



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y SU
RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS (AS) MENORES DE
DOS AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAN PEDRO
DEL CEBOLLAR DURANTE MAYO - JULIO 2013**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**AUTORAS: SILVIA MARIELA CALLE BRAVO
BLANCA BEATRIZ MOROCHO NASQUEZ
JÉSSICA VIVIANA OTAVALO CÁRDENAS**

DIRECTORA: MST. GLADYS ROBALINO IZURIETA.

ASESORA: MST. CARMEN LUCIA CABRERA CÁRDENAS.

**CUENCA – ECUADOR
2013**



RESUMEN

Objetivo: Determinar el conocimiento materno sobre alimentación y nutrición y su relación con el estado nutricional de niños (as) menores de dos años que acuden al Subcentro de Salud de San Pedro del Cebollar durante mayo-julio 2013.

Material y Métodos: La investigación es de estudio descriptivo, se trabajó con una muestra de 74 madres que se obtuvo del universo constituido por 280 madres de niños menores de 2 años que acudieron al Subcentro de Salud de San Pedro, durante mayo-julio del 2012.

Las técnicas de investigación fueron: Revisión de la Historia Clínica para obtener el estado nutricional de los niños menores de 2 años, la entrevista para valorar el nivel de conocimiento materno; los datos fueron procesados y analizados mediante Word y Excel.

Para garantizar los aspectos éticos de la investigación se aplicó el consentimiento informado de las personas.

Resultados: El 56% de niños tienen bajo peso y el 1% sobrepeso, están relacionados con el déficit de conocimientos maternos sobre nutrición, alimentación y con el deterioro de la condición socioeconómica familiar. El 43% de niños tienen peso normal, estado nutricional que está ligado al conocimiento materno así como con una condición socioeconómica de mejor calidad.

Conclusiones: Existe relación directa entre el grado de conocimiento materno, la condición socioeconómica y el estado nutricional lo que ratifica el sustento teórico de que el estado nutricional es un indicador de equidad y muestra el nivel de acceso a bienes de consumo básico.

PALABRAS CLAVES: CONOCIMIENTO MATERNO, ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN, ESTADO NUTRICIONAL.



ABSTRACT

Objective: To determine maternal knowledge on food and nutrition and its relationship to the nutritional status of children under 2 years attending health sub-center San Pedro del Cebollar during May, June and July 2013.

Material and methods: The research is descriptive study, were are working with a sample of 74 mothers was obtained of the universe consists of 280 mothers of children under 2 years q attended the health sub-center of San Pedro during May June and July 2012.

Research techniques were; review of the clinical history to obtain the nutritional status of children under 2 years the interview to assess the level of knowledge mother and the data were processed and analyzed using Word and Excel.

To ensure the ethical aspects of applied research informed consent of.

Results: 50% of children are underweight and 1% overweight, are related to the lack of maternal knowledge about nutrition, food and the deterioration of the socioeconomic status of best quality.

Conclusions: There is a direct relationship between the degree of maternal knowledge, socioeconomic status and nutritional status which confirms the theoretical basis that the nutritional status is an indicator of equity and shows the level of access to basic consumer goods

Keywords: MATERNAL KNOWLEDGE, FOOD, NUTRITION, NUTRITIONAL STATUS.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
DEDICATORIA	16
AGRADECIMIENTO	19
1 CAPÍTULO I.....	20
1.1 INTRODUCCIÓN.....	20
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	24
CAPÍTULO II.....	27
2 MARCO TEÓRICO	27
2.1 SITUACIÓN NUTRICIONAL EN EL MUNDO	27
2.2 MORTALIDAD INFANTIL EN EL MUNDO	28
2.3 MORTALIDAD INFANTIL EN EL ECUADOR	30
TABLA N° 1.....	31
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN ECUADOR.....	31
2.3.1 Causas de mortalidad infantil en el Ecuador	31
2.4 SITUACIÓN NUTRICIONAL EN EL ECUADOR.....	32
2.5 CONOCIMIENTO MATERNO.....	33
2.5.1 Características del conocimiento.....	35
2.5.2 Tipos de conocimiento.....	35
2.5.3 Determinantes del conocimiento materno sobre alimentación y nutrición.....	39
2.6 SOBERANÍA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA.....	41
2.6.1 Disponibilidad de alimentos.....	43
2.6.2 Accesibilidad a los alimentos.....	43
2.7 ALIMENTACIÓN.....	44
2.7.1 Alimentación del niño/a de 12 – 23 meses de edad	46
2.7.2 Consideraciones prácticas para alimentar al niño/a entre 12 a 23 meses de edad	47
2.7.3 Recomendaciones prácticas para la alimentación sólida	48



2.8 PROGRAMAS Y POLÍTICAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR	49
2.8.1 El Programa Nacional de Alimentación y Nutrición	51
2.8.2 El Programa Alimentario Nutricional Integral.....	52
2.8.3 Programa Acción Nutrición Proyecto “Desnutrición Cero”	52
2.8.4 Programa Integrado de Micronutrientes	53
2.8.5 Programa de Educación Alimentaria Nutricional	57
2.9 PRÁCTICAS NUTRICIONALES	58
2.9.1 LACTANCIA MATERNA.....	58
2.9.2 DESTETE	64
2.9.3 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	69
TABLA N° 2.....	74
ESQUEMA DE INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	74
TABLA N°3.....	76
GRUPOS DE ALIMENTOS SEGÚN LOS NUTRIENTES	76
2.10 NUTRICIÓN.....	78
2.11 EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	80
TABLA N°4.....	82
FÓRMULAS PARA CALCULAR EL PESO SEGÚN NELSON	82
TABLA N°5.....	83
INCREMENTOS DE TALLA EN NIÑOS /NIÑAS MENORES DE UN AÑO	83
2.12 PROBLEMAS COMUNES DE UN NIÑO MAL NUTRIDO.....	84
2.12.1. DESNUTRICIÓN	84
TABLA N°6.....	86
CLASIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN SEGÚN GÓMEZ.....	86
2.12.2 OBESIDAD Y SOBREPESO	89
CAPÍTULO III.....	91
3 MARCO REFERENCIAL	91
3.1 DATOS DE LA INSTITUCIÓN	91
3.1.1. Nombre de la institución	91
3.1.2. Dirección:	91
3.1.3. Tipo de institución	92



3.1.4. Ubicación geográfica.....	92
3.1.5. Límites.....	92
3.2 Misión.....	92
3.3 Visión.....	92
3.4 Recursos Humanos con los que cuenta.....	93
3.5 Planta física.....	93
3.6 Cobertura.....	94
3.7 Programas sobre Alimentación y Nutrición que se desarrollan.....	95
CAPÍTULO IV.....	96
4 OBJETIVOS.....	96
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	96
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	96
4.3 DISEÑO METODOLÒGICO.....	97
4.3.1 Tipo de estudio.....	97
4.3.2 Área de estudio.....	97
4.3.3 Universo.....	97
4.3.4 Muestra.....	97
4.3.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	98
4.3.5.1 Criterios de Inclusión.....	98
4.3.5.2 Criterios de exclusión.....	98
4.3.5.3 Operacionalización de Variables.....	99
CAPÍTULO V.....	104
5 RESULTADOS.....	104
5.1 Cumplimiento del estudio.....	104
Tabla N° 1 .Distribución de edades de niños menores de 2 años, de 74 madres encuestadas, Cuenca 2013.....	104
Tabla N° 2.Distribución de numero de hijo, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	105
Tabla N° 3. Distribución de estado nutricional de niños menores de 2 años, de 74 madres encuestadas, Cuenca 2013.....	105
Tabla N° 4. Distribución de edades de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	106



