad para recopilar información que luego servirá para dar a conocer los resultados de esta investigación.

Su participación es voluntaria, en caso de presentar alguna incomodidad durante la prueba, puede solicitar no continuar más. Si surge alguna duda, puede solicitar que durante 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

Fecha:.....

Encuesta

Objetivo: Identificar los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria que tienen las madres de niños/as menores de 2 años.

Instrucción: Dicha encuesta se realizará a las madres de niños menores de 2 años que asisten al centro de salud N°1 de la Parroquia de Santa Martha de Cuba.

Nombre y Apellido de la madre:..... **ID:**.....

Elija el ítem que usted crea verdadero según sus conocimientos, coloque un visto o una X

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1) Edad de la madre:.....años.

2) Número de hijos:.....

3) ¿Cómo se Autoidentifica usted?

a. Afro- ecuatoriano

b. Mestizo

c. Indígena

4) Nivel de instrucción

- a. Ninguno b. Primaria c. Primaria incompleta
 d. Secundaria e. Secundaria incompleta f. Tercer Nivel
 g. Tercer nivel incompleto

5) Ocupación de la madre

- a. Empleado Publico b. Empleado Privado
 c. Quehaceres Domésticos d. Agricultor
 e. Artesano Otros.....

6) Estado civil

- a. Soltera b. Casada
 c. Divorciada d. Unión Libre
 e. Viuda

EVALUACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO/A MENOR DE 2 AÑOS

Nombre del Niño/a:.....

ID:Fecha de nacimiento:.....

Edad:.....Sexo del niño/a:.....

Indicadores antropométricos

Peso:.....(kg) Longitud o Talla:.....(cm)

IMC:.....(kg/m²)

CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

7) Considera que sus conocimientos sobre lactancia materna son:

- a. Insuficientes b. Buenos c. Muy Buenos

8) ¿Conoce usted de que está compuesta la leche materna?

- a. SI b. NO

9) ¿Conoce la importancia de que su hijo o hija reciba el calostro, que es la leche amarilla que baja al inicio de la lactancia?

- a. Si Cuál.....
- b. No

10) ¿Por qué la leche materna es suficiente para bebés 0-6 meses, elija una respuesta?

- a. Porque la leche materna proporciona todos los nutrientes y líquidos que un bebé necesita durante los primeros seis meses de vida.
- b. Porque los bebés aún no digieren otros alimentos antes de los seis meses.
- c. Porque fortalece el vínculo afectivo madre e hijo.
- d. Porque así lo dicen las recomendaciones dadas por la OMS.
- e. No es suficiente porque existen otros alimentos que pueden sustituir la leche materna.

11) ¿Conoce usted cuales son los Beneficios de la lactancia materna para su bebé?

- a.SI Coloque uno de ellos.....
- b. NO

12) ¿Cuándo tiene algún problema como es: el que su leche se haya secado y no pueda amamantar a su hijo a quien pide ayuda?

- a. Al Profesional de salud b. Otros (Especifique a quien).....
- c. No sabe a quién dirigirse.

PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA

13) ¿Hasta qué edad usted dio solo leche materna a su hijo/a?

.....

14) ¿Cuántas veces al día usted da de lactar a su bebe?

1 a 3 veces en el día 4 a 6 veces en el día de 6 veces en el día

15) ¿Usted Amamanto ayer a su bebe en:

En el día

En la noche

16) ¿En qué posición suele usted amamantar a su hijo?

a. Sentada en una silla, con la espalda recta y los pies apoyados.

b. Acostada de lado en la cama.

c. No importa la posición, siempre que la madre y el niño estén cómodos.

d. La madre debe estar con hombros tensos e inclina sobre el bebé.

e. El Cuerpo del bebé debe estar separado de la madre y ella no debe mirarlo a los ojos.

17) ¿Quién alimenta al niño/a cuando la madre no se encuentra?

a. El padre b. El tío c. Los abuelos d. Los Hermanos

d. Otros (Especifique quienes)

18) ¿Qué tipo de alimentación recibe el niño cuando la madre sale de casa?

a. Leche materna en biberón, cuchara o taza

b. Leche de formula en biberón, cuchara o taza.

c. Coladas

d. Otros líquidos (Cuales).....

19) ¿Usted ha introducido otros líquidos aparte de la leche materna?

a. **SI (subraye cual introdujo)**

Agua pura

Fórmula infantil

Leche tales como leche enlatada, animal en polvo o fresco

Jugo o bebidas de jugo

Papilla de avena (cereales)

b. NO

CONOCIMIENTOS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

20) ¿A qué edad exactamente usted inicio con la alimentación complementaria?

21) ¿Conoce la importancia de la alimentación complementaria?

a. SI

Cual: -----

b. NO

22) ¿La alimentación del niño/a cambia a lo largo del primer año, a partir 6 meses hasta los 12 meses como cree que debería ser la consistencia de los alimentos?

