



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA; ALIMENTACIÓN  
COMPLEMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO  
NUTRICIONAL EN MENORES DE UN AÑO EN EL SUBCENTRO  
DE SALUD DE YARUQUIES, PROVINCIA DE CHIMBORAZO  
2015.**

**TESIS DE GRADO**

**Previo a la obtención del Título de:**

**NUTRICIONISTA DIETISTA**

**A**

**RIOBAMBA – ECUADOR  
2015**

## **CERTIFICADO**

La presente investigación fue revisada y se autoriza su publicación.

Dra. Susana Heredia  
**DIRECTORA DE TESIS**

## **CERTIFICACIÓN**

El tribunal de tesis certifica que, el trabajo de investigación Prácticas de Lactancia Materna; Alimentación Complementaria y su Relación con el Estado Nutricional en Menores de un año en el Subcentro de Salud De Yaruquíes, Provincia de Chimborazo 2015, de responsabilidad de Eliza Janeta Londo, ha sido revisada y se autorizada su publicación.

---

Dra. Susana Heredia  
**DIRECTORA DE TESIS**

---

Dra. María de los Ángeles Rodríguez  
**MIEMBRO DE TESIS**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco profundamente a Dios, a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública, Escuela de Nutrición y Dietética por la oportunidad que me dieron para cursar mis estudios, y a los docentes por su gran humanismo y capacidad científica que tuvieron la maravillosa misión de educar. A la Dra. Susana Heredia Directora de Tesis; a la Dra. María de los Ángeles Rodríguez Miembro de Tesis y a todas las personas que me ayudaron en la realización de esta investigación.

¡Por todo muchas Gracias!

**ELIZA**

## **DEDICATORIA**

A Dios por la sabiduría y el conocimiento recibido, a mi familia por brindarme su paciencia, especialmente a mi hermano José por su apoyo y sacrificio incondicional al iniciar y terminar mi carrera profesional de manera satisfactoria.

## RESUMEN

La investigación fue un diseño descriptivo, de tipo transversal, no experimental, para determinar las prácticas de lactancia materna; alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en menores de un año en el Subcentro de salud de Yaruquíes. La población estuvo conformada por 99 niños y niñas menores de un año, se aplicó una encuesta y se tabularon los datos mediante el programa, OMS Antro y JMP 5.1. De los resultados: características generales de la madre y del niño/a; el nivel de educación el 37,4% tienen primaria, el 29,3% secundaria, el 22,2% ninguno y solo el 11,1% educación superior; Etnia el 72,7% son mestizas y el 27,3% son madres indígenas. Según sexo de los niños/as el 50,5% son hombres y un 49,5% mujeres. El estado nutricional, el 81,8% de los niños y niñas se encuentra con un IMC/E normal, el 16,2% con sobrepeso, el 2,0%, con obesidad. Las prácticas de lactancia materna solo el 23,2% recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y 76,8% iniciaron la alimentación complementaria a partir de los 4 meses. Se concluye que existe relación entre las prácticas de alimentación complementaria (frecuencia de alimentación) y el estado nutricional (T/E). Se recomienda realizar programas educativos a las madres en prácticas adecuadas de lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, higiene y preparación de los alimentos.

**Palabras claves:** Estado nutricional, Lactancia Materna, Alimentación Complementaria

## ABSTRACT

The present paper was a descriptive research design, a cross-sectional study, non-experimental design, to determine breastfeeding practice; supplementary feeding and its relation with the nutritional status of children under one-year-old in Yaruquies Health sub-center. The population was made up by 99 boys and girls under one-year-old, a survey way applied and data were tabulated with the OMS Antro and JMP 5.1 software. From these results: General characteristics both the mother and the boy/girl; The level education 37,4% have primary education, 29,3% have secondary education, 22,2% none and only 11,1% higher education, Ethnicity 72,7% are mixed-race and the 27,3% are indigenous mothers, By gender 50,5% are boys and 49,5% are girls. The nutritional status, 81,8% from boys/girls are found with a normal BMI/A,16,2% with overweight, 2,0% with obesity, the breastfeeding practices only 23,2% are exclusively breastfed until 6 months and 76% started with a supplementary feeding started from 4 months. It concluded that there is a relation between supplementary feeding practice (feeding frequency) and the nutritional status (H/A). It is recommended to develop educational programs to the mothers in exclusively best breastfeeding practice, supplementary feeding also hygiene and food preparation.

**Key words:** Nutritional status, Breast feeding, Complementary feeding.

## INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
----------------------	---

<b>II. OBJETIVOS</b> .....	3
<b>A. GENERAL</b> .....	3
<b>B. ESPECÍFICO</b> .....	3
<b>III. MARCO TEÓRICO</b> .....	4
<b>A. LACTANCIA MATERNA</b> .....	4
1. Fisiología de la lactancia materna.....	4
2. El calostro .....	5
3. Riesgos de la alimentación artificial .....	5
4. Ventajas de la leche materna .....	6
5. Composición de la leche materna .....	6
6. Posiciones de amamantamiento.....	7
<b>B. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA</b> .....	7
1. Definición.....	7
2. Prácticas de Alimentación complementaria .....	8
3. Las bases fisiológicas para iniciar la alimentación complementaria .....	8
4. Riesgos de iniciar la alimentación complementaria temprana o tardíamente. ....	9
5. Grupos de alimentos y características.....	10
6. Cantidad, consistencia y frecuencia de la alimentación complementaria. ....	12
7. Las prácticas de higiene en la preparación de los alimentos .....	13
<b>C. ESTADO NUTRICIONAL</b> .....	13
1. La antropometría .....	14
1) Medición del peso .....	14
2) Medición de la longitud corporal .....	15
<b>D. RELACIÓN ENTRE VARIABLES</b> .....	16
1. El peso para la edad .....	16
2. La longitud para la edad.....	16
3. El peso para la longitud.....	17
4. El IMC para la edad .....	17
<b>IV. METODOLOGÍA</b> .....	18
<b>A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORIZACIÓN</b> .....	18
<b>B. VARIABLES</b> .....	18

<b>1. Identificación de variables</b> .....	18
<b>2. Definición de las variables</b> .....	18
<b>A. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	26
<b>B. POBLACIÓN, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO</b> .....	27
<b>C. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</b> .....	27
<b>V. HIPÒTESIS</b> .....	29
<b>VI. RESULTADOS</b> .....	30
<b>VII. CONCLUSIONES</b> .....	58
<b>VIII. RECOMENDACIONES</b> .....	59
<b>X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	60
<b>XI. ANEXOS</b> .....	63

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	PÁG.
Gráfico N° 1	Distribución porcentual de los niños y niñas según edad (meses)	32
Gráfico N° 2	Distribución porcentual de los niños y niñas según sexo	33
Gráfico N° 3	Estado nutricional de los niños y niñas menores de un año según el indicador P/LONG	34
Gráfico N° 4	Estado nutricional de los niños y niñas menores de un año según el indicador P/E	36
Gráfico N° 5	Estado nutricional de los niños y niñas menores de un año según el indicador LONG/E	38
Gráfico N° 6	Estado nutricional de los niños y niñas menores de un año según el indicador IMC/E.	40
Gráfico N° 7	Distribución porcentual de la población en estudio; según lactancia materna exclusiva.	41
Gráfico N° 8	Distribución porcentual de la población: según tipo de alimentación que actualmente le da a su niño/a.	43
Gráfico N° 9	Distribución porcentual de la población: qué edad tenía el niño/a cuando inició la alimentación complementaria.	44
Gráfico N° 10	Relación entre el Dg P/LONG actualmente brinda lactancia materna.	47
Gráfico N° 11	Relación entre el Dg. P/LONG y cuál es la cantidad de alimentos que actualmente consume el niño/a.	49
Gráfico N° 12	Relación entre el Dg. P/LONG con qué frecuencia se alimenta el niño/a actualmente.	51

Gráfico N° 13	Relación entre el Dg. P/LONG y como es la consistencia de la alimentación del niño/a	53
Gráfico N° 14	Relación entre el Dg. LONG/E cuál es la cantidad de alimentos que actualmente consume el niño/a.	54
Gráfico N° 15	Relación entre el Dg. LONG/E con qué frecuencia se alimenta el niño/a actualmente.	56
Gráfico N° 16	Relación entre el Dg. LONG/E y el cómo es la consistencia de la alimentación del niño/a.	58
Gráfico N° 17	Relación entre el Dg. IMC/E y actualmente brinda lactancia materna.	59
Gráfico N° 18	Relación entre el Dg. IMC/E y cuál es la cantidad de alimentos que actualmente consume el niño/a.	60
Gráfico N° 19	Relación entre el Dg. IMC/E con qué frecuencia se alimenta al niño/a actualmente.	62
Gráfico N° 20	Relación entre el Dg. IMC/E y cómo es la consistencia de la alimentación del niño/a.	64
Gráfico N° 21	Relación entre el Dg. IMC/E y preparaciones que consumen frecuentemente los niño/as.	65

### ÍNDICE DE TABLAS

ITEM	DESCRIPCIÓN	PÁG.
Tabla No. 1	Distribución porcentual de la población en estudio según características generales de las madres y los niño/as menores de un año.	30
Tabla No.2	Distribución porcentual de la población en estudio según prácticas de lactancia materna.	42
Tabla No.3	Distribución porcentual de la población en estudio según prácticas de alimentación complementaria	45

## I. INTRODUCCIÓN

Más de dos tercios de mortalidad, a menudo se relacionan con prácticas inadecuadas de alimentación, que ocurren durante el primer año de vida. Durante los primeros cuatro meses de vida las madres de todo el mundo alimentan exclusivamente solo con leche materna, en cambio la alimentación complementaria suele comenzar demasiado pronto o demasiado tarde, y los alimentos con frecuencia son nutricionalmente inadecuados e insalubres, afectando de esta manera al estado nutricional de los niño/as **(1)**

En Ecuador, según el informe final de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e infantil realizada en el 2012 indica que en nuestro país el 43,8% de niños menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva. La prevalencia de la lactancia materna exclusiva es mayor en el área rural (53,9%) que el área urbana (39,6%). El porcentaje de niños y niñas que reciben lactancia es mayor en la región andina (52,9%) que en la costa (25,4%). El 71,6% de madres indígenas amamantan a sus hijos, mientras que solamente el 34,5% de madres mestizas dan de lactar a sus hijos. Las prácticas de alimentación complementaria en el país el 60-79% de los niños y niñas entre los 6 a 9 meses de edad reciben alimentos complementarios oportunos para esa edad. A pesar de la observancia de esta recomendación, la introducción de la alimentación complementaria ocurre más temprano de lo recomendado. El 18.4% de los menores de 6 meses reciben sólo lactancia predominante. Sólo el 58% de los menores de 6 meses reciben algún tipo de

lactancia, el resto no está siendo amamantado o recibe otros alimentos no recomendados para la edad. **(2,3)**

Las prácticas alimentarias inadecuadas y las creencias que la madre tenga sobre la alimentación complementaria de su hijo puede afectar negativamente al estado nutricional, por eso es importante recalcar la relevancia de aquellas prácticas protectoras que pueden ser reforzadas y sobre las cuales es de suma importancia trabajar cuando se realiza una intervención a esta población vulnerable. **(4)**

En el Subcentro de Salud de Yaruquies, ciudad de Riobamba, Provincia de Chimborazo no existen estudios o estadística que indiquen sobre los Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria relacionada con el estado nutricional en los niños menores de un año, por lo que es necesario evaluar estos aspectos en nuestro medio, para así identificar las malas prácticas de lactancia materna, alimentación complementarias que puede afectar al estado nutricional del infante, mediante el estudio que se va a realizar, se generara información que permita a la unidad de salud conocer sobre la problemática que exista en los usuarios que son atendidos en dicho establecimiento y busquen estrategias, para solucionar los problemas encontrados.

## **II. OBJETIVOS**

### **A. GENERAL**

Determinar las prácticas de lactancia materna; alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en menores de un año en el Subcentro de salud de Yaruquíes, Provincia de Chimborazo.

### **B. ESPECÍFICO**

- Identificar las características generales de la madre y de los niño/as menores de un año.
- Evaluar el estado nutricional de los niños/as.
- Identificar las prácticas de lactancia materna.
- Identificar las prácticas de alimentación complementaria.