Tabla N° 5. Distribución de edades de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	107
Tabla N° 6. Distribución de ocupación de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.	108
Tabla N° 7. Distribución de trabajo en el hogar, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.	108
Tabla N° 8. Distribución del tiempo de trabajo, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.	109
Tabla N° 9. Distribución de salario mensual, de 26 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.	109
Tabla N° 10. Distribución de conocimientos materno sobre alimentación, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	110
Tabla N° 11. Distribución de conocimientos sobre concepto de nutrición, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	111
Tabla N°12. Distribución conocimiento sobre lactancia Materna, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	111
Tabla N° 13. Distribución de conocimientos sobre lactancia Materna exclusiva, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	112
Tabla N° 14. Distribución de conocimientos sobre ventajas de la lactancia materna, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	113
Tabla N°15. Distribución de motivos para no dar leche materna exclusiva hasta los 6 meses, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	114
Tabla N°16. Distribución de conocimientos sobre destete de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	115
Tabla N° 17. Distribución de tiempo de lactancia del niño sin introducir alimentos, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	115
Tabla N° 18. Distribución de frecuencia dealimentar al niño mayor de 6 meses, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	116
Tabla N°19. Distribución de tipo de alimentos que debe recibir el niño a partir de los seis meses de edad, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	117



Tabla N° 20. Distribución de tipo de alimentos que recibe el niño a partir de los siete meses, de 74 madres de niños menores de Cuenca 2013.....	118
Tabla N° 21. Distribución de tipo de alimentos que se debe ofrecer al niño a partir de los ocho meses, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.	119
Tabla N° 22. Distribución de tipo de alimentos le debe ofrecer al niño a partir del año de edad, de 74 madres de niños menores de 2 años Cuenca 2013. ..	120
Tabla N° 23. Distribución de conocimiento sobre suplementos nutricionales, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.	121
Tabla N° 24. Distribución de conocimientos sobre utilidades de suplementos nutricionales, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	122
Tabla N° 25. Distribución conocimientos sobre programas de alimentación y nutrición que brinda el Ministerio de Salud Pública, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca. 2013.	122
Tabla N° 26. Distribución lapso de tiempo recibe educación sobre nutrición y alimentación, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	123
Tabla N° 27. Distribución de información sobre temas de alimentación y nutrición, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.....	123
Tabla N° 28. Distribución de nivel de conocimiento de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.	124
Tabla N° 29. Distribución de niños menores de 2 años según estado nutricional y nivel de conocimiento materno sobre alimentación y nutrición, Cuenca 2013.	125
Tabla N° 30. Distribución de niños menores de 2 años según estado nutricional y nivel de educación de la madre, Cuenca 2013.....	126
Tabla N° 31. Distribución de niños menores de 2 años según estado nutricional y salario de la madre, Cuenca 2013.....	127
Tabla N° 32. Distribución de niños menores de 2 años según estado nutricional y ocupación de la madre, Cuenca. 2013	128
CAPITULO VI.....	129
6 DISCUSIÓN.....	129
7 CAPITULO VII	132
7.1 CONCLUSIONES	132



7.2 RECOMENDACIONES.....	134
7.3. LIMITACIONES:.....	135
CAPITULO VIII.....	136
8 CITAS BIBLIOGRÁFICAS.	136
8.1 REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	136
8.2 BIBLIOGRAFIA.....	140
8.3 ANEXOS.....	145
8.3.1 ANEXO 1	145
8.3.2 ANEXO 2.....	146
8.3.3 ANEXO 3.....	147
8.3.4 ANEXO 5.....	151
8.3.5 ANEXO 6	152
8.3.6 ANEXO 7	153
8.3.7 ANEXO 8.....	154



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Silvia Mariela Calle Bravo, autora de la tesis "CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS (AS) MENORES DE DOS AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAN PEDRO DEL CEBOLLAR DURANTE MAYO - JULIO 2013." Reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Diciembre del 2013

Silvia Mariela Calle Bravo

CI. 0106711831

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Blanca Beatriz Morocho Nasquez, autora de la tesis "CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS (AS) MENORES DE DOS AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAN PEDRO DEL CEBOLLAR DURANTE MAYO - JULIO 2013." reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Diciembre del 2013

Blanca Beatriz Morocho Nasquez

C.I.0104165808

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Jéssica Viviana Otavalo Cárdenas, autora de la tesis "CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS (AS) MENORES DE DOS AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAN PEDRO DEL CEBOLLAR DURANTE MAYO - JULIO 2013." reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Diciembre del 2013

Jéssica Viviana Otavalo Cárdenas

C.I.0105388029

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Fundada en 1867

Yo, Silvia Mariela Calle Bravo, autora de la tesis "CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS (AS) MENORES DE DOS AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAN PEDRO DEL CEBOLLAR DURANTE MAYO - JULIO 2013." certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Diciembre del 2013

Silvia Mariela Calle Bravo

C.I. 0106711831

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Blanca Beatriz Morocho Nasquez, autora de la tesis "CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS (AS) MENORES DE DOS AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAN PEDRO DEL CEBOLLAR DURANTE MAYO - JULIO 2013." certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Diciembre del 2013

Blanca Beatriz Morocho Nasquez

C.I.0104165808

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Jéssica Viviana Otavalo Cárdenas, autora de la tesis "CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS (AS) MENORES DE DOS AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SAN PEDRO DEL CEBOLLAR DURANTE MAYO - JULIO 2013." certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Diciembre del 2013

Jéssica Viviana Otavalo Cárdenas

C.I.0105388029

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



DEDICATORIA

En primer lugar a mi Dios, quien me dio el maravilloso regalo de la vida y quien me acompaño durante la misma y me ha dado fuerza día a día para lograr mis metas propuestas.

A mis padres, quienes me apoyaron en todas las decisiones que tomado durante mi vida, siendo para mi ellos ejemplos de superación, y entrega brindándome siempre su amor y sustento incondicional.

A mis hermanas Bridegth, Mishell y Emily, quienes representan en mi vida además de mis padres la alegría y el amor fraternal, y por haber estado siempre a mi lado a pesar de las adversidades.

SILVIA



DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

.
Para mi mami por su apoyo, consejos, comprensión, amor, y su ayuda en los momentos difíciles, por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me ha dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanas por estar siempre presentes, acompañándome para poder alcanzar esta meta.

.
A mis sobrinos Miguel y Pablo quienes han sido y son para mí una motivación, inspiración y felicidad.

¡Gracias! a todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

BLANCA



DEDICATORIA

A mi Señor Jesús, quién me dio fe, fortaleza, salud y la esperanza para terminar esta investigación.