23) Con que alimentos o tipos de alimentos se debe iniciar la alimentación, elija el orden correcto de alimentos:

6 a 8 meses

a. (1) Frutas Dulces- (2) Cereales (arroz, maíz o quinua- (3) sopas espesas de avena, fideos o cebada -(4) Verduras cocidas -(5) Carne de res o pollo.

b. (1) Cereales (arroz, maíz o quinua)- (2) Frutas Dulces – (3) Verduras cocidas- (4) sopas espesas de avena, fideos o cebada- (5) Carne de res o pollo.

c. (1) Leche de vaca-(2) Frutas dulces -(3) Carne de res-(4) Verduras cocidas- (5) sopas espesas de avena, fideos o cebada

9 a 11 meses se debe:

a. Añadir a la alimentación granos secos.

b. Añadir a la alimentación Pescado

c. Añadir a la alimentación leche, queso, yogurt.

24) ¿Conoce que alimentos no se deben introducir al iniciar la alimentación complementaria del niño/a?

a. Sal, condimentos, endulzantes. b. Alcohol, gaseosas, pasteles, conservas.

c. Embutidos, carne molida, mariscos. d. Todas las anteriores son correctas.

Porque.....

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

25) ¿Usted realiza el lavado de manos antes de preparar los alimentos que se va servir el niño/a?

a. SI b. NO c. A veces

Cuantas veces al día lo hace:.....

26) Usted utiliza estrategias para motivar la alimentación del niño/a

a. SI

¿Cuáles?.....

b. NO

27) ¿Cuántas veces comió el niño/a alimentos, es decir las comidas y meriendas que no sean líquidos, ayer?

a. Número de veces

|__| |__|

28) ¿El día de ayer qué alimentos consumió el niño/a durante todo el día?:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Universidad Técnica del Norte

Facultad Ciencias de la Salud

Carrera de Nutrición y Salud Comunitaria

VIGILANCIA DE CRECIMIENTO DE MENORES DE DOS AÑOS

PROVINCIA: CANTÓN: PARROQUIA:

UNIDAD DE SALUD:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS (NIÑOS)	SEXO	FECHA NACIMIENTO	MES:					
				Edad	Peso	Talla	P/E	T/E	IMC/E
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									

17									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo 3: Fotografías



RELATION OF THE NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN UNDER 2 YEARS OF AGE WITH KNOWLEDGE OF BREASTFEEDING AND COMPLEMENTARY FEEDING PRACTICES IN MOTHERS ATTENDING THE HEALTH CENTRE N°1 OF THE SANTA MARTHA DE CUBA PARISH , TULCAN, 2018.

Author: Fuertes Arteaga Saskia Cristina

Mail: scfuertesa@.edu.ec

ABSTRACT

The objective of this research was to identify the knowledge and practices of breastfeeding and complementary feeding of mothers relating it to the nutritional status of children under 2 years in the Santa Martha de Cuba Health Center, Tulcan. This study is of a non-experimental design with a quantitative approach. Surveys were designed, validated and applied in order to obtain data to fulfill the proposed objectives. The data were analyzed in the statistical software SPSS, Rho Spearman then a correlation test was applied. Results: According to the Height/Age indicator, 30% of children between 1 and 24 months were short; according to the Weight/Age indicator, the risk of malnutrition has a percentage of 12.5%; overall malnutrition occurs in children between 19 and 24 months (2.5%). In relation to BMI/Age, the risk of overweight is between 13 and 18 months with a percentage of 2.5% and overweight with 5%. With regard to knowledge and practices of breastfeeding and complementary feeding it was observed that 50% of mothers have a high knowledge and 52.5% an adequate level of practices, however, there are 45% with a low level of knowledge and 47.5% use unsuitable practices for the child. It is therefore demonstrated that there is a statistically significant relationship $p=0.00$ between the two variables, showing that the less knowledge and appropriate practices of breastfeeding and complementary feeding of mothers, the greater the risk for children to develop malnutrition is.

Keywords: Nutritional Status, Knowledge and breastfeeding and complementary feeding practice.

Victor
RE



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS FINAL...1.pdf (D54494907)
Submitted: 7/19/2019 9:18:00 PM
Submitted By: cavelasquez@utn.edu.ec
Significance: 4 %

Sources included in the report:

MARCO TEORICO 2 NANCY.docx (D40998356)
MARCO TEORICO NANCY.docx (D40857152)
1A_FLORES_JARA_KELY_JANETT_TITULO_PROFESIONAL_2019.docx (D49334687)
Tesis final leo.pdf (D54470552)
TESIS 31 DE MAYO GRADO.docx (D53162342)
<http://www.carchi.gob.ec/2016f/index.php/educacion-y-salud.html>
http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
<https://www.aepap.org/sites/default/files/complementaria.pdf>
eb8914f2-9690-4973-98a0-a746b458456f

Instances where selected sources appear:

15

Ibarra, a los 24 días del mes de julio del 2019.

Lo certifico:

(Firma): 

Msc. Palacios De Jesús, Sandra Magaly

C.C: 1002326435

DIRECTORA DE TESIS