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **A. LACTANCIA MATERNA**

La OMS y la UNICEF recomiendan una alimentación óptima para los niño/as tal como se encuentran establecidas en la estrategia mundial, estos son: Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses sin recibir ningún otro tipo de líquidos o sólidos, ni agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos y la otra estrategia es iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura a los 6 meses de edad manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más. **(5)**

En los últimos años el interés por la lactancia materna ha crecido, pero ha surgido una controversia a nivel publicitario de reemplazar la leche materna por biberones, y los sustitutos de la leche materna son promocionados por parte de las compañías multinacionales a gran escala, siendo los más afectados los menores de dos años y las consecuencias de este cambio del pecho al biberón se observarán especialmente en las familias pobres de África, Asia y América Latina, por lo que hay que dar a conocer que ningún sustituto de leche puede compararse con la leche de la madre. **(6)**

##### **1. Fisiología de la lactancia materna.**

La leche materna se produce cuando el niño/a mama bien, de esta manera los nervios del pezón mandan el mensaje al cerebro de la madre que su hijo/a quiere leche y el cerebro responde ordenando la producción de una sustancia llamada

prolactina esta hace que la leche se comience a formar en los alvéolos y para que la leche baje de los alvéolos al pezón el cerebro hace producir otra sustancia llamada oxitocina por lo que si el niño/a no mama bien, no recibe la madre el suficiente estímulo adecuado y no produce leche y ellos tendrán deficiencias nutricionales sino lactan adecuadamente según lo que requieran. **(7)**

## **2. El calostro**

El calostro, tiene todos los elementos necesarios para nutrir al niño/a desde su nacimiento, es la primera leche que produce la madre inmediatamente después del parto, tiene vitamina A y otros micronutrientes que los protege contra infecciones y otras enfermedades que son necesarios desde el nacimiento de los mismos. **(7)**

## **3. Riesgos de la alimentación artificial**

### **a. Los riesgos de la alimentación mixta**

Antes de los 6 meses al dar otros alimentos diferentes a la lactancia materna puede aumentar la posibilidad de que sufra diarreas y otras enfermedades infecciosas, esta una práctica que produce riesgos para la salud del lactante. **(8)**

### **b. Los riesgos de la alimentación artificial**

Si no hay una lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño/a y si no se continúan hasta los dos años recomendados de lactancia materna y en lugar de ello se reemplazan con sucedáneos de leche materna u otras leches comerciales, esto puede conllevar a sufrir riesgos de

enfermedades adicionales, incluso terminar en la muerte, especialmente cuando las enfermedades son graves. **(8)**

#### **4. Ventajas de la leche materna**

La leche materna contiene factores inmunitarios específicos e inespecíficos que apoyan y refuerzan los factores inmunitarios del recién nacido, además contienen los aminoácidos que ayuda a un buen desarrollo cognitivo de los niño/as que se da en los dos primeros años de vida, además ayuda a prevenir el asma en la infancia, los protege contra infecciones respiratorias como la bronquitis y neumonía, previene la otitis media, la diarrea, el cólera, la desnutrición, la diabetes juvenil y otras enfermedades que pueden surgir en esta etapa. **(7)**

#### **5. Composición de la leche materna**

La leche materna aporta 70 kcal/100g, contiene un 60% de proteínas del suero y un 40% de caseína, aminoácidos taurina y cistina, lactosa aporta un 42% de las calorías de la leche materna, los lípidos proporcionan el 50% de las calorías de la leche materna. El ácido oleico mono insaturado es el ácido graso predominante, el ácido linoleico un ácido graso esencial, aporta el 4% de las calorías de la leche materna, el colesterol de la leche materna es de 10-20mg/dl, contiene además Vitaminas A, E, D y de hierro tiene una pequeña cantidad de 0,3 mg/l se absorbe cerca del 50% del hierro, tiene mayor biodisponibilidad de

Cinc, Calcio, fosforo, flúor, Sodio, Potasio, con una osmolaridad de 286mOsm/Kg. **(9)**

## **6. Posiciones de amamantamiento**

Una posición adecuada de amamantamiento ayuda a una buena producción de la leche materna, de la misma manera evita que se lastimen los pezones y el cansancio que puedan tener las madres, las siguientes posiciones son:

- a. La posición sentada: Esta posición debe ser la más adecuada para amamantar a los niño/as, debe apoyar la espalda sobre un buen respaldar y para estar lo más cómoda posible.
- b. La posición sandía o debajo del brazo: Es una buena posición para las madres que hayan tenido una cesárea y para amamantar a los niño/as gemelos.
- c. La posición acostada: Es una de las posiciones más cómodas que la madre puede optar ya sea después del parto a la hora de la siesta o por la noche.

**(7)**

## **B. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

### **1. Definición.**

La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando el consumo de la leche materna exclusiva ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los niño/as, por lo que se debe agregar otros

alimentos diferentes a la leche materna y se recomienda continuar con la lactancia hasta los dos años de edad. **(7)**

## **2. Prácticas de Alimentación complementaria**

Según Brown en el año 2007, para alimentarse adecuadamente los niño/as ya nacen con reflejos que los preparan para alimentarse exitosamente, estos reflejos incluyen la búsqueda, el girado de la cabeza, la apertura de la boca, el acoplamiento, la deglución y la coordinación entre la respiración y la deglución, además los niños nacen con mecanismos de regulación de ingesta de alimentos que se ajustan con el tiempo de acuerdo con el desarrollo de los niños y niñas.

## **3. Las bases fisiológicas para iniciar la alimentación complementaria**

A los 6 meses de edad los niño/as ya han alcanzado la madurez neurológica, gastrointestinal, inmunológica y consiguientemente demanda un aumento de los requerimientos energéticos y de otros nutrientes. Por otro lado la leche humana por sí sola ya no alcanza a cubrir los requerimientos nutricionales para sostener un crecimiento y desarrollo adecuados en esta etapa, por lo tanto este es el momento óptimo para iniciar la alimentación complementaria y para iniciar la alimentación complementaria tenemos las siguientes bases fisiológicas: **(10)**

- a. **En la madurez neurológica:** para la introducción de la alimentación complementaria se da, cuando hay un desarrollo psicomotor de masticación, de deglución, de desaparición del reflejo de extrusión, de sentarse con apoyo, de sostener la cabeza y parte del tórax.

- b. **La madurez digestiva:** se produce cuando hay producción adecuada de las enzimas digestivas, es cuando se hace presente la amilasa pancreática, la mucosa intestinal tiene una permeabilidad menor a moléculas de gran tamaño, es allí cuando existe una inmunotolerancia digestiva eficaz para la alimentarse.
- c. **En la Madurez renal:** los niño/as a los cuatro meses de edad ya ha alcanza una filtración glomerular que les permite una mayor tolerancia para el manejo del agua y solutos, en cambio a los seis meses de edad el riñón de ellos adquiere madurez para manejar los metabolitos productos de los nutrientes de minerales y proteínas. **(10)**

#### **4. Riesgos de iniciar la alimentación complementaria temprana o tardíamente**

##### **a. Los riesgos cuando se inicia tempranamente la alimentación complementaria**

Cuando la lactancia materna va disminuyendo provoca que el niño/a no alcance sus requerimientos nutricionales necesarios, especialmente cuando las madres ofrecen alimentos de bajo contenido energético, esto conlleva a una malnutrición por déficit. También hay riesgo de padecer diarreas, debido a que los alimentos complementarios preparados inadecuadamente pueden ser vehículos de agentes infecciosos, esto puede incrementar el riesgo de padecer alergias, debido a la mayor permeabilidad de la mucosa intestinal e inmadurez inmunológica

**b. Los riesgos de la alimentación complementaria cuando se inicia tardíamente.**

En los niños puede haber disminución de la velocidad de crecimiento, deficiencias de vitaminas y minerales y alteraciones en la conducta alimentaria cuando se inicia tardíamente la alimentación complementaria, afectando de esta manera al desarrollo psicomotor del niño/a. **(10)**

**5. Grupos de alimentos y características**

**a. Los lácteos**

se deben introducir después de los dos años de edad, si se administra antes de los 2 años puede causar anemia ferropénica y déficit de hierro sin anemia produciendo trastornos en la conducta y el desarrollo psicomotor del niño/a también puede producir deshidratación en situaciones de riesgo por sobrecarga renal de solutos, en algunos casos puede haber cambios en el perfil lipídico del lactante con posibles consecuencias a largo plazo, **(11)** por eso se debe seguir las recomendaciones de la alimentación del niño/a menor de 2 años para prevenir esta posibles enfermedades que a futuro pueden ser fatales.

**b. Los cereales**

Estos son recomendados para iniciar la alimentación complementaria y son el arroz y el maíz, a los 8-9 meses se debe introducir cereales que contengan gluten, como trigo, avena, centeno esto evitará la enfermedad celíaca si se consume a tiempo recomendado. **(11)**

### **c. La proteínas**

Las enzimas que contribuyen a una adecuada digestión y absorción de las proteínas se encuentran presentes desde el nacimiento, incluso están ya en los niños prematura. La inmadurez digestiva del recién nacido se expresa a otro nivel, es decir la pared intestinal es excesivamente permeable por lo que las moléculas proteínicas grandes pueden pasar a través de ésta al torrente sanguíneo en forma anormal y es allí cuando se origina las reacciones alérgicas a ciertos alimentos, los más frecuentes son: la leche de vaca y la yema de huevo por lo que se les debe dar estos alimentos a los 9 meses de edad, por otro lado las carnes y el pescado son mejores fuentes de zinc, hierro, vitaminas y lípidos, los pescados son fuente de ácidos grasos omega 3 y son importantes para el desarrollo neuronal, este puede incorporarse a los 8 o 9 meses de edad por su mayor potencial alergénico. **(11)**

### **d. Las frutas**

Estas aportan fibras, agua, hidratos de carbono, vitaminas y minerales se debe introducir al quinto mes sin añadir ningún tipo de azúcar. Hay algunas frutas como las fresas y melocotones estos son potencialmente alergénicos por lo que se debe administrar después del año de edad del niño/a. **(11)**

### **e. Hortalizas y verduras**

Las verduras y hortalizas como patata y la zanahoria se deben administrar con una cucharadita de aceite de oliva añadiendo al puré que se preparó. En cambio las coles, espinacas, nabos, acelgas, y remolacha deben administrarse después

de los ocho meses, porque su excesivo contenido en nitritos estos puede causar metahemoglobinemia en menores de un año de edad. **(11)**

**f. Las legumbres**

Estos aportan carbohidratos, muy pequeñas cantidades de proteínas aunque de calidad relativamente buena, vitaminas, minerales y fibra pero esta es difícil de digerir por lo que se recomienda introducir al año de edad. **(11)**

**g. Azúcares y sal**

Estos no se deben añadir a los alimentos antes del año, debido que tiene calorías vacías por parte del azúcar y la elevada carga renal de solutos de la sal.

**6. Cantidad, consistencia y frecuencia de la alimentación complementaria.**

**a. De 6 a 8 meses**

Ellos necesitan 200 kcal/día, se debe comenzar con papillas espesas, alimentos bien triturados, con la cantidad de 2-3 cucharadas por comida, incrementar gradualmente a  $\frac{1}{2}$  vaso o taza de 250 ml y mantener lactancia. **(11)**

**b. A los 9 a 11 meses**

En estas edades requieren una energía de 300 kcal/día y se deben ofrecer alimentos finamente picados, alimentos que el lactante puede agarrar con la mano, la cantidad que debe ofrecer es de 3-4 comidas por día y mantener la lactancia, dependiendo del apetito del niño se puede ofrecer 1-2 meriendas y requieren  $\frac{1}{2}$  vaso o taza o plato de 250 ml. **(11)**

**c. A los 12 a 23 meses**

A esta edad requieren 550 kcal/día, ellos deben incorporarse a la dieta familiar, necesitan de 3-4 comidas por día seguir manteniendo la lactancia materna y dependiendo del apetito del niño/a ofrecer 1-2 meriendas, la cantidad es de  $\frac{3}{4}$  a un vaso o taza o plato de 250 ml. **(11)**

**7. Las prácticas de higiene en la preparación de los alimentos**

La Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud en el 2003, indica sobre los cuidados que hay que tener en las prácticas de higiene durante la preparación de los alimentos para la prevención de enfermedades gastrointestinales ya que hay gran incidencia de enfermedades diarreicas, que ocurre a partir de los 6 meses de vida puesto que la ingesta de alimentos complementarios va en aumento.

**C. ESTADO NUTRICIONAL**

Se denomina estado nutricional a la condición física que una persona presenta, como resultado del balance, entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes, indicando los resultados de la nutrición anterior y la presencia o ausencia de signos de carencia, la falta de crecimiento o algún otro aspecto de la capacidad funcional **(12)** que pueda presentarse en alguna etapa de la vida, por eso hay que realizar un seguimiento continuo sobre el estado de salud de los niño/as menores de cinco años ya que ellos son una población vulnerable

que pueden estar expuestos a cualquier tipo de afecciones y deficiencias nutricionales.