A Leonel, quién me brindó su amor, cariño y su apoyo constante. Su cariño, comprensión y paciente espera para que pudiera terminar esta investigación, son evidencia de su gran amor. ¡Gracias!

A mis padres y abuelita Teresa, porque creyeron en mi y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, por lo que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

A mi segundo padre, Marcelo Otavalo quién siempre me motivó a seguir adelante y por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

JÉSSICA



AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a Dios quien nos dio la vida y la ha llenado de bendiciones en todo este tiempo, a él que con su infinito amor nos ha dado la sabiduría suficiente para culminar nuestra carrera universitaria.

Nuestro más sincero agradecimiento, reconocimiento y cariño a nuestros padres por todo el esfuerzo que realizan diariamente y hacen de nosotras personas de bien, gracias por los sacrificios y la paciencia que demostraron todos estos años.

Gracias a nuestros hermanos y hermanas quienes han sido nuestros amigos fieles y sinceros, en los que hemos podido confiar y apoyarnos para seguir adelante.

Gracias a todas aquellas personas que de una u otra forma nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales.

Agradecemos también de manera especial a nuestra directora y asesora de tesis quienes con sus conocimientos y apoyo nos supieron guiar el desarrollo de la presente investigación desde el inicio hasta su culminación.

LAS AUTORAS



1 CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

De acuerdo al Programa Mundial de Alimentos, en América Latina Ecuador es el cuarto país de después de Guatemala, Honduras y Bolivia que registra los peores índices de desnutrición infantil. En nuestro país las provincias con índices más elevados de desnutrición se encuentran en la Sierra y son: Chimborazo con 40.3%, Cotopaxi con 34.2%, Bolívar 31.7% y en la zona rural del Azuay es del 46.5% el porcentaje de niños menores de 5 años que presentan desnutrición global.¹

Entre el año 2006 y 2010 el índice de pobreza en Ecuador se redujo a 4.8% sin embargo, en el sector urbano la pobreza llegó al 22.5% y en la zona rural al 53%. El estudio suscrito por el director del INEC indica que la extrema pobreza se redujo del 16.9% al 13,9% en el año 2010, pero aunque exista una disminución en los porcentajes, sin embargo en muchos hogares no cuentan en sus dietas con suficientes nutrientes.

Esta realidad es una consecuencia directa de la situación socioeconómica, así como; del grado de conocimiento de la madre que afecta la salud y la calidad de vida, produciendo situaciones de riesgo y desventaja para el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, lo que repercute en la disminución de sus habilidades y competencias para el aprendizaje. Por ello diferentes gobiernos han creado programas en el área de salud, nutrición y educación como una manera de influir positivamente en los grupos familiares de los niños que se encuentran en esta situación.

La presente investigación demostró el conocimiento materno sobre alimentación y nutrición en niños menores de dos años y luego se relacionó

¹Rauch Helmut. Alerta por desnutrición infantil en Ecuador. [sede web].Quito:2009. [Actualizado 22/Enero/2013; Consultado el mayo2013].Disponible en <http://www.hoy@hoy.com.ec>



con el estado nutricional de sus niños, siendo el conocimiento de la madre la causa principal de problemas en los niños relacionados con la nutrición y que conlleva a alteraciones en su crecimiento y desarrollo. La tesis tiene varios capítulos:

En el Capítulo I se aborda la introducción, planteamiento del problema y justificación, en el que se enfoca investigaciones sobre la incidencia del estado nutricional deficiente en los niños debido al desconocimiento de las madres sobre alimentación y nutrición, lo que repercute en su desarrollo.

En el Capítulo II se aborda el marco teórico se trabaja con categorías conceptuales como: situación nutricional, mortalidad infantil, conocimiento materno, soberanía y seguridad alimentaria, requerimientos nutricionales, Programas del Ministerio de Salud relacionada con el componente nutricional y la evaluación del estado nutricional.

En el Capítulo III el marco referencial describe el lugar donde se realizó la investigación, se destaca la visión, misión y la organización administrativa del Subcentro de Salud.

En el capítulo IV se aborda el diseño metodológico en donde se destaca el tipo de estudio, así como la fórmula para obtener la muestra la cual es de 74 madres, tomando como referencia el universo que está constituido por 280 madres de niños menores de dos años que acudieron al Subcentro de Salud de San Pedro del Cebollar durante mayo, junio, julio del año 2012, además se encuentra la operacionalización de las variables.

En el capítulo V se realiza la tabulación y el análisis de la información; con los resultados encontrados en la investigación.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna y alimentación complementaria son dos de las tres mejores intervenciones para reducir la mortalidad del niño especialmente menor de un año; que permite aprovechar todos sus beneficios para una buena nutrición del lactante y niño pequeño, por ende para su salud y desarrollo.

En los Sistemas de Salud se debe fortalecer las acciones en favor de la nutrición, todavía se observa que los problemas nutricionales constituyen hoy en día uno de los principales problemas de Salud Pública; esta situación se manifiesta con más evidencia en nuestro país debido a la crisis económica y social por la que atraviesa.

Otro factor limitante para una buena nutrición es el deficiente conocimiento de las madres sobre una alimentación saludable para sus hijos, produciendo en los ellos problemas de desnutrición; es importante recalcar que una adecuada nutrición es primordial para el crecimiento y desarrollo del niño/a, teniendo en cuenta que las afecciones nutricionales producidas durante la infancia tienen repercusiones para el resto de la vida.

La Organización Mundial de la Salud reconoce que es una necesidad trabajar arduamente en el sistema educativo con el fin de que la población pueda mejorar sus condiciones de vida que tratándose de la alimentación, podrán desarrollar hábitos alimentarios saludables en la misma medida en que se tengan conocimientos sobre el valor nutritivo de los alimentos y su inocuidad, siempre y cuando existan los recursos económicos requeridos para la adquisición de los mismos; por lo que conjuntamente con expertos en nutrición, plantea que hay que trabajar en el sentido de lograr que las personas comprendan y pongan en práctica, tanto como lo sea posible, para ello el Estado Ecuatoriano ha implementado programas de Alimentación y Nutrición que van dirigidos de manera especial a los niños/as desde su nacimiento hasta la edad escolar.



En el Ecuador la población en el año 2013 es de 15'483.499 habitantes, de los cuales 1.691.400 son niños/as, constituyendola población más vulnerable que se encuentran afectados por los malos estilos de vida que influye en el deterioro de su salud. El 23% de los menores de 5 años de edad presentan problemas nutricionales como: desnutrición, anemia, enfermedades infecciosas, sobrepeso y obesidad, debido a la falta de conocimientos de las madres sobre alimentación-nutrición, volviéndose una alimentación monótona, escasa y baja en el consumo de alimentos ricos en vitamina "A" y hierro.²

Debido a la falta de estudios en el Subcentro de Salud de San Pedro del Cebollar en la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, que relacionen el conocimiento materno sobre alimentación y nutrición con el estado nutricional de niños menores de 2 años se considera importante realizar una investigación sobre esta temática.