## **1. La antropometría**

Las medidas más utilizadas son el peso y la talla, estas proporcionan información útil para identificar niño/as que pudieran tener anomalías en el crecimiento de igual manera sirve para realizar seguimiento, atención y tratamiento precoz, estas son: **(12)**

- a. **El peso:** esta indica la situación actual del individuo, y no permite discriminar si la misma es el resultado de situaciones presentes o pasadas y se determina a través de la medición, de la masa corporal total. **(13)**
- b. **La longitud corporal:** Se debe realizar en los niños de hasta 1 año 11 meses y 29 días y su medición será en decúbito supino. **(13)**

### **1) Medición del peso**

#### **a) Técnica para balanza pediátrica**

- i. Al medir a los niño/as en la balanza se debe colocar en una superficie horizontal firme, para evitar alteraciones en la pesada.
- ii. Verificar si la balanza se encuentra calibrada ya que nos puede dar datos erróneos.
- iii. Es importante pesar al niño sin ropa, y si esto no es posible, se descontará luego el peso de la prenda.

- iv. Pedir al familiar o a la madre que colabore quitando la ropa al niño, y si la madre no desea desnudarlo o la temperatura es muy baja, pesar al niño con ropa ligera, con camiseta o pañal delgado y luego descontar el peso.
- v. Cuidando que no quede parte del cuerpo fuera del platillo, ni esté apoyado en alguna parte de él, por eso se debe colocar al niño en el centro del mismo.
- vi. Leer cuidadosamente el peso obtenido y descontar el peso ya sea del pañal o prendas q no se haya quitad, esto nos permitirá obtener el peso real del niño/a. **(12)**

## **2) Medición de la longitud corporal**

### **a) Instrumento**

Para medir la longitud se debe utilizar una cinta métrica metálica graduada en cm y mm, esta estará adherida a una superficie horizontal plana y dura. **(12)**

### **b) Técnica**

Si un niño/a menor de 2 años no permitiera ser acostado boca arriba para medir la longitud se medirá la estatura en posición de pie y por lo tanto se sumará 0,7 cm para transformar en longitud y las técnicas son las siguientes:

- i. Se debe adherir la cinta métrica sobre una superficie horizontal haciendo coincidir el cero de la escala con el borde de la superficie colocando un tope fijo para que no se mueva.
- ii. Pedir a la madre que le retire toda la ropa, los zapatos, medias, gorro.
- iii. Colocar al niño/a en forma horizontal sobre la cinta, de manera tal que el cero de la escala quede a la altura de la cabeza.

- iv. La cabeza debe quedar en posición que el plano formado por el borde orbitario inferior del ojo y el conducto auditivo externo quede en posición perpendicular a la superficie horizontal.
- v. El cuerpo, las rodillas del niño/a se deben presionar suavemente para que quede apoyada sobre la cinta.
- vi. Mantener al tope los pies y retirar para efectuar la lectura de la cinta y registrar la medición ya sea en cm y mm, por lo que se debe medir con gran precisión. **(12)**

#### **D. RELACIÓN ENTRE VARIABLES.**

##### **1. El peso para la edad**

El peso refleja la masa corporal y en relación con la edad cronológica nos permite establecer la insuficiencia ponderal o desnutrición global, lo que da una visión general del problema alimentario nutricional del niño/a.

##### **2. La longitud para la edad**

Este indicador nos permite detectar el retardo del crecimiento desnutrición crónica que hace referencia a la historia de privación nutricional en la que ha vivido el individuo. El crecimiento lineal continuo es el mejor indicador de una dieta adecuada y del estado nutricional a largo plazo. Es importante considerar que es un parámetro muy susceptible de errores de medición, y que por lo que se recomienda repetir dos veces, con una diferencia no mayor a 5 mm.

### **3. El peso para la longitud**

Este indicador es útil para el diagnosticar desnutrición, sobrepeso y obesidad nos indica el estado nutricional actual y no se requiere de la edad. Su uso como único parámetro de evaluación puede no diagnosticar como desnutridos a algunos niños que efectivamente lo son algunos casos de retraso global de crecimiento de los niño/as.

### **4. El IMC para la edad**

Este indicador que es la relación del peso con la talla, se basa en el cálculo del peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros ( $\text{Kg/m}^2$ ) y se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad. **(12)**

## IV. METODOLOGÍA

### A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORIZACIÓN

La presente investigación se realizó en las madres de los niño/as menores de un año en el Subcentro de Salud de Yaruquies, Provincia de Chimborazo Enero 2015.

### B. VARIABLES

#### 1. Identificación de variables

- Características generales de la madre y del niño/as menores de un año.
- Prácticas de lactancia materna.
- Prácticas alimentación complementaria.
- Estado nutricional del niño/as menores de un año.

#### 2. Definición de las variables

- **Características generales de la madre y de los niño/as menores de un año**, se refiere a las diferentes variables como: el nivel de educación, ocupación, estado civil y etnia de la madre. Además contempla la edad y sexo de los niños y niñas menores de un año.
- **Estado nutricional:** Este se refiere al balance entre ingesta de la energía y de requerimiento de nutrientes en los individuos. Para el estudio del estado nutricional de los niño/as menores de un año se utilizaron los siguientes indicadores, con los puntos de corte y sus respectivas denominaciones estos son: **LONG/E**,  $< -2$  Longitud baja para la edad,  $\geq -2$  a  $< -1$  Riesgo de longitud baja,  $\geq -1$  longitud adecuada para la edad. El indicador de **P/LONG**  $< -3$  peso

muy bajo para la longitud o desnutrición aguda severa  $<-2$  peso bajo para la longitud o desnutrición aguda,  $\geq -2$  a  $<-1$  riesgo de peso bajo para longitud,  $\geq -1$  a  $\leq 1$  Peso adecuado para la longitud,  $\geq 1$  a  $\leq 2$  sobrepeso,  $>2$  obesidad. En el **P/E** tenemos  $<-3$  Peso muy bajo para la edad o desnutrición global severa,  $<-2$  Peso bajo para la edad o desnutrición global,  $\geq -2$  a  $<-1$  Riesgo de peso bajo para la edad,  $\geq -1$  a  $\leq 1$  peso adecuado para la edad. En este indicador de **IMC/EDAD** tenemos los siguientes,  $>1$  a  $\leq 2$  sobrepeso,  $>2$  obesidad. Esto son basados en los valores de referencia tomada del anexo técnico de la adopción de los estándares de crecimiento y desarrollo de la Organización Mundial de la Salud para Colombia.

- a) **Prácticas de lactancia materna:** Es el comportamiento que posee la madre respecto a la preparación de los pezones durante el embarazo, actualmente brinda lactancia materna, se lava las manos antes de amamantar, qué posición de amamantamiento utiliza para su niño/a y actualmente que tipos de alimentos le da a su niño/a.
- **Prácticas alimentación complementaria:** Se refiere al comportamiento que la madre tiene respecto a la alimentación de los niño/as cuando la leche materna ha disminuido y no es suficiente para nutrir a su hijo por lo que es necesario añadir otros alimentos y líquidos a la alimentación. La variables son: qué edad tenía el niño cuando inició la alimentación complementaria, usted limpia el área de trabajo antes de preparar los alimentos, Usted lava los utensilios, se lava las manos antes de preparar de los alimentos, usted lava o desinfecta los alimentos antes de cocinarlos, Cuál es la cantidad de

alimentos que actualmente consume el niño/a, con qué frecuencia se alimenta el niño actualmente, Como es la consistencia de la alimentación del niño/a y las preparaciones que consumen frecuentemente los niño/as.

### 3. Operacionalización

VARIABLE	DIMENSIÓN	ESCALA	INDICADOR	TÉCNICA
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MADRE Y DE LOS NIÑO/AS MENORES DE UN AÑO</b>	<b>Nivel de educación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> <li>• Ninguna</li> </ul>	% de madres de familia según el nivel de educación	Encuesta cara a cara
	<b>Ocupación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ama de casa</li> <li>• Empleada</li> <li>• Estudiante</li> <li>• Otro</li> </ul>	% de madres de familia según ocupación	Encuesta cara a cara
	<b>Estado civil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Divorciada</li> <li>• Unión libre</li> </ul>	% de madres de familia según estado civil	Encuesta cara a cara
	<b>Etnia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestiza</li> <li>• Indígena</li> </ul>	% de madres de familia según etnia	Encuesta cara a cara
	<b>Edad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 a 12 meses</li> </ul>	% de niño/as menores de	

			un año según edad	Encuesta cara a cara
	<b>Sexo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombre</li> <li>• Mujer</li> </ul>	% de niño/as menores de un año según sexo	Encuesta cara a cara
<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	<b>Evaluación Antropométrica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>P/LONG</b>  &lt;-3  Peso muy bajo para la longitud o desnutrición aguda severa  &lt;-2  Peso bajo para la longitud o desnutrición aguda  ≥ -2 a &lt;-1  Riesgo de peso bajo para longitud  ≥ -1 a ≤ 1  Peso adecuado para la longitud  ≥ 1 a ≤ 2  sobrepeso  &gt;2  Obesidad.</li> <li>• <b>P/E</b>  &lt;-3  Peso muy bajo para la edad o desnutrición global severa</li> </ul>	% de niño/as menores de un año según evaluación antropométrica	Toma de Peso y Longitud según técnica

		<p>&lt;-2 Peso bajo para la edad o desnutrición global ≥ -2 a &lt;-1 Riesgo de peso bajo para la edad ≥-1 a ≤1 Peso adecuado para la edad.</p> <p>• <b>LONG/E</b></p> <p>&lt;-2 Longitud baja para la edad ≥ -2 a &lt;-1 Riesgo de Longitud baja ≥ -1 Longitud adecuada para la edad.</p> <p>• <b>IMC/EDAD</b></p> <p>&gt;1 a ≤ 2 sobrepeso &gt;2 Obesidad</p>		
<b>PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA</b>	El niño/a recibió lactancia materna exclusiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	% de niño/as menores de un año según el niño/a recibió lactancia materna exclusiva.	Encuesta cara a cara

	Preparo los pezones durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	% de madres de familia según la preparo los pezones durante el embarazo	Encuesta cara a cara
	Actualmente brinda lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	% de madres de familia según actualmente brinda lactancia materna	Encuesta cara a cara
	Se lava las manos antes de amamantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	% de madres de familia según se lava las manos antes de amamantar	Encuesta cara a cara
	Qué posición de amamantamiento utiliza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentada</li> <li>• Sandía o debajo del brazo</li> <li>• Acostada</li> </ul>	% de madres de familia según qué posición de amamantamiento utiliza	Encuesta cara a cara
	Actualmente que tipos de alimentos le da a su niño/a	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leche materna</li> <li>• Formula</li> <li>• Alimentos</li> </ul>	% de madres de familia según actualmente que tipos de alimentos le	Encuesta cara a cara

<b>PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA</b>			da a su niño/a	
	Qué edad tenía el niño cuando inició la alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 meses</li> <li>• 4 meses</li> <li>• 5 meses</li> <li>• 6 meses</li> <li>• 12 meses</li> </ul>	% de niño/as menores de un año según qué edad tenía el niño cuando inició la alimentación complementaria	Encuesta cara a cara
	Usted limpia el área de trabajo antes de preparar los alimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	% de madres de familia según usted limpia el área de trabajo antes de preparar los alimentos	Encuesta cara a cara
	Usted lava los utensilios antes de preparar los alimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	% de madres de familia según usted lava los utensilios antes de preparar los alimentos	Encuesta cara a cara
	Se lava las manos antes de preparar de los alimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	% de madres de familia según Se lava las manos	Encuesta cara a cara

			antes de preparar de los alimentos	
	Usted lava o desinfecta los alimentos antes de cocinarlos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	% de madres de familia según usted lava o desinfecta los alimentos antes de cocinarlos	Encuesta cara a cara
	Cuál es la cantidad de alimentos que actualmente consume el niño/a	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una a dos cucharadas</li> <li>• Tres cucharadas</li> <li>• Cuarto de taza</li> <li>• Media taza</li> <li>• Una tasa</li> </ul>	% de niño/as menores de un año según cuál es la cantidad de alimentos que actualmente consume el niño/a	Encuesta cara a cara
	Con qué frecuencia se alimenta el niño/a actualmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos veces al día</li> <li>• Tres veces al día</li> <li>• Cuatro veces al día</li> <li>• Cinco veces al día</li> <li>• Según lo que pida.</li> </ul>	% de niño/as menores de un año según con qué frecuencia se alimenta el niño/a actualmente	Encuesta cara a cara

	Cómo es la consistencia de la alimentación del niño/a	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Líquidos</li> <li>• Espeso</li> <li>• Muy espeso</li> </ul>	% de niño/as menores de un año según como es la consistencia de la alimentación	Encuesta cara a cara
	Preparación es que consumen frecuentemente los niño/as	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación familiar</li> <li>• Compotas</li> <li>• Sopas</li> <li>• Caldos</li> <li>• Coladas</li> </ul>	% de niño/as menores de un año según preparación es que consumen frecuentemente los niño/as	Encuesta cara a cara

## A. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño descriptivo, transversal, no experimental

El presente estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, según el análisis y alcance de los resultados es descriptivo ya que presenta los hechos de la variable de prácticas sobre lactancia y alimentación complementaria en los niño/as menores de un año; de corte transversal porque se realiza el estudio de las variables en un tiempo y espacio determinado.