²Ministerio de Inclusión Económica Y Social-MIES Programa Operación Rescate Infantil-ORI 2010.



1.3 JUSTIFICACIÓN

El tema de conocimiento materno sobre alimentación y nutrición relacionado con el estado nutricional de niños/as menores de dos años que acuden al Subcentro de Salud de San Pedro del Cebollar es importante porque “crecer y desarrollarse de acuerdo a su potencial es un derecho de todos y cada uno de los niños/as en el Ecuador y en el mundo entero” así lo indicó el representante del Programa Mundial de Alimentos del Ecuador Helmut Rauch. Para que esto se cumpla a cabalidad, es necesario que el niño esté bien alimentado y no sufra enfermedades con frecuencia.

Los últimos datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación muestran el fracaso de la lucha contra el hambre en el mundo, mientras que la obesidad es una enfermedad descrita por la Organización Mundial de la Salud como el “Síndrome del Nuevo Mundo” o la “Epidemia del siglo XXI”; por tales motivos enfatiza la necesidad de un enfoque multisectorial y multidisciplinario de la problemática nutricional y sus soluciones; así como la importancia de integrar intervenciones a favor de la nutrición del niño pequeño en la Atención Primaria de Salud en los pueblos.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio son ocho y fueron creados por la Organización de las Naciones Unidas para reducir la pobreza a la mitad para en el año 2015, con el fin de mejorar la situación nutricional de la niñez; como una de las metas planteadas es el erradicar la pobreza extrema y el hambre siendo estos, consecuencias y causa directa de la malnutrición.

De acuerdo a la información del Observatorio de la Niñez y Adolescencia, la desnutrición crónica en el Ecuador afecta en la Costa al 21% de niños entre 0-5 años, en la Sierra al 16% y en la Amazonía al 27%. El porcentaje de infantes

menores de 5 años que presentan desnutrición global en la zona rural del Azuay es del 46.5%.³

“Según la Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición en el Ecuador existen dos estudios realizados sobre la nutrición en niños menores de 5 años cuyos resultados indicaron: en el año de 1986 la desnutrición crónica era de 34.0%, el bajo peso de 16.5 % y la desnutrición aguda del 1.78%; en cambio en el año de 1998 la desnutrición crónica declinó al 26,4%, el bajo peso apenas se modificó al 14,3% y la desnutrición aguda aumentó ligeramente al 2,4%.”⁴

La obesidad en el Ecuador hasta el año 2001 afectaba al 14% de los niños/as, de ellos 5,2% padecía de sobrepeso, el 8,7% de obesidad; mientras que en la actualidad asciende al 16% de niños/as de los cuales; 6.7% tienen sobrepeso y 9,3% sufren de obesidad; por esta razón el Ministerio de Salud Pública ha establecido medidas de promoción (huertos familiares, bares saludables, educación en la comunidad, entre otros) que ayudarán a reducir estas cifras a largo plazo⁵.

Los resultados de estudios realizados en la localidad de San Pedro del Cebollar que es una parroquia rural que pertenece al Cantón Cuenca indicaron que el estado nutricional de los niños/as menores de 2 años que acuden al Centro de Desarrollo Infantil, son los siguientes: el 42,37% de los niños/as tienen desnutrición en diferentes grados, existe un nivel de normalidad del 44,06% y un 13,55% de niños/as tienen sobrepeso y obesidad, situación que según el estudio es atribuida a la deficiencia de conocimiento maternos sobre alimentación y nutrición saludable.⁶

³Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador.2010

⁴Larrea C, Freire W, Lutter C. Equidad desde el principio: Situación Nutricional de los niños.2ª ed. Madrid: Biblioteca aula medica;2009

⁵Medrana M J, Cerato E .Aumenta del índice de obesidad en niños .El telégrafo.2009:vol 2;121

⁶Riumallo, J. *Estado nutricional en niños menores de dos años*. [sede web].Perú: Pess;18 de Julio de 2007;[Actualizado junio 2010.Consultado el 06/enero/2013.Disponible en: <http://www.biblioteca.org.pdf>



El presente estudio tiene importancia para la Salud Pública, ya que los resultados permitirán ampliar los conocimientos respecto a esta problemática, los mismos que serán utilizados para conocer y analizar nuestra realidad permitiendo asumir actitudes reflexivas y positivas del personal de enfermería y la población en relación con el tema, con el fin de fortalecer las acciones de promoción que contribuyen a disminuir la problemática nutricional de los niños/as.

Este estudio sobre los conocimientos que tienen las madres relacionados con alimentación y nutrición, sirve como línea de base para plantear sugerencias en el ámbito de la educación y promoción dentro del área de salud sobre el tema en estudio.



CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 SITUACIÓN NUTRICIONAL EN EL MUNDO ⁷

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud demuestran que entre 3 y 5 millones de niños menores de 5 años mueren por año en el mundo por causas asociadas a la desnutrición. La desnutrición en el ámbito mundial causa estragos en la salud del hombre, debido a la falta de alimentos suficientes y necesarios para obtener una salud adecuada, lo que ha generado que las dos terceras partes de los habitantes en el mundo presenten problemas nutricionales.

La desnutrición infantil, más allá de ser una condición patológica, corresponde a un problema de Salud Pública y es la principal causa de muertes de lactantes y niños pequeños; pero existen diversos organismos alrededor del mundo que se encargan de combatirla y tienen como prioridad la prevención, entre estas tenemos: el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud que definen a la desnutrición de dos maneras: la **desnutrición primaria** cuando los nutrientes necesarios no pueden ser abastecidos por la situación económica, cultural y educativa, en cambio; en la **desnutrición secundaria** la persona tiene adecuados aportes nutricionales, pero debido a enfermedades estos no son absorbidos y utilizados adecuadamente por el organismo.

La desnutrición infantil es la peor cara de la pobreza extrema que afecta a varias regiones del planeta, causando diferentes problemas de salud y enfermedades, algunas leves, crónicas y otras muy graves; afectando el

⁷Organización Panamericana de la Salud, Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo del Niño. Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño: Memoria de la Reunión Regional de los Países de Mesoamérica, Febrero 9-12, 2010. Managua, Nicaragua. Washington, D.C.: PAHO ©2010

desarrollo y crecimiento normal del niño, además puede ocasionar retraso mental e intelectual y puede terminar en la muerte, es por ello, que para enfrentar el aumento de la pobreza y mejorar la calidad de vida de la población diferentes gobiernos han creado programas en el área de la salud, nutrición y principios básicos de educación como una manera de influir positivamente en los grupos familiares de los niños que se encuentran en esta situación, sin embargo esto no alcanza, se necesitan acciones con hechos y no solo palabras para solucionar estos problemas en el mundo.

2.2 MORTALIDAD INFANTIL EN EL MUNDO ⁸

Según el informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2012 podemos analizar que en los últimos veinte años, en nueve regiones en desarrollo en el mundo, se logró disminuir en más del 50% la mortalidad de niños menores de cinco años, a pesar de ello; todavía se dan grandes desigualdades en América Latina, por ejemplo, existe una alta mortalidad infantil en la zona rural que en la urbana en todo el mundo.

La mortalidad infantil es el número de decesos de niños que comprenden edades de cero a un año, está perdida se encuentran vinculada por las situaciones económicas, sociales y culturales en las que vive la madre, en donde se refleja el desconocimiento sobre temas de salud y educación especialmente en las áreas rurales, en el que se deben implementar políticas urgentes que beneficien a esta población; con la finalidad de asistir alimentariamente a las madres y sus hijos no solamente con la atención médica sino en todos los ámbitos de mejoras de la salud y educación. También solucionar el problema habitacional, la desocupación, falta de servicios sanitarios, entre otros pues todavía las zonas rurales carecen de estos.

⁸ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Sobre la base de las encuestas demográficas y salud. (CEPAL). 2010; 124(16):64-69.



Es por ello que cuando un recién nacido fallece constituye un problema de salud que tiene mucha relevancia para el mundo y sus organizaciones que brindan apoyo a la niñez, por lo que se encuentran sometidos constantemente al análisis y seguimiento de los motivos por los cuales ocurrió el lamentable suceso para renovar las políticas y programas a favor de los niños/as del mundo.

La mortalidad infantil presenta varios campos de análisis, interpretación y acciones. Una de ellas y la más importante, es la atención de la madre durante el embarazo y el parto, siendo la condicionante más fuerte para que un niño sobreviva al menos en los primeros seis meses de edad. Entre los factores limitantes del deceso de un niño/a en sus primeros años de vida tenemos: el nivel de educación de los padres, el lugar de residencia, servicios básicos (agua, luz, alcantarillado), condiciones inadecuadas de la vivienda, etc.

En Bolivia en el año 2009 la tasa de mortalidad infantil fue de 51 por cada 1000 nacidos vivos, a pesar que habido una significativa reducción, está muy lejos de los índices de mortalidad a nivel Latinoamericano que es de 19 por cada 1000 nacidos vivos. En Latinoamérica en el 2009 morían 239.000 niños menores de cinco años que representan el 23% y se tiene como meta reducir la mortalidad en las dos terceras partes para el 2015 siendo esta del 17%.⁹

La mortalidad infantil en los países sudamericanos en el año 2009 es de: Argentina 14 fallecidos por cada mil nacimientos, Brasil 21 por cada mil, Chile 9 por cada 9 mil, Ecuador 24 fallecidos por cada mil nacimientos, Paraguay 23 por cada mil, Perú 21 por cada mil, Uruguay 13 por cada mil, Venezuela 18 por cada mil.¹⁰ Entre las causas de la mortalidad infantil en el mundo tenemos: el 41% muere tras nacer por asfixia o neumonía, el 14% fallece por graves casos de diarrea y pérdida de líquidos (deshidratación), el 14% padece neumonía, un

⁹CEPAL. - División de Población; Estimaciones y proyecciones de la población. 2009

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud, 48^o Consejo Directivo, 60^a Sesión del Comité Regional, Estrategias y el Plan de acción " Mortalidad en Latinoamérica y el Caribe", Washington.DC, EUA, 2008

8% muere por la Malaria, el 3% deja de vivir por otras enfermedades, el 2% muere por el VIH, el 1% por sarampión y un 16% fallece por otras causas.

2.3 MORTALIDAD INFANTIL EN EL ECUADOR¹¹

Los indicadores de la mortalidad infantil del Ecuador es el resultado de varias situaciones de salud ligadas a la atención de la madre durante el embarazo, el parto y el nivel información que mantiene el personal de salud-madre, pero sobre todo refleja el estado de salud del niño durante el primer año de vida y por ende en las condiciones en la que se desarrolla el mismo.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en el año 2010 fallecieron 3.204 niños/as menores de un año. La Sierra es la región con más número de muertes infantiles con 1.575 por cada mil nacimientos, en la Costa de 1.434 por mil, en la Amazonía 186 por mil, en Galápagos 6 por mil y en zonas no delimitadas 3 por cada mil.

La cuarta meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es reducir la mortalidad de los niños/as menores de cinco años en dos terceras partes para el 2015; por lo que están arduamente trabajando el Ministerio de Educación y Ministerio de Inclusión Económica y Social para conseguir esta meta.

Sin embargo, la mortalidad infantil está ligada con las condiciones socioeconómicas y culturales de la población, pues mientras más pobre es la población, menos recursos económicos tiene para alimentarse de manera correcta, además de evidenciar las altas deficiencias en temas de servicios de salud y el déficit de educación en las madres especialmente en las áreas rurales, lo que contribuye a la muerte de niños/as, es de vital importancia el rol que desempeña el estado y la educación a las familias.¹² En todos los países sigue vigente la diferencia en la mortalidad infantil según el nivel educativo de

¹¹Ecuador. Estado Mundial de la Infancia 2008. La mujer infancias supervivencia. Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Estado_Mundial_de_la_Infancia. Consultado febrero 2013.

¹²Cumbre de las Naciones Unidas; Reunión Plenaria de alto nivel de la Asamblea General. New York, 2010

la madre, es decir; los niños de madres con baja escolaridad mueren antes de cumplir el año de edad con más frecuencia, que los niños de madres más educadas.

TABLA N° 1.
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN ECUADOR

Country	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ecuador	35,1	34,0	33,0	31,9	24,4	23,6	22,8	22,1	21,3	20,9	20,2	19,6	19,0

Fuente: perspectivas de la población Mundial 2010.

Como podemos observar en la tabla, la tasa de mortalidad infantil desde el año 2000 se presentó con el porcentaje de 35.13 %, lo que ha ido disminuyendo notoriamente manteniéndose hasta el 2012 en 19.6% significando una reducción del 16.07%, debido que se han implementado y reformado políticas a favor de niños/as en temas de nutrición y salud en nuestro país.

2.3.1 Causas de mortalidad infantil en el Ecuador ¹³

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública, las principales causas de muerte en la población infantil menor de un año durante el 2010 fueron:

- ♥ Corta duración de la gestación y bajo peso al nacer.
- ♥ Neumonía.
- ♥ Sepsis bacteriana.
- ♥ Dificultad respiratoria del recién nacido.
- ♥ Neumonía congénita.
- ♥ Malformaciones congénitas del corazón.

¹³Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2010), *Mortalidad infantil en el Ecuador*, Consultado en julio 2013. Disponible en: <http://www.ministerio de salud.gob.ec/mortalidad>.

- ♥ Síndrome de aspiración neonatal.
- ♥ Otras malformaciones congénitas.
- ♥ Hipoxia intrauterina.
- ♥ Diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso.