## **B. POBLACIÓN, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO**

### **POBLACIÓN**

La población de estudio fue conformada por 99 madres de los niño/as menores de un año, que asistieron por un mes al Subcentro de Salud de Yaruquíes, Provincia de Chimborazo 2015.

#### **Criterio de inclusión**

Madres de niños menores de un año de edad que acudieron al Subcentro de Salud de Yaruquíes y que deseen participar en forma voluntaria en el estudio de investigación.

#### **Criterio de exclusión**

Que no cumplan con los criterios de inclusión.

## **C. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

### **1. Recolección y procesamiento de la información.**

#### **a) Recolección de la información.**

La recolección de la información para determinar las características generales del grupo de estudio, las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria que poseen las madres de los niños menores de un año de edad se obtendrá mediante la aplicación de una encuesta el mismo que se detalla en el ANEXO 3.

**b) Procesamiento y análisis de la información.**

Para tabular los datos se realizó una revisión manual de los mismos y se utilizó el programa, OMS Antro y JMP 5.1 en base a las diferentes variables mencionadas anteriormente.

## **V. HIPÒTESIS**

Las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria están relacionadas con el estado nutricional de los niño/as menores de un año en el Subcentro de Salud de Yaruquies.

## VI. RESULTADOS

### A. CARACTERÍSTICAS GENERALES

TABLA No. 1

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MADRES Y LOS NIÑO/AS MENORES DE UN AÑO.**

<b>Variables</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Nivel de Educación</b>		
Primaria	37	37,4%
Secundaria	29	29,3%
Superior	11	11,1%
Ninguna	22	22,2%
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	53	53,5%
Empleada	17	17,2%
Estudiante	10	10,1%
Otro	19	19,2%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	13	13,1%
Casada	71	71,7%
Divorciada	3	3,0%
Unión libre	12	12,1%
<b>Etnia</b>		
Indígena	27	27,3%
Mestiza	72	72,7%

En la presente investigación de la población en estudio, según nivel de educación de las madres se encontró que la mayor parte de ellas tiene primaria, además algunas madres han estado en secundaria, encontrándose también con madres sin ningún nivel de educación y solo un pequeño número de madres han cursado estudios universitarios.

Se puede decir que la población con un mínimo de nivel de instrucción superior en comparación con las madres con estudios inferiores siendo un aspecto que perjudica al cuidado de los niños y niñas sobre todo en la forma de alimentar, comprometiendo el estado de salud en edades adultas de los niño/as menores de un año.

En ocupación de las madres de los niño/as menores de un año, se encontró un 53,5% de ellas son amas de casa, solo el 17% las ellas tienen empleo, encontrándose también madres estudiantes con un 10,1% y algunas madres tienen otro tipo de ocupación con un 19,2%.

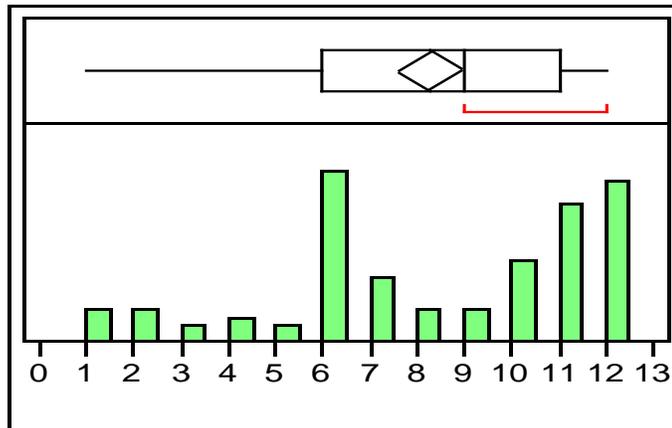
De las 99 madres investigadas la mayoría de ellas son casadas con un 71,7% además presentándose un 13% de ellas son madres solteras, presentándose con un 12,1% de las madres viven en unión libre y un 3,0% son madres divorciadas.

La mayoría de las madres son amas de casa lo que les permite cuidar de sus hijos de esta manera apoyar en el crecimiento y en la estabilidad emocional ya que va siendo un punto positivo para un buen desarrollo a nivel integral de los niño/as menores de un año.

Según la etnia de las madres de los niño/as menores de un año se encontró un 72,7% son mestizas, mientras que el 27,3% son madres indígenas.

## GRÁFICO No. 1

### DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN EDAD (MESES).

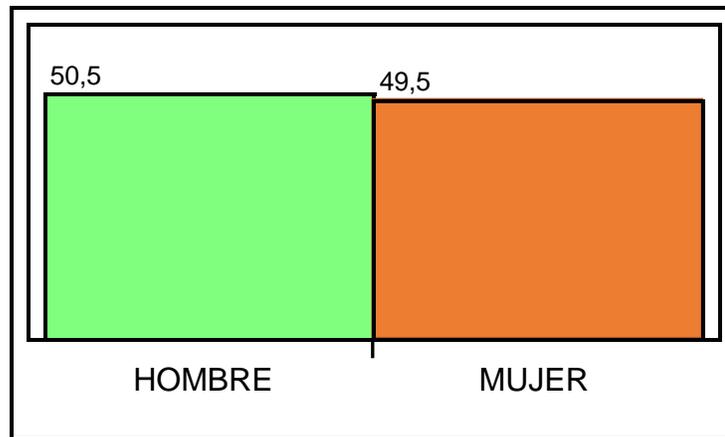


Edad máximo	12,000
Edad Mínimo	1,000
Mediana	9,000
Promedio	8,25
Desviación estándar	3,28

El promedio de edad de la población en estudio es de 8,25 meses, mientras que la mediana es de 9 meses de edad, siendo el máximo de 12 meses, y la mínima de 1 mes de edad, el cual indica que es una distribución asimétrica con desviación negativa ya que el promedio es menor a la mediana. Por lo que se trata de una población de niño/as mayores de 6 meses de edad.

## GRÁFICO No. 2

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN SEXO.



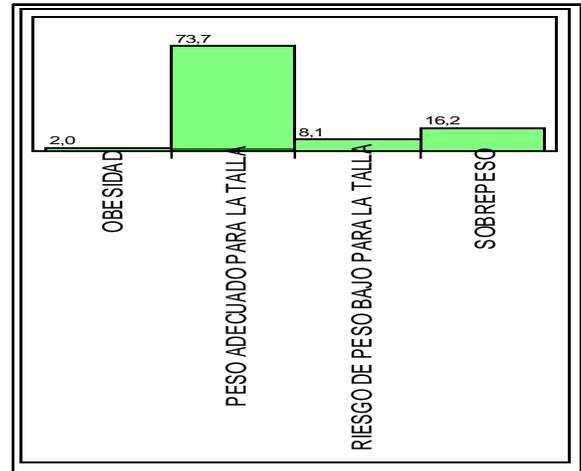
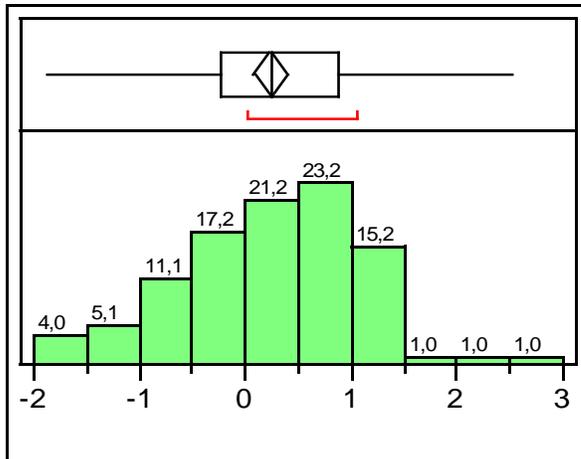
Variable	Cantidad	Porcentaje
Hombre	50	50.5%
Mujer	49	49.5%
Total	99	100,00%

La investigación realizada en las madres de los menores de un año, se identificó a 50,5% de hombres y un 49,5% mujeres.

## B. ESTADO NUTRICIONAL

### GRÁFICO No. 3

#### ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO SEGÚN EL INDICADOR P/LONG.



Máximo	2,51
Mediana	0,25
Mínimo	-1,88
Promedio	0,24
Desviación estándar	0,85

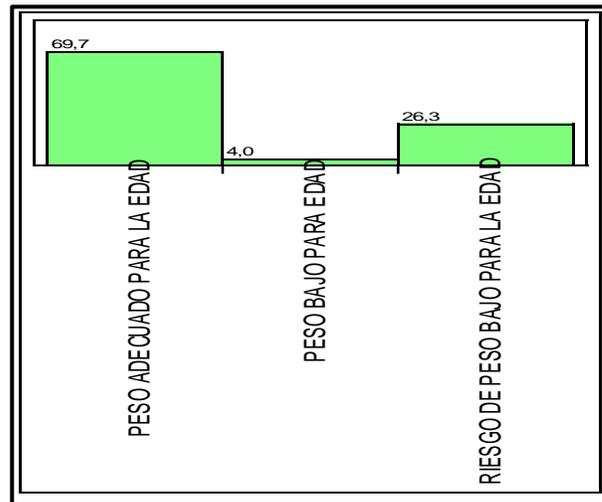
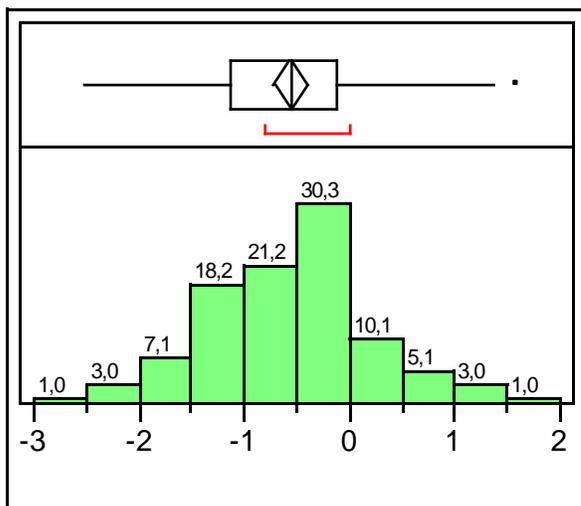
P/LONG	Cantidad	Porcentaje
Obesidad	2	2,0%
Peso adecuado para la talla	73	73,7%
Riesgo de peso bajo para la talla	8	8,1%
Sobrepeso	16	16,2%
Total	99	100,0%

En la población estudiada se encontró el valor máximo del indicador de P/Long en puntaje z de 2,51 y el valor mínimo de -1,88. El promedio de puntaje z fue de 0,24 la mediana de 0,25 mientras que el valor de la promedio fue de 0,24 el cual indica que es una distribución asimétrica debido a que el promedio es menor que la mediana.

Según el diagnóstico del puntaje z de P/Long se encontró que el 16,2% tiene sobrepeso y un 2,0% obesidad, mientras que el 8,1% tiene riesgo de peso bajo para la longitud.

#### GRÁFICO No.4

### ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO SEGÚN EL INDICADOR P/E.



Máximo	1,60
Mediana	-0,54
Mínimo	-2,53
Promedio	-0,55
Desvió estándar	0,80

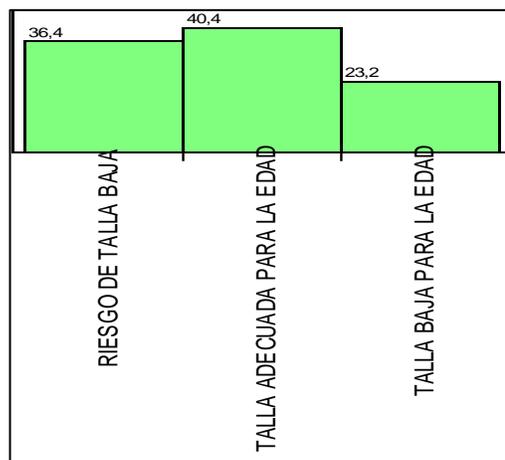
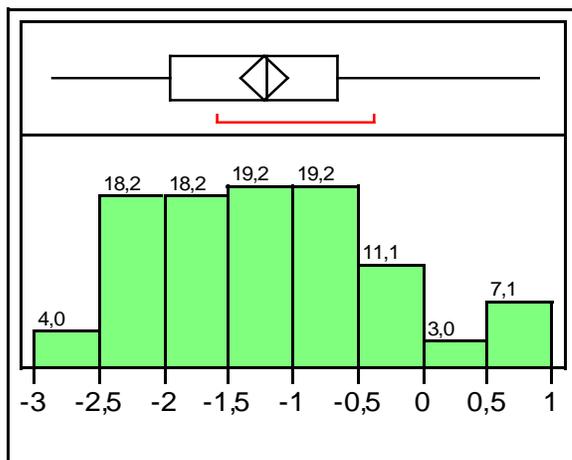
P/E	Cantidad	Porcentaje
Peso adecuado para la edad	69	69,7%
Peso bajo para edad	4	4,00%
Riesgo de peso bajo para la edad	26	26,3%
Total	99	100,0%

En la población estudiada se encontró el valor máximo del indicador de P/E en puntaje z de 1,60 el mínimo de -2,53. El promedio fue de -0,55 la mediana con valor de -0,54 el desvió estándar de 0,8 el cual indica que es una distribución asimétrica debido a que el promedio es menor a la mediana.