“Estas muertes se podrían evitar solamente con buenas prácticas de atención durante el parto y del posparto inmediato que están orientadas sobre todo a disminuir los problemas más serios de la madre y de los niños/as ecuatorianos. Sin embargo, mientras se promueve una mayor atención a la sobrevivida madre-recién nacido se pasa por alto la implementación de tres prácticas seguras, eficaces, factibles, de bajo costo y basadas en el mejor nivel de evidencia científica, como es el inicio temprano de la lactancia materna exclusiva o precoz, que benefician tanto al niño/a como a su madre y tienen un efecto positivo a largo plazo en el estado nutricional, el correcto desarrollo y la salud del recién nacido.”¹⁴

2.4 SITUACIÓN NUTRICIONAL EN EL ECUADOR¹⁵

Ecuador es el cuarto país de América Latina, con peores índices de desnutrición infantil. El 13,9% de la población ecuatoriana vive en extrema pobreza, en zonas rurales el índice aumenta al 49% y en los indígenas del 53%. Actualmente, el 26% de la población infantil ecuatoriana de 0 a 5 años sufre de desnutrición crónica, una situación que se agrava en las zonas rurales, donde alcanza al 35,7% y es aún más crítica entre los niños indígenas, con cifras de más del 40%.¹⁶

El actual gobierno de Rafael Correa está haciendo todo lo necesario para paliar esta situación, en la nueva Constitución se hace hincapié en la lucha contra la

¹⁴Chaparro CM, Lutter C. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficios para la nutrición y salud de madres y niños/as. OPS: Washington D.C., diciembre, 2007.

¹⁵Perfiles nutricionales del Ecuador. Resumen 2010. disponible en http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/ecu_es.st. Consultado mayo 2013.

¹⁶ Martínez, R. Palma, A. Atalah, E. Pinero, A. Inseguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): Naciones Unidas, 2009. Consultado julio 2013.

desnutrición infantil, la malnutrición, la obesidad entre los niños y adolescentes, mientras que el Ministerio de Salud Pública está actuando progresivamente para combatir esta problemática, mediante la promoción en los Centros de Salud con charlas y talleres de capacitación para que las madres tengan una guía nutricional durante y después de su embarazo y la crianza de sus hijos.

Así pues, la desnutrición infantil está relacionada con la falta de educación y en nuestro país las personas analfabetas en las zonas rurales es del 17% y entre los indígenas de 28% y lamentablemente entre las mujeres indígenas las cifras de analfabetismo ascienden al 40% siendo una de estas las causas que afectan a la nutrición del niño/a. Actualmente la malnutrición es responsable de una tercera parte de los 8.8 millones de muertes registradas anualmente entre los niños menores de cinco años. Además de ser una causa de defunción directa constituye el factor de riesgo más importante de morbilidad entre los niños de corta edad.

Desde el año 2004 hasta la actualidad el gobierno asumió los programas de alimentación y la lucha contra la malnutrición y desde entonces el Programa Mundial de Alimentos ayuda en tareas de asesoramiento, logísticas y actuar en caso de emergencias conjuntamente con los diferentes organismos existentes a beneficio de la situación nutricional del país.

2.5 CONOCIMIENTO MATERNO¹⁷

A lo largo de la historia de la humanidad, el ser humano siempre se ha distinguido por utilizar su capacidad de raciocinio para generar conocimiento en base a información que el medio le provee, o el mismo logra encontrar mediante los procesos de investigación. Desde sus inicios el ser humano se ha visto rodeado de información proporcionada por el medio que le rodea y

¹⁷Batista Rodríguez, Conocimiento desde un enfoque psicosocial. [sede web]; La Española: 2009. [Actualizada en agosto 2010]. disponible en <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-427-1-conocimiento-teorias--desde-un-enfoque-psic.html>



más aún en la sociedad actual, una sociedad informacional en donde la base y principal objetivo de todo desarrollo se sustenta en la información que será transformada en conocimiento.

El conocimiento es un estado claro de la conciencia misma y del entorno en la obtención de información, se centra en cuestiones inmediatas sobre hechos y la información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje posterior a través de introspección, de tal modo; es una aprobación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solo poseen menor valor cualitativo que significa en definitiva la posesión consiente de un modelo de la realidad.

El conocimiento es un proceso que tiene relación con el mundo existente, defendido por el realismo y el mundo percibido. Este punto es importante pues permite postular la existencia de un mundo real e independiente de lo que conocemos y es importante considerar su origen, pues es el conjunto de todas nuestras percepciones de una imagen mental construida a niveles inferiores del cerebro y que a partir de la cual nuestro cerebro lo guarda y a través de tiempo lo recordamos de manera sencilla.

De tal manera, el conocimiento empieza por los sentidos y pasa de estos al entendimiento y termina en la razón, igual en el caso del entendimiento hay solamente un uso formal de la misma, del uso lógico que es razón hace obstrucción de todo un contenido pero, también hay un uso real, por ende; el conocimiento en una madre analfabeta e indígena repercute en el desarrollo de sus hijos de manera directa o indirectamente, la falta de información (alimentación -nutrición) y la adquisición de los alimentos a consumirse en la mesa familiar es cada vez es escasa o nula. Pero también se tiene privilegios al jefe del hogar con respecto a la ración alimenticia.

En el estudio de Wales y Sanger indican que “el nivel de conocimiento de las madres es la suma de hechos y principios que se adquieren o retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje el que se caracteriza

por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones y actividades de quién aprende y por ende la situación económico que le rodea”¹⁸.

Las actitudes familiares, médicas y culturales, las condiciones económicas, presiones comerciales, las políticas y normas nacionales e internacionales pueden favorecer o desincentivar el conocimiento de las madres sobre los alimentos a consumir en determinadas edades de sus hijos que beneficiarán o perjudicarán su desarrollo a futuro.

2.5.1 Características del conocimiento

Las características más frecuentes según Andreu y Siber tenemos:

- El conocimiento es personal, en sentido de que se origina y reside en las personas y lo asimilan como resultado de su propia experiencia.
- La utilización del conocimiento puede repetirse.
- El conocimiento sirve para las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento, porque es una acción que tiene por objetivo mejorar las consecuencias de cada individuo y de los fenómenos percibidos a lo largo de la vida.

2.5.2 Tipos de conocimiento¹⁹

- **Conocimiento popular**

Algunos autores lo denominan vulgar o natural. Es cotidiano y hace parte de una cultura determinada; se caracteriza porque ha permanecido en el tiempo, no tiene orígenes claros y corresponde al patrimonio que ha sido heredado y transmitido a través de generaciones. Se aprende y se aplica a la solución de problemas, sin cuestionar el procedimiento realizado. Se adquiere de los

¹⁸Pisuerga.com. Representación del conocimiento (en línea) [sede web].Pisuerga com; 2007. [Actualizado julio 2011; Consultado septiembre 2013].Disponible en: <http://www.pisuerga.inf.ubu.es/cgosorio/SExInArt/UD4/introKR.pdf>.

¹⁹Ballarte J M. Conocimientos del ser humano: guía psicológica. 5ta ed. Barcelona: 2008

fenómenos que rodean al ser humano, sin que se profundice en sus causas, también se resiste a críticas, pues se aplica tal como fue aprendido socialmente. Se posee sin haberlo buscado ni estudiado, sin aplicar un método y sin haber reflexionado acerca de algo es decir, no es crítico ni metódico. Es un conocimiento completo y se encuentra listo para su utilización inmediata, los problemas que soluciona no piden creación de teorías y peor aún de reflexión académica.