Según el diagnóstico de P/E se encontró con un 69,7% de los niño/as menor de un año con peso adecuado para la edad, el 26,3% de ellos con riesgo de peso bajo para la edad y solo el 4,0% con peso bajo para la edad.

## GRÁFICO No. 5

### ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO SEGÚN EL INDICADOR LONG/E.



Máximo	0,89
Mediana	-1,20
Mínimo	-2,85
Promedio	-1,21
Desvíos estándar	0,91

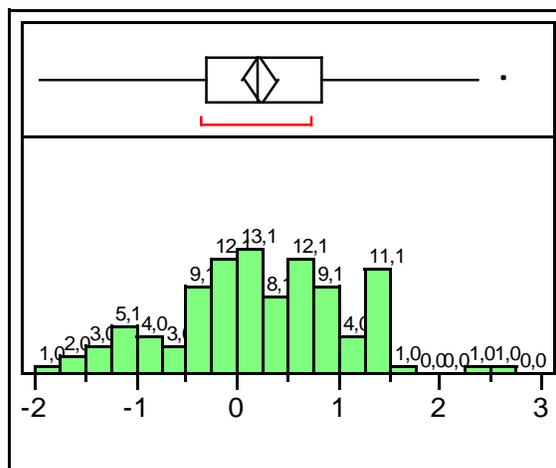
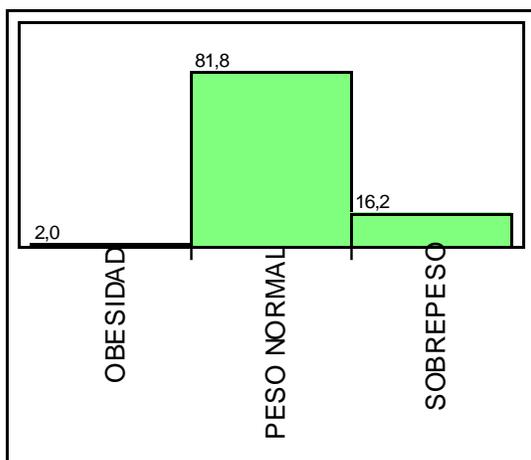
LONG/E.	Cantidad	Porcentaje
Riesgo de talla baja	36	36,4%
Talla adecuada para la edad	40	40,4%
Talla baja para la edad	23	23,2%
Total	99	100,0%

En la investigación realizada según el indicador de Long/E, el valor máximo fue de 0,89 y el mínimo de -2,85. El promedio de puntaje z fue de -1,21 el valor de la mediana de -1,20 y la desviación estándar fue de 0,91 el cual indica que es una distribución asimétrica debido a que el promedio es menor a la mediana.

Según el diagnóstico de Long/E se encontró que el 40,4% tienen longitud adecuada para la edad, el 36,4% con riesgo de longitud baja y el 23,2%, con longitud baja para la edad.

## GRÁFICO No.6

### ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO SEGÚN EL INDICADOR IMC/EDAD.



IMC/E	Cantidad	Porcentaje
Peso normal	81	81,8%
Obesidad	2	2,0%
Sobrepeso	16	16,2%
Total	99	100,0%

Máximo	2,67
Mediana	0,19
Mínimo	-1,96
Promedio	0,21
Desvió estándar	0,88

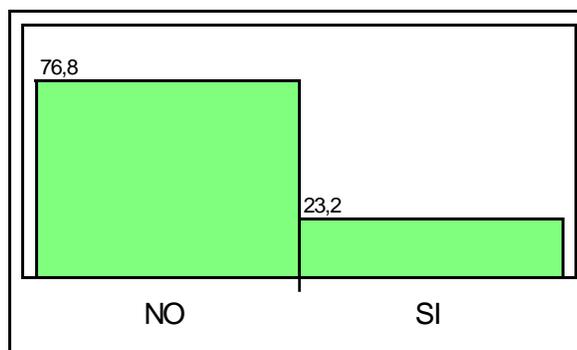
En la presente investigación se encontró un valor máximo del indicador de IMC/E de 2,67 y el mínimo de -1,96. El promedio de puntaje z fue de 0,21; la mediana de 0,19 y la desvió estándar fue de 0,88 el cual indica que es una distribución asimétrica positiva debido a que el promedio es menor a la mediana.

Según el diagnóstico de IMC/E se encontró que el 81,8% de los niño/as tienen un estado nutricional normal y el 16,2% con sobrepeso, el 2,0%, con obesidad.

## C. PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA

### GRÁFICO No. 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN; EL NIÑO/A RECIBIÓ LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.



Variable	Cantidad	Porcentaje
NO	76	76,8%
SI	23	23,2%
Total	99	100,00%

La investigación realizada en las madres de los niños/as menores de un año, se identificó que el 76,8% no recibieron la lactancia materna exclusiva y solo el 23,2% si recibieron lactancia materna exclusiva según lo recomendación por la OMS que es hasta los 6 meses de edad.

**TABLA No.2****DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL; SEGÚN PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA.**

<b>Variables</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Preparo los pezones durante el embarazo.</b>		
NO	38	38,4%
SI	61	61,6%
Total	99	100%
<b>Actualmente Brinda Lactancia Materna.</b>		
NO	4	4,0%
SI	95	96,0%
Total	99	100%
<b>Se lava las manos antes de amamantar</b>		
NO	47	47,5%
SI	52	52,5%
Total	99	100%
<b>Qué posición de amamantamiento utiliza</b>		
Acostado	82	86,3%
Sentado	13	13,7%
Total	95	100%

En la presente investigación se demostró que el 61,6% las madres prepararon los pezones durante el embarazo, mientras que el 38,4% madres que no lo hicieron.

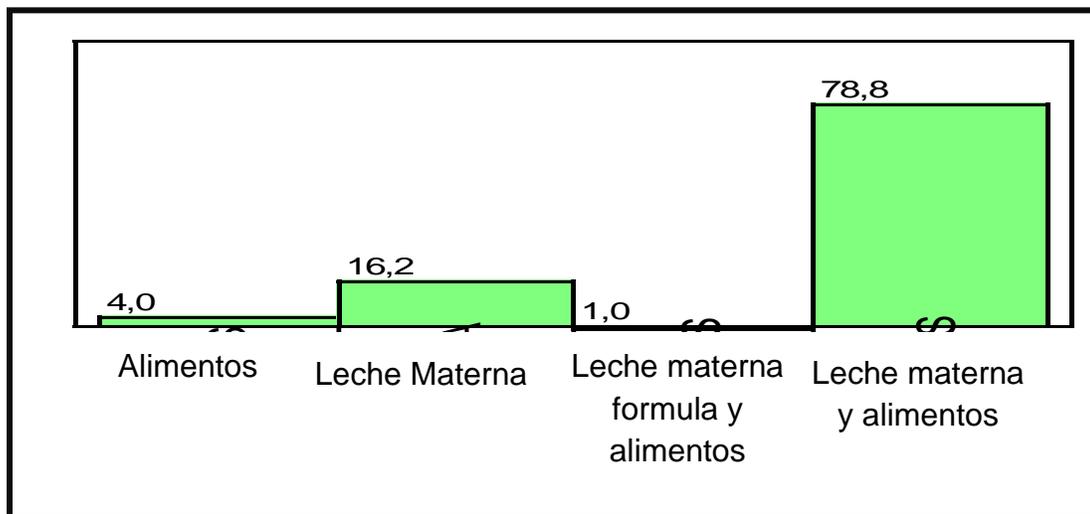
En cuanto si la madre brinda lactancia actualmente se encontró que el 94,9% de ellas dan de lactar y solo el 5,1% no lo hacen. La mayoría de las madres practican la lactancia materna según la recomendación de la OMS, leche materna exclusiva hasta los 6 meses y después se añadirán otros alimentos diferentes a la leche materna, y la lactancia continuará hasta los 2 años de edad. La mayoría de las madres dan de lactar a sus hijos en posición acostada.

En la presente investigación del lavado de manos antes de amamantar respondieron que si con un 52,5% y el 47,5% no lo hicieron.

#### D. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

##### GRÁFICO No. 8

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN; ACTUALMENTE QUE TIPOS DE ALIMENTOS LE DA A SU NIÑO/A.

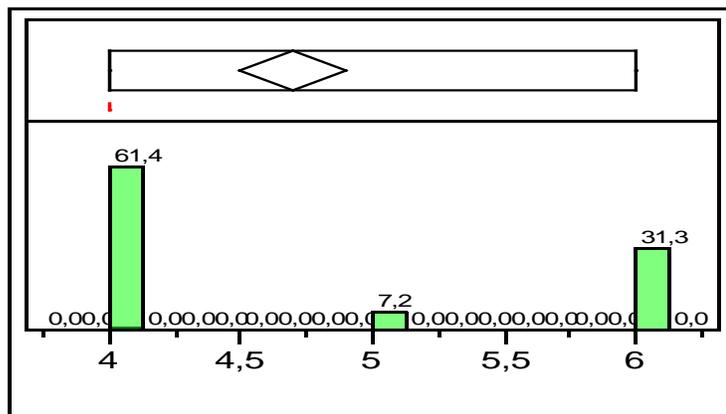


Variable	Cantidad	Porcentaje
Alimentos	4	4,0%
Leche materna	16	16,2%
Leche materna formula y alimentos	1	1,0%
Leche materna y alimentos	78	78,8%
Total	99	100%

La mayoría de las madres alimenta los niño/as menores de un año con Leche materna y alimentos con un 78,8%, mientras que el 16,2% las madres dan solo leche materna y las además madres de familia ofrecen solo alimentos con un 4,0% y muy pocas madres brindan leche materna fórmula y alimentos.

## GRÁFICO No. 9

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN; QUÉ EDAD TENÍA EL NIÑO/A CUANDO INICIÓ LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.



Máximo	6,00
Mediana	4,00
Mínimo	4,00
Promedio	4,69
Desvió estándar	0,92

En la presente investigación el valor máximo de la edad que tenía el niño/a cuando inició la alimentación complementaria fue de 6 meses, en cambio el mínimo fue de 4 meses, la mediana de 4 meses, con un promedio de 4,69 meses y con un 0,92 meses de desvió estándar, lo cual indica que la mayor parte de los niño/as menores de un año iniciaron la alimentación complementaria a partir de los 4 meses de edad y muy pocas madres iniciaron la alimentación complementaria a los niño/as según la recomendación de la OMS que es a partir de los 6 meses de edad.

**TABLA No. 3**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.**

<b>Variables</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Usted limpia el área de trabajo antes de preparar los alimentos</b>		
No	41	48,8%
Si	43	51,2%
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>
<b>Usted lava los utensilios antes de preparar los alimentos</b>		
No	3	3,6%
Si	81	96,4%
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>
<b>Se lava las manos antes de preparar los alimentos</b>		
No	30	35,7%
Si	54	64,3%
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>
<b>Usted lava o desinfecta los alimentos antes de cocinarlos</b>		
No	1	1,2%
Si	83	98,8%
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>
<b>Cuál es la cantidad de alimentos que actualmente consume el niño/a</b>		
Tres cucharadas	13	15,5%
Cuarto de taza	29	34,5%
Media taza	32	38,1%
Una taza	10	11,9%
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>
<b>Con que frecuencia se alimenta el niño/a actualmente</b>		
Dos veces al día	18	21,4%
Tres veces al día	17	20,2%
Cuatro veces al día	11	13,1%
Cinco veces al día	4	4,8%
Según lo que pida	34	40,5%
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>
<b>Como es la consistencia de la alimentación del niño/a</b>		
Liquido	19	22,6%
Espeso	65	77,4%
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>
<b>Preparaciones que consumen frecuentemente los niño/as</b>		

Alimentación familiar	7	8,3%
Coladas	59	70,2%
Sopas	18	21,4%
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>

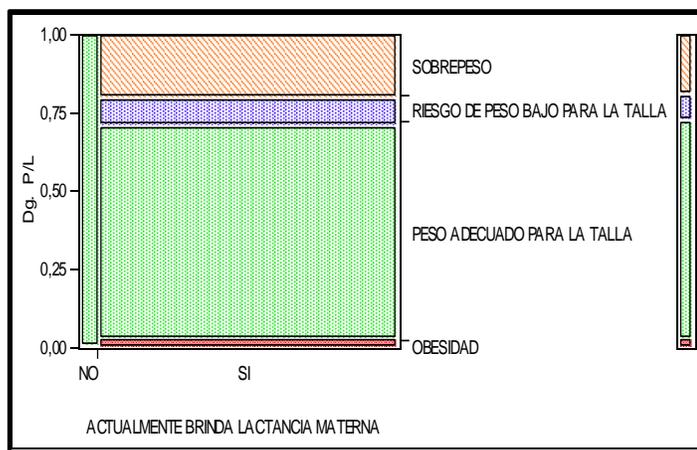
En la presente investigación se demostró que el 51,2% limpian el área de trabajo antes de preparar los alimentos, mientras que el 48,8% no lo hacen. En cuanto al lavado de utensilios antes de preparar los alimentos la investigación demostró que el 96,4% si lo hacen y el 3,6% no. En el lavan las manos antes de preparar los alimentos solo el 64,3% de las madres realizan esta práctica y el 35,7% no. Sobre el lavado y desinfectado de los alimentos antes de cocinarlos el 98,8% si y solo el 1,2% no lo hacen. En la cantidad de alimentos que actualmente consume el niño/a en la investigación demostró que el 38,1% consumen media taza, el 34,5% cuarta taza, el 15,5% consumen tres cucharadas y el 11,9% una taza. La consistencia de la alimentación complementaria de los niño/as menores de un año la investigación demostró que el 77,4% consumen alimentación de consistencia espesa, mientras que 22,6% es líquida.