- **Conocimiento Empírico**

Es el conocimiento que se da por casualidad de la vida, permitiendo a los seres humanos conducirse en la vida y en las diferentes actividades que desarrollen, les permite salir de la rutina, este conocimiento es propio de las personas sin formación, pero que tienen conocimiento del mundo exterior, lo que les permite actuar y determinar acciones, hechos y respuestas casi por instinto, de aquí que su fuente principal de conocimiento son los sentidos.

- **Conocimiento Intuitivo**

Este conocimiento es el más claro y seguro que pueda poseer la mente humana; actúa de manera contundente, sin permitir al sujeto tener dudas. El conocimiento intuitivo está definido como la aprehensión inmediata de las experiencias internas o externas en su experimentación o percepción. A esta aprehensión, los metafísicos la llaman espiritual, porque no es sensible, pero sabemos que existe, por lo que también se convierte en no negable.

El ser humano, aprende por tres elementos de su estructura psíquica; la razón, el conocimiento, la voluntad y los juicios que se emiten basados en este tipo de conocimiento se vuelven entonces independientes y personales, aun cuando exista una conciencia cognoscente general en el ser humano.



- **Conocimiento Técnico**

Se basa en la experiencia y se origina cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes.

- **Conocimiento Revelado**

Este conocimiento tiene dos formas: **el conocimiento revelado por Dios** y el **conocimiento revelado por nuestra conciencia** es decir, viene dado por una representación de fe, en el que cualquier individuo que desea conocer algo lo conoce de forma oculta o misteriosa, es más aplicado a la teología o identidades religiosas.

- **Conocimiento Filosófico**

Este conocimiento se distingue del científico porque su interés no se sitúa en lo racional, la hermenéutica juega un papel muy importante para comprender los datos y sentidos que la filosofía analiza y sus métodos toman distancia del pensamiento rígido que muchas veces presenta el conocimiento racional.

Los objetos de las ciencias son los datos próximos, inmediatos, perceptibles, y la filosofía busca la profundidad que sostiene las ideas, las cosas, buscando más allá de lo sabido y pasando la inmediatez, se puede decir que traspasan la experiencia.

- **Conocimiento Científico**

El conocimiento científico se alcanza cuando se pretenden descubrir causas y principios, mediante el seguimiento de una metodología, se obtiene mediante la apreciación de la realidad a través de la observación realizada, mediante el uso de técnicas adecuadas; este procura la demostración a través de la



comprobación de los fenómenos en forma sistemática; por ello va más allá del sentido común, al buscar soluciones más metódicas a los problemas.

El conocimiento científico se caracteriza por ser cierto o probable, formado por una gran cantidad de conocimientos demostrados o por demostrar. Se preocupa por construir sistemas de ideas organizadas coherentemente y por incluir todo conocimiento parcial, es un conjunto cada vez más amplio. Sin embargo, se ha de reconocer que se constituye tan sólo, en uno de los diversos modos de conocimiento humano

- **Conocimiento de divulgación**

Como su nombre lo dice consisten en divulgar el conocimiento por otros medios y se subclasifica en:

➤ **Conocimiento de divulgación científico:** la información se transmite a través de revistas o libros que se expone después de que ha sido sometido a una crítica de las teorías expuestas; siendo este que dará un aporte a las ciencias y al conocimiento científico.

Se encuentra en las enciclopedias, las revistas y los diccionarios especializados, los libros de texto educativos, estudios monográficos, trabajos universitarios y las exposiciones orales como: mesas redondas, paneles y congresos científicos.

➤ **Conocimiento de divulgación popular:** es un conocimiento científico, sometido a un cambio para fines específicos. El valor de la información transmitida, ha perdido su aporte original y tiene un nivel muy bajo de conocimiento científico; tal conocimiento se trasmite, sin una crítica de las fuentes que la validan va dirigido al público en general y su vocabulario es sencillo; en este incluye la información periodística, radiofónica, televisiva, las enciclopedias generales y las conferencias populares, entre otras.

2.5.3 Determinantes del conocimiento materno sobre alimentación y nutrición²⁰

➤ Factor socioeconómico y cultural

Los factores que influyen en el conocimiento de las madres sobre temas de alimentación y nutrición, están relacionados directamente con la educación de cada una de ellas. Entre los diversos aspectos que influyen que la madre no pueda proporcionar una alimentación equilibrada y adecuada a sus hijos tenemos:

- El bajo nivel de ingresos lo que limita el acceso a los alimentos, en cantidad y calidad n o en ambas, dando como consecuencia un mayor grado de desnutrición.
- La sustitución de cultivos tradicionales por cultivos comerciales más rentables tiende a aumentar la vulnerabilidad nutricional y reducir el acceso a alimentos; pues una gran parte de la población ecuatoriana vive de la agricultura y la pesca.
- El bajo nivel educativo en especial de la madre y la falta de conocimientos sobre salud reproductiva, nutrición y desarrollo infantil inciden negativamente en la nutrición de los hijos; de tal manera que a menor grado de escolaridad materna es un condicionante fuerte en la probabilidad de que un niño muera en sus primeros años de vida y por ende afectando la mortalidad del país; en cambio que a mayor nivel de escolaridad de la madre se dará consejería por parte de los profesionales de salud para que mejore las practicas alimentarias en su hogar.
- La falta de información en las zonas rurales sobre salud y nutrición.

²⁰Díaz.J. Hábitos y Costumbres que influyen en la alimentación de Latinoamérica y el Caribe.3ra ed.Cuba.CEAL.2009 .p113-217

- La condición de pobreza extrema, discriminación y aislamiento geográfico de los pueblos indígenas son factores relacionados con la alta prevalencia de desnutrición.
- La pérdida de capital social y la desarticulación de las redes de apoyo de los más pobres, como consecuencia de procesos migratorios y conflictos sociales, limitan la capacidad de respuesta colectiva ante desastres naturales o económicos que dificultan su acceso a los alimentos.

➤ **Factores biológicos**

- Un deficiente estado nutricional materno como consecuencia de una mala nutrición previa, aumenta los riesgos de desnutrición intrauterina y bajo peso al nacer.
- La ausencia o insuficiencia de lactancia materna exclusiva (seis meses) expone al niño, a ingerir alimentos que no satisfacen los requerimientos nutricionales en esta etapa de desarrollo.
- La limitada disponibilidad de alimentos complementarios a la leche materna a partir del sexto mes de vida impide proveer los macro y micronutrientes necesarios para el desarrollo infantil normal en esta etapa de máximo crecimiento y desarrollo.

➤ **Factor ambiente**

El medio ambiente es un factor que indirectamente, contribuye a empeorar la nutrición infantil. Más del 40% de la población rural, no dispone de agua segura y mucho menos de sistemas de alcantarillado o por lo menos de letrinas.

La migración de los campesinos a las grandes ciudades, han “ruralizado” los barrios urbano-marginales donde no hay servicios básicos y los niños son víctimas de las infecciones intestinales y respiratorias. Los niños, en sus primeros años, pasan por dos a cuatro episodios de infecciones intestinales, tanto por la diarrea como por la falta de apetito de esos días, el niño pierde

peso, empeora su estado nutricional y por las mismas causas sufre dos o más infecciones bronquiales, por ende estas condiciones hacen que la mayoría de los niños, padezcan necesidades alimentarias.