En la frecuencia de la alimentación complementaria se encontró que el 20,2% tres veces al día, 21,4% dos veces al día; el 40,5 % según lo que pida, el 13,1% cuatro veces al día y el 4,8% cinco veces al día. La mayor parte de las madres manifiestan, según el tipo de preparaciones que consumen frecuentemente en la población en estudio se obtuvo que el 70,2% de los niño/as reciben coladas, el 21,4% reciben sopas y el 8,3% de los niño/as ya se incluyeron en la alimentación familiar.

**E. RELACIÓN ENTRE PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON EL ESTADO NUTRICIONAL.**

**GRÁFICO No.10**

**RELACIÓN ENTRE EL Dg. P/LONG ACTUALMENTE BRINDA LACTANCIA MATERNA.**



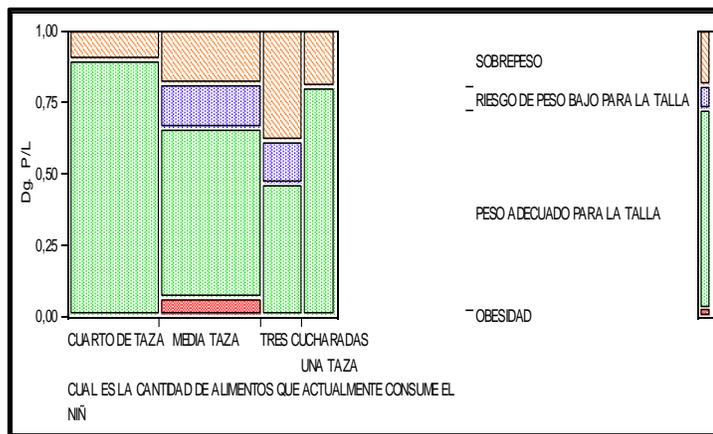
Actualmente brinda lactancia materna y Dg. P/LONG	Obesidad		Peso adecuado para la longitud		Riesgo de peso bajo para la longitud		Sobrepeso		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
NO	0	0,00	5	5,95	0	0,00	0	0,00	5	5,95
SI	2	2,38	54	64,29	7	8,33	16	19,05	16	79,94
Total									84	100,00

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Pearson	2,253	0,5216

En la presente investigación de la población en estudio según la relación actualmente brinda lactancia materna con el Dg. P/Long se encontró que el 19,05% presentaron sobrepeso de los niño/as recibieron lactancia materna y el 2,38% presentan obesidad de los niños que también están consumiendo lactancia materna. Estas cifras no son estadísticamente significativas porque el chi cuadrado es mayor a 0,05 lo cual nos manifiesta que no existe significancia alguna

## GRÁFICO No. 11

### RELACIÓN ENTRE EL Dg. P/LONG y CUAL ES LA CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE ACTUALMENTE CONSUME EL NIÑO/A.



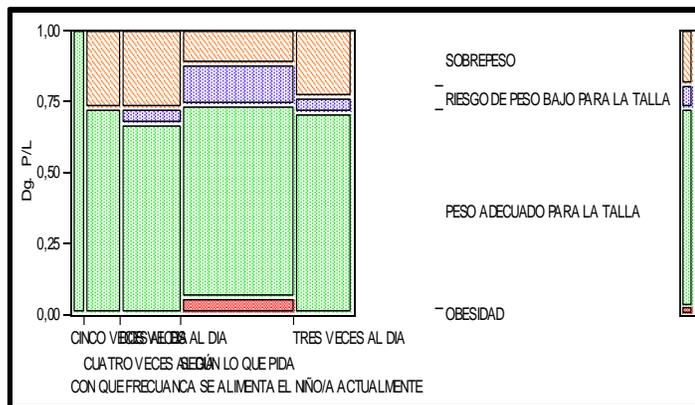
Cuál es la cantidad de alimentos que actualmente consume el niño/a y Dg. P/LONG	Obesidad		Peso adecuado para la longitud		Riesgo de peso bajo para la longitud		Sobrepeso		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Tres cucharadas	0	0,00	6	7,14	2	2,38	5	5,95	13	15,48
Cuarto de taza	0	0,00	26	30,95	0	0,00	3	3,57	29	34,52
Media taza	2	2,38	19	22,62	5	5,95	6	7,14	32	38,10
Una taza	0	0,00	8	9,52	0	0,00	2	2,38	10	11,90
Total									84	100,00

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Pearson	16,353	0,0599

En la presente investigación de la población en estudio según la relación del P/Long y cuál es la cantidad de alimentos que actualmente consume el niño/a se encontró que el 7,14% presentaron sobrepeso de las madres que dieron la cantidad de media taza de alimentación y el 2,38% presentan obesidad también consumieron media taza. Estas cifras son estadísticamente significativas porque el chi cuadrado es igual al 0,05 lo cual nos manifiesta que existe significancia.

## GRÁFICO No. 12

### RELACIÓN ENTRE EL Dg. P/LONG CON QUE FRECUENCIA SE ALIMENTA EL NIÑO/A ACTUALMENTE.



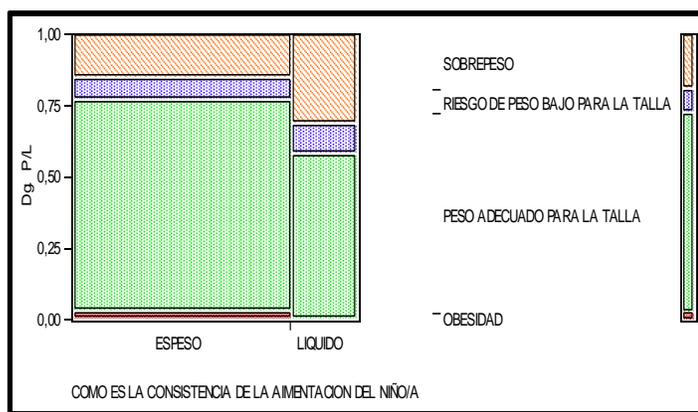
Con que frecuencia se alimenta el niño/a actualmente y Dg. P/LONG	Obesidad		Peso adecuado para la longitud		Riesgo de peso bajo para la longitud		Sobrepeso		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Cinco veces al día	0	0,00	4	4,76	0	0,00	0	0,00	4	4,76
Cuatro veces al día	0	0,00	8	9,52	0	0,00	3	3,57	11	13,10
Tres veces al día	0	0,00	12	14,19	1	1,19	4	4,76	17	20,24
Dos veces al día	0	0,00	12	14,29	1	1,19	5	5,95	18	21,43
Según lo que pida	2	2,38	23	27,38	5	5,95	4	4,76	34	40,48
Total									84	100,00

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Pearson	9,716	0,6409

En la presente investigación de la población en estudio según la relación del P/Long y la consistencia de la alimentación del niño/a se encontraron que el 5,95% presentaron Sobrepeso y consumen dos veces al día de alimentación y el 2,38% con obesidad consumen una alimentación según lo que pidan. Estas cifras no son estadísticamente significativas porque el chi cuadrado es mayor a 0,05 lo cual nos manifiesta que no existe ninguna significancia.

### GRÁFICO No. 13

### RELACIÓN ENTRE EL Dg. P/LONG Y COMO ES LA CONSISTENCIA DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO/A



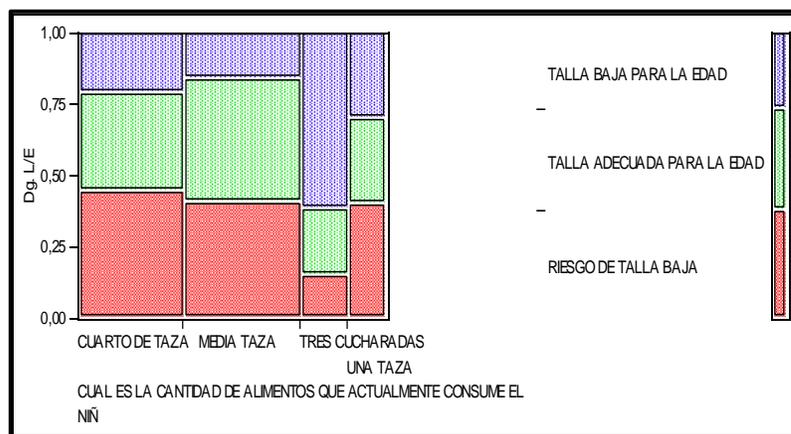
Cómo es la consistencia de la alimentación del niño/a y Dg. P/LONG	Obesidad		Peso adecuado para la longitud		Riesgo de peso bajo para la longitud		Sobrepeso		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Líquido	0	0,00	11	13,10	2	2,38	6	7,14	19	22,62
Espeso	2	2,38	48	57,14	5	5,95	10	11,90	65	77,38
Total									84	100

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Pearson	3,283	0,3500

De la población en estudio según la relación del P/Long y la consistencia de la alimentación del niño/a se encontraron que el 11,90% presentaron sobrepeso de los niños que consumieron una alimentación de consistencia espesa y el 2,38% con obesidad consumieron de la misma consistencia espesa. Estas cifras no son estadísticamente significativas porque el chi cuadrado es mayor a 0,05 lo cual nos manifiesta que no existe ninguna significancia.

## GRÁFICO No. 14

### RELACIÓN ENTRE EL Dg. LONG/E CUÁL ES LA CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE ACTUALMENTE CONSUME EL NIÑO/A.



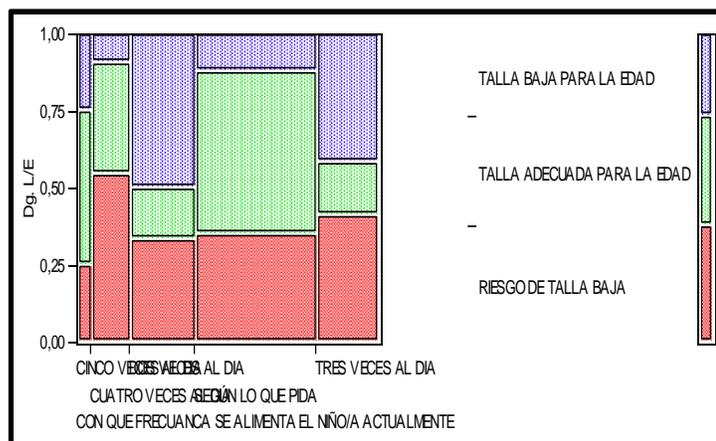
Cuál es la cantidad de alimentos que actualmente consume el niño/a y Dg. LONG/E	Riesgo de longitud baja		Longitud adecuada para la edad		Longitud baja para la edad		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Tres cucharadas	2	2,38	3	3,57	8	9,52	13	15,48
Cuarto de taza	13	15,48	10	11,90	6	7,14	29	34,52
Media taza	13	15,48	14	16,67	5	5,95	32	38,10
Una taza	4	4,76	3	3,57	3	3,57	10	11,90
Total							84	100,00

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Pearson	11,388	0,0771

En la presente investigación de la población en estudio según la relación del Long/E y la consistencia de la alimentación del niño/a se encontró que el 5,95% presentaron sobrepeso y consumen dos veces al día y el 2,38% con obesidad consumen una alimentación según lo que pidan. Estas cifras no son estadísticamente significativas porque el chi cuadrado es mayor a 0,05 lo cual nos manifiesta que no existe ninguna significancia.

## GRÁFICO No. 15

### RELACIÓN ENTRE EL Dg. LONG/E CON QUÉ FRECUENCIA SE ALIMENTA EL NIÑO/A ACTUALMENTE.



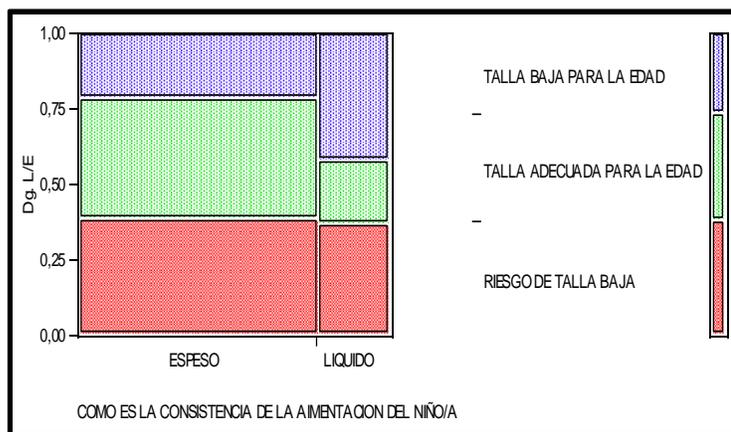
Con que frecuencia se alimenta el niño/a actualmente y Dg. LONG/E	Riesgo de longitud baja		Longitud adecuada para la edad		Longitud baja para la edad		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Cinco veces al día	1	1,19	2	2,38	1	1,19	4	4,76
Cuatro veces al día	6	7,14	4	4,76	1	1,19	11	13,10
Dos veces al día	6	7,14	3	3,57	9	10,71	18	21,43
Según lo que pida	12	14,29	18	21,43	4	4,76	34	40,48
Tres veces al día	7	8,33	3	3,57	7	8,33	17	20,24
Total							84	100,00

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Pearson	16,904	0,0311

En la presente investigación de la población en estudio según la relación del Dg. Long/E y la frecuencia se alimenta el niño/a actualmente 10,71% tienen longitud baja y consumen dos veces al día, mientras que el 14,29% con riesgo de longitud baja consumen según lo que pidan. Estas cifras son estadísticamente significativas porque el chi cuadrado es menor a 0,05 lo cual nos manifiesta que existe significancia

## GRÁFICO No. 16

### RELACIÓN ENTRE EL Dg. LONG/E Y EL CÓMO ES LA CONSISTENCIA DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO/A.



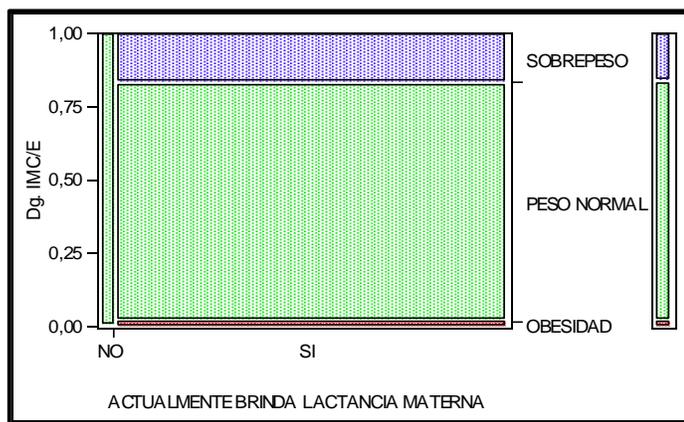
Cuál es la consistencia de la alimentación del niño/a y Dg. LONG/E	Riesgo de longitud baja		Longitud adecuada para la edad		Longitud baja para la edad		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Líquido	7	8,33	4	4,76	8	9,52	19	22,62
Espeso	25	29,79	26	30,95	14	16,67	65	77,38
Total							84	100,00

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Pearson	3,863	0,1450

En la presente investigación de la población en estudio según la relación del Dg. Long/E y la consistencia de la alimentación del niño/a se encontraron que el 16,67% y el 29,79% con riesgo de talla baja consumieron una consistencia espesa. Estas cifras no son estadísticamente significativas porque el chi cuadrado es mayor a 0,05 lo cual nos manifiesta que no existe ninguna significancia.

## GRÁFICO No.17

### RELACIÓN ENTRE EL Dg. IMC/E Y ACTUALMENTE BRINDA LACTANCIA MATERNA.



Actualmente brinda lactancia materna.	Obesidad		Peso Normal		Sobrepeso		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
NO	0,00	0,00	4	4,04	0,00	0,00	4	4,04
SI	0,00	0,00	77	77,78	16	16,16	95	95,96
Total							99	100,00

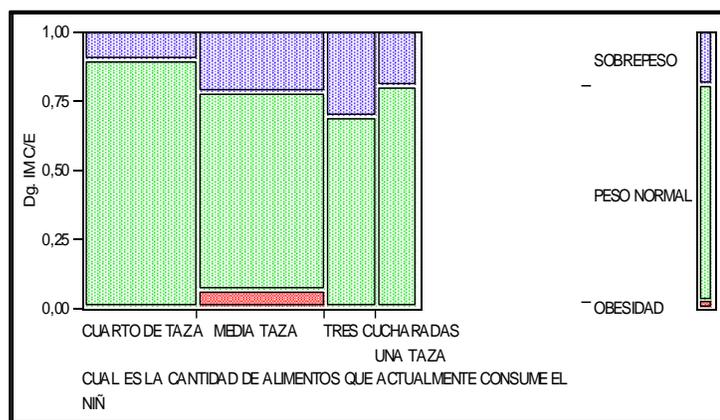
Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Pearson	0,926	0,6293

En la presente investigación de la población en estudio según la relación del IMC/E y actualmente brinda lactancia materna se encontró que el 16,16% presentaron sobrepeso de las madres que brindaron lactancia materna.

Estas cifras no son estadísticamente significativas porque el chi cuadrado es mayor a 0,05 lo cual nos manifiesta que no existe ninguna significancia.

## GRÁFICO No.18

### RELACIÓN ENTRE EL Dg. IMC/E Y CUAL ES LA CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE ACTUALMENTE CONSUME EL NIÑO/A.



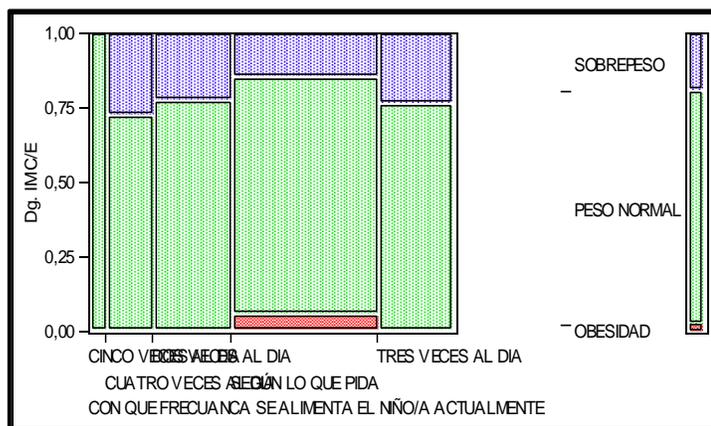
Cuál es la cantidad de alimentos que actualmente consume el niño/a y Dg. IMC/E	Obesidad		Peso normal		Sobrepeso		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Tres cucharadas	0	0,00	9	10,71	4	4,76	13	15,48
Cuarto de taza	0	0,00	26	30,95	3	3,57	29	34,52
Media taza	2	2,38	23	27,38	7	8,33	32	38,10
Una taza	0	0,00	8	9,25	2	2,38	10	11,90
Total							99	100

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Pearson	6,263	0,3944

De la población en estudio según la relación del IMC/E y cuál es la cantidad de alimentos que actualmente consume el niño/a se encontró que el 8,33% presentaron sobrepeso de las madres que dieron la cantidad de media taza de alimentación y el 2,38% presentan obesidad también consumieron media taza. Estas cifras no son estadísticamente significativas porque el chi cuadrado es mayor a 0,05 lo cual nos manifiesta que no existe ninguna significancia.

## GRÁFICO No.19

### RELACIÓN ENTRE EL Dg. IMC/E CON QUÉ FRECUENCIA SE ALIMENTA AL NIÑO/A ACTUALMENTE.



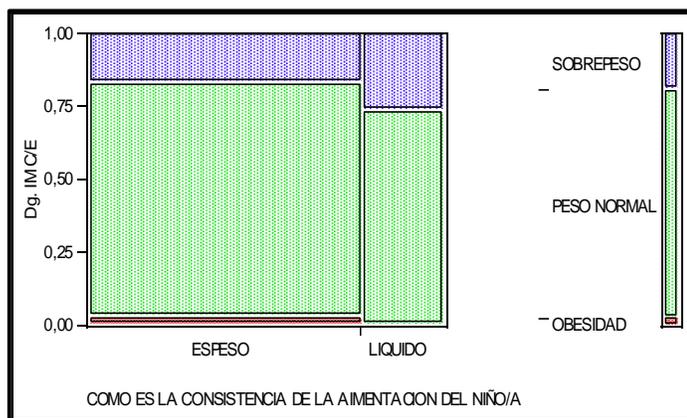
Con qué frecuencia se alimenta al niño/a actualmente y Dg. IMC/E	Obesidad		Peso normal		Sobrepeso		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Cinco veces al día	0	0,00	4	4,76	0	0,00	4	4,76
Cuatro veces al día	0	0,00	8	9,52	3	3,57	11	13,10
Tres veces al día	0	0,00	13	15,48	4	4,76	17	20,24
Dos veces al día	0	0,00	14	16,76	4	4,76	18	21,43
Según lo que pida	2	2,38	27	32,14	5	5,95	34	40,48
Total							84	100,00

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Pearson	5,000	0,7575

En el estudio según la relación del IMC/E y cuál es la cantidad de alimentos que actualmente consume el niño/a se encontró que el 5,95% presentaron sobrepeso de las madres que se alimentaron según lo que pidan y el 2,38% presentaron obesidad de la misma forma consumieron según lo que pida. Estas cifras no son estadísticamente significativas porque el chi cuadrado es mayor a 0,05 lo cual nos manifiesta que no existe ninguna significancia.

## GRÁFICO No.20

### RELACIÓN ENTRE EL Dg. IMC/E Y CÓMO ES LA CONSISTENCIA DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO/A.



Como es la consistencia de la alimentación del niño/a y Dg. IMC/E	Obesidad		Peso normal		Sobrepeso		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Líquido	0	0,00	14	16,67	5	5,95	19	22,62
Espeso	2	2,38	52	61,90	11	13,10	65	77,38
Total							84	100

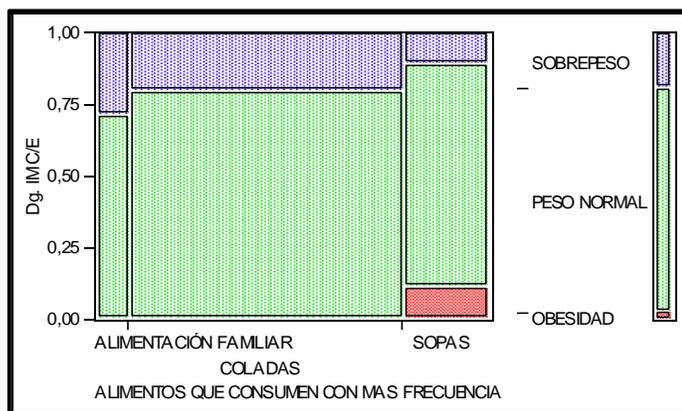
Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Pearson	1,340	0,5117

De la población en estudio según la relación del IMC/E y como es la consistencia de la alimentación del niño/a se encontró que el 13,10% que presentaron sobrepeso y el 2,38% los niño/as que recibieron una alimentación de consistencia espesa.

Estas cifras no son estadísticamente significativas porque el chi cuadrado es mayor a 0,05 lo cual nos manifiesta que no existe ninguna significancia.

## GRÁFICO No.21

### RELACIÓN ENTRE EL Dg. IMC/E Y PREPARACIONES QUE CONSUMEN FRECUENTEMENTE LOS NIÑO/AS.



Preparaciones que consumen frecuentemente los niño/as y Dg. IMC/E	Obesidad		Peso normal		Sobrepeso		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Alimentación familiar	0	0,00	5	5,59	2	2,38	7	8,33
Coladas	0	0,00	47	55,95	12	14,29	59	70,24
Sopas	2	2,38	14	16,67	2	2,38	18	21,43
Total							84	100,00

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Pearson	8,369	0,0789

En la presente investigación de la población en estudio según la relación con preparaciones que consumen frecuentemente los niño/as y el Dg. IMC/E se encontró que el 14,29% presentaron sobrepeso de los niño/as que consumen coladas y el 2,38% presentan obesidad de los que consumieron sopas.

Estas cifras no son estadísticamente significativas porque el chi cuadrado es mayor a 0,05 lo cual nos manifiesta que no existe ninguna significancia.

## **VII. CONCLUSIONES**

- Las madres en estudio muy pocas de ellas tienen un nivel de educación superior influyendo de forma positiva en el cuidado de los niños y niñas menores de un año especialmente en la forma de alimentarlos.
- El estado nutricional de los niños y niñas menores de un año, la mayoría de ellos tienen un peso adecuado para la longitud y pocos con sobrepeso y obesidad.
- Solo una mínima cantidad de la población estudiada recibieron lactancia materna exclusiva y la mayoría de los niños y niñas menores de un año iniciaron la alimentación complementaria a partir de los 4 meses de edad.
- Existe relación estadísticamente significativa entre la frecuencia de alimentación de los niños y niñas menores de un año que consumieron dos veces al día con una longitud baja para la edad.

## **VIII. RECOMENDACIONES**

- Al personal de salud de la institución, realizar charlas educativas a las madres de los niños y niñas menores de un año sobre la lactancia materna exclusiva y una introducción adecuada de la alimentación complementaria.
- Darle importancia a los programas nutricionales que son generados por el ministerio de salud pública a la institución especialmente para los niños y niñas para la prevención del retardo en el crecimiento o el posible sobrepeso y obesidad.
- Los resultados del estado nutricional de los niños y niñas van de acuerdo a ingesta que las madres proporcionen a sus hijos; por eso es importante dar a conocer el personal de salud a las madres sobre la cantidad, consistencia y frecuencia adecuada de la alimentación a partir de los 6 meses de edad.

## **X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Ginebra, Estrategia**

Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño

[En línea].

<http://www.who.com>

### **2. LA LACTANCIA MATERNA.**

[En línea].

<http://www.andes.info.ec>

### **3. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, Iniciativa Mundial**

Sobre Tendencias en Lactancia Materna, Alimentación  
Complementaria informe nacional. Quito, mayo 2009.

[En línea].

<http://www.worldbreastfeedingtrends.org>

### **4. UNIVERSIDAD FASTA, Facultad de Ciencias Médicas, Lic. en**

Nutrición. Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado  
nutricional de niños de 6 a 24 meses. Mayo – 2014.

[En línea].

<http://redi.ufasta.edu.ar>

### **5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN**

**PANAMERICANA DE LA SALUD.** Prácticas Recomendadas

Para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.

[En línea].

<http://new.paho.org>

6. **NUTRICIÓN HUMANA EN EL MUNDO EN DESARROLLO**, Lactancia Materna.  
[En línea].  
<http://www.fao.org>
7. **UNICEF HONDURAS, UNICEF ECUADOR 2012**, Manual Lactancia Materna.  
[En línea].  
<http://www.unicef.org>
8. **LACTANCIA MATERNA**. Consecuencias Sobre la Supervivencia Infantil y la Situación Mundial, Recomendaciones para una Lactancia Materna Óptima.  
[En línea].  
<http://www.unicef.org>
9. **KRAUSE. KATHLEEN MAHAN L. ECOTT-STUMP. Dietoterapia. 2009**,  
Barcelona España. Edición 12 pág. 206
10. **BRIZUELA D. MÁRQUEZJ. CAVADA I. RAFAEL**. Alimentación Complementaria en Niños Sanos de 6 a 24 Meses. Alimentación Complementaria, Grupos De Alimentos. 2013.  
[En línea].  
<http://www.scielo.org>
11. **MUÑOZ M<sup>a</sup> T. SUÁREZ L. CASTILLA M.** Manual Práctico de Nutrición en Pediatría, Comité de Nutrición de la AEP. Período de Transición, Alimentación Complementaria. Consideraciones Sobre la alimentación complementaria.  
[En línea]  
<http://www.aeped.es>

12. **FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA.** Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Técnicas Antropométricas.  
**[En línea]**  
<http://www.unicef.org>
13. **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR.** Dirección General de Salud. Coordinación Nacional de Nutrición. Creciendo Sano.  
**[En línea]**  
<http://instituciones.msp.gob.ec>
14. **POSADA DÍAZ, A. GÓMEZ RAMÍREZ, J.F. RAMÍREZ GÓMEZ, H.** El Niño Sano. 3ª. ed. Bogotá: Medica Panamericana.2005
15. **ARANCETA, J. GIL, A.** Alimentos Funcionales y Salud en la Etapas Infantil y Juvenil. Buenos Aires: Medica Panamericana 2010
16. **BROWN, J. E.** Nutrición en las diferentes etapas de la vida. 3ª. ed. México: McGraw Hill. 2010
17. **Bezares Sarmiento, V. R. Cruz Bojórquez, R.M. Burgos de Santiago, M. Barrera Bustillos, M. E.** Evaluación del Estado Nutricional en el Ciclo Vital Humano. México: McGraw Hill. 2012

## XI. ANEXOS

### Anexo 1



**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

Riobamba, 05-11-2014.

MD. Romina Delli Villavicencio.

**DIRECTORA DEL SUBCENTRO DE SALUD DE YARUQUIES**

Presente

De mi consideración

Reciba un atento y cordial saludo, deseándole éxito en la funciones encomendadas, me dirijo a usted como estudiante, de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública, Escuela de Nutrición y Dietética.

El motivo de la presente, es para solicitar a usted, autorice para realizar mi proyecto de tesis, con las madres de los niños que acuden a la entidad que usted tan acertadamente dirige, como requisito previo a la obtención del título de tercer nivel de Nutricionista Dietista, con el tema de: **“Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria y su relación son el estado nutricional en menores de un año en el subcentro de salud de yaruquies, provincia de chimborazo 2015”**.

En espera de la respuesta favorable y reiterando el agradecimiento por la colaboración brindada estaré permanente agradecida.

Atentamente,

Eliza Janeta Londo

ESTUDIANTE DE LA ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Anexo 2

**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**“PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA ALIMENTACIÓN  
COMPLEMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN  
MENORES DE UN AÑO EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE YARUQUIES,  
PROVINCIA DE CHIMBORAZO 2015.”**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....,por medio de este documento declaro que he sido informado que: La Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública, Escuela de Nutrición y Dietética y el Subcentro de Salud de Yaruquies, respaldan un estudio donde se investigara a las madres, sobre las “Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria y su Relación con el Estado nutricional en menores de un año en el subcentro de salud de yaruquies, provincia de chimborazo 2015.”

Las personas seleccionadas contestarán una encuesta, entregada por la estudiante del noveno semestre de la Escuela de Nutrición Y Dietética; las preguntas se basarán en las características generales de la madre y del niño/a, prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, Toma de peso y talla por parte de la estudiante.

- A. La duración aproximada de la encuesta es de 15 minutos.
- B. Los datos recolectados por el investigador, son confidenciales, nunca se usaran nombres de personas que permitan identificarlos fuera del estudio.
- C. La información obtenida tiene fines exclusivamente investigativos y no podrá ser usada para otro propósito.
- D. Voluntariamente acepto participar en este estudio proporcionando información al investigador y entiendo que me puedo abstener de contestar las preguntas que me resulten incómodas o molestas, o que me puedo retirar del estudio al que este participando.

Atentamente,

.....  
Eliza Janeta  
Investigadora

.....  
Entrevistada

**Anexo. 3**

**ENCUESTA**

**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

Formulario de entrevista dirigido a las madres de los niños menores de un año que acuden al Subcentro de Salud de Yaruquies.

Sra. Madre de familia, solicito a usted responder a las siguientes preguntas según su criterio y conocimientos.

**1. CARACTERÍSTICA GENERALES DE LA MADRE Y DE LOS NIÑO/AS MENORES DE UN AÑO.**

**Nivel Educación:** Primaria\_\_\_\_ Secundaria\_\_\_\_ Superior\_\_\_\_ Ninguna\_\_\_\_

**Ocupación:** Ama de casa\_\_\_\_ Estudiante\_\_\_\_ Empleada\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_

**Estado civil:** Soltera\_\_\_\_ Casada\_\_\_\_ Divorciada\_\_\_\_ Unión libre\_\_\_\_

**Etnia:** Indígena\_\_\_\_ Mestiza\_\_\_\_

**Nombre:**\_\_\_\_\_

**Edad:**\_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:**\_\_\_\_\_

**Sexo:** Hombre\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

**2. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑO/AS MENORES DE UN AÑO.**

**Peso (Kg)**\_\_\_\_\_ **Long (cm)**\_\_\_\_\_

**P/E**\_\_\_\_\_ **T/E**\_\_\_\_\_ **P/T**\_\_\_\_\_ **IMC/EDAD**\_\_\_\_\_

### 3. PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA

a) El niño/a recibió lactancia materna exclusiva.

b) Si:\_\_\_ No:\_\_\_ Porque?:\_\_\_\_\_

c) Preparo los pezones durante el embarazo.

Si:\_\_\_ No:\_\_\_ Porque?:\_\_\_\_\_

b) Actualmente brinda lactancia materna?

Si:\_\_\_ No:\_\_\_ Porque?:\_\_\_\_\_

c) Se lava las manos antes de amamantar.

Si:\_\_\_ No:\_\_\_ Porque?:\_\_\_\_\_

d) Qué Posición de amamantamiento utiliza para su niño/a.

1) Sentada\_\_\_ 2)Sandia o debajo del brazo\_\_\_ 3)Acostada\_\_\_

### 4. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

a) Actualmente que tipos de alimentos le da a su niño/a.

1) Leche materna\_\_\_ 2) Fórmula\_\_\_ 3) Alimentos\_\_\_

b) Qué edad tenía el niño cuando inició la alimentación complementaria?

1) 2 meses\_\_\_ 2) 4 meses\_\_\_ 3) 5 meses \_\_\_ 4) 6 meses\_\_\_

5) 12 meses\_\_\_

c) Usted limpia el área de trabajo antes de preparar los alimentos?

Si: \_\_\_ No: \_\_\_

d) Usted lava los utensilios antes de preparar los alimentos?

Si: \_\_\_ No: \_\_\_

e) Se lava las manos antes de preparar de los alimentos?

Si: \_\_\_ No: \_\_\_

f) Usted lava o desinfecta los alimentos antes de cocinarlos?

Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

g) Cuál es la cantidad de alimentos que actualmente consume el niño/a?

1) Una a dos cucharadas\_\_\_\_2) Tres cucharadas\_\_\_\_

3) Cuarto de Taza\_\_\_\_4) Media taza\_\_\_\_5) Una taza\_\_\_\_

h) Con qué frecuencia se alimenta el niño/a actualmente.

1) Dos veces al día\_\_\_\_2) Tres veces al día\_\_\_\_3) Cuatro veces al día\_\_\_\_

4) Cinco veces al día\_\_\_\_5) Según lo que pida\_\_\_\_

i) Cómo es la consistencia de la alimentación del niño/a.

1) Líquidos\_\_\_\_2) Espeso\_\_\_\_3) Muy espeso\_\_\_\_

j) Preparaciones que consumen frecuentemente los niño/as

1) Compotas\_\_\_\_2) Sopas\_\_\_\_4) Caldos\_\_\_\_5) Coladas\_\_\_\_

6) Alimentación familiar\_\_\_\_

**Gracias por su colaboración**

Anexo 4.

PUNTOS DE CORTE PARA CADA INDICADOR Y SU RESPECTIVA DENOMINACIÓN PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS.		
Indicador	Puntos de corte (desviación estándar)	Denominación
Talla/Edad (T/E)	$< -2$ $\geq -2$ a $< -1$ $\geq -1$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Talla baja para la edad o retraso en talla</li> <li>Riesgo de talla baja</li> <li>Talla adecuada para la edad</li> </ul>
Peso/Talla (P/T)	$< -3$ $< -2$ $\geq -2$ a $< -1$ $\geq -1$ a $\leq 1$ $\geq 1$ a $\leq 2$ $> 2$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peso muy bajo para la talla o desnutrición aguda severa</li> <li>Peso bajo para la talla o desnutrición aguda</li> <li>Riesgo de peso bajo para la talla</li> <li>Peso adecuado para la talla</li> <li>Sobrepeso</li> <li>Obesidad</li> </ul>
Índice de masa corporal (IMC/E)	$> 1$ a $\leq 2$ $> 2$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sobrepeso</li> <li>Obesidad</li> </ul>
Peso/Edad (P/E)	$< -3$ $< -2$ $\geq -2$ a $< -1$ $\geq -1$ a $\leq 1$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peso muy bajo para la edad o desnutrición global severa</li> <li>Peso bajo para la edad o desnutrición global</li> <li>Riesgo de peso bajo para la edad</li> <li>Peso adecuado para la edad</li> </ul>
Perímetro cefálico	$< -2$ $\geq -2$ a $< 2$ $> 2$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Factor de riesgo para el neurodesarrollo</li> <li>Normal</li> <li>Factor de riesgo para el neurodesarrollo</li> </ul>
Tomado del anexo técnico de la adopción de los estándares de crecimiento y desarrollo de la Organización Mundial de la Salud para Colombia.		