2.6 SOBERANÍA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

En lo que se refiere a fundamentos legales, podemos mencionar que la constitución ecuatoriana está señalando artículos que pueden beneficiar a los niños y adolescentes en lo que se refiere a educación, alimentación y nutrición; con esto pretende mejorar el estilo de vida, evitando el riesgo a la desnutrición que tanto afecta a los niños y jóvenes ecuatorianos, haciéndolos presa de diversas enfermedades.

De acuerdo a **la Constitución Política del Estado** señala que en el artículo 16: *“El Estado instituirá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos propios de cada región y garantizar a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficiente.”* Este artículo se orienta especialmente a prevenir trastornos ocasionados por deficiencias de micro nutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios.

En la actual Constitución del Ecuador en **el artículo 13 y artículo 281** *“se explicita la garantía al derecho a un acceso seguro y permanente a alimentos nutritivos, en lo que se señala; los pueblos y comunidades de Ecuador tienen el derecho a tener un acceso seguro y permanente a alimentos suficientes, sanos y nutritivos, preferiblemente producidos a nivel local de manera sostenible y respetando la cultura de los diferentes pueblos y comunidades.”*²¹

La Seguridad Alimentaria se refiere al acceso, consumo y utilización biológica de los alimentos y sus tres líneas de acción se identifican como: la promoción

²¹Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. (2008). Quito



de la lactancia materna, alimentación complementaria, promoción-educación para mejorar el acceso e ingesta de los alimentos. Por otro lado se da una mirada general a los avances en la institucionalización del derecho a la alimentación y las políticas alimentarias en América Latina y el Caribe muestra que hay nueve países con legislación sobre el tema, tres cuentan con normas de seguridad alimentaria y son: Ecuador, Nicaragua y Venezuela.

Las múltiples dimensiones de una alimentación apropiada se ven reflejadas en la definición de la seguridad alimentaria y nutricional, definición que fue formalizada hace 37 años y revisada constantemente; a partir de esa fecha la Cumbre Mundial de la Alimentación de 1996 establece cuatro “dimensiones” que requieren ser satisfechas para que ninguna persona, nunca padezca hambre, a saber de: “disponibilidad”, “acceso”, “utilización” y “estabilidad” de los alimentos. Cada una de esas dimensiones por su parte; involucra un conjunto de políticas públicas, servicios y acciones tendientes a resolver o asistir a las personas en un cierto aspecto de la problemática.

Generalmente las políticas agrícolas se enfocan en el acceso, las políticas sociales y económicas en la disponibilidad, se podría decir que ambos tipos de políticas se encargan de la estabilidad, pero la dimensión de la utilización es la más compleja de todas y la menos abordada en nuestro país.

La seguridad alimentaria existe cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana en los hogares ecuatorianos, sobre todo se ve afectado por factores subyacentes como: la pobreza, la sequía y otras situaciones de emergencia al final repercute en el estado nutrición materna e infantil del país.



2.6.1 Disponibilidad de alimentos

La disponibilidad de alimentos está condicionada por las tierras que lo producen, la manera de comercialización dentro y fuera del país pero lo más importante es la situación económica de cada persona; para la adquisición de los mismos. Si bien en el país se ha dado una pérdida de los derechos económicos de la población; es decir, no tener el acceso a una canasta de alimentos nutritivos. En el año 2012, el 10% de los hogares más ricos dispone de siete veces más alimentos que el 10% de los hogares más pobres, esto se encuentra delimitado por la mala distribución de la riqueza del país.

La existencia de alimento en cantidades acorde con los requerimientos de la población los que deben estar accesibles a las diferentes clases sociales y económicas de nuestro país, pues esto no garantiza el escapar del hambre y la desnutrición, no simplemente nos debemos enfocar en la porción del alimento con relación a la población lo que está constantemente en discusión en el mundo entero.

Además, con el incremento continuo en la producción agrícola ha hecho que la producción del alimento y las demandas sean mayores a nivel mundial; los problemas de desnutrición persisten y generan crisis humanitarias constantemente; puesto que, el hambre mata cada año a más personas.

2.6.2 Accesibilidad a los alimentos

El acceso de los alimentos depende de la variación en los precios de los mismos y con respecto a los salarios que perciben los más pobres, en el caso de que estos cuenten con empleo, ya que influye en la capacidad de abastecerse de alimento y en muchos casos los obligan a escoger entre prescindir de ciertos bienes y servicios básicos o adquirir alimentos nutritivos.



Los precios elevados de los alimentos y el combustible obligan a los hogares a decidir qué tipo de activos vender y qué miembro del hogar (madre o hijo) debería cargar con las consecuencias reduciendo sus cuidados sanitarios, educación o reducir el consumo de alimentos, estas decisiones revisten una dificultad especial en el presupuesto de los alimentos a consumirse en la dieta familiar.

Los precios elevados de los alimentos afectan a los más pobres, especialmente a los que carecen de tierras y a los hogares encabezados por mujeres, tanto en el medio rural y el urbano-marginal de casi todos los pueblos

2.7 ALIMENTACIÓN²²

La alimentación es un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van desde la elección, preparación e ingestión de los alimentos que son fenómenos relacionados con el medio sociocultural y económico (medio ambiente) que determinan hábitos dietéticos y estilos de vida de una persona y su familia; por lo que es importante recalcar que una buena alimentación es necesaria para que se convierta en un hábito satisfactorio y gratificante tanto para padres e hijos.

Una adecuada alimentación durante la infancia es fundamental para el desarrollo del potencial genético completo del niño/a; la leche materna durante los seis meses provee todos los nutrientes para el óptimo crecimiento y un adecuado estado de salud, sin duda alguna; es la opción más adecuada para la salud integral del lactante y su familia, sobre todo se puede evitar carencias nutritivas y prevenir enfermedades a futuro.

Además la alimentación en la etapa infantil juega un papel determinante en el crecimiento y desarrollo del ser humano. Se ha demostrado que durante los

²²Vásquez, R y López, C. Alimentación y Nutrición-Manual Teórico-Práctico. España. 2ª ed. Díaz de Santos.2007



dos primeros años de vida, el acelerado crecimiento demanda una cantidad de energía y nutrientes por kilogramo de peso corporal, relativamente mayor en comparación con las otras etapas de la vida en condiciones fisiológicas normales. Son múltiples los factores determinantes en la calidad de la alimentación de los niños/as, entre los que se destacan: la cultura, la condición socioeconómica, la disponibilidad de alimentos, hábitos alimenticios y sobretodo la educación de la madre.

Estudios previos indican que a mayor grado de estudio de la madre, es más probable que el nivel de información sea mejor utilizada para el bienestar familiar, esto se traduce en mejores prácticas alimentarias en el hogar, sin embargo; el analfabetismo e ignorancia sobre el valor nutritivo de los alimentos y la discriminación a la hora de repartirlos hace que la mejor ración sea para el padre o hijo mayor, mientras que los niños/as sufren las consecuencias. Por otro lado, la madre adquiere en el mercado productos más baratos (carbohidratos) y en menor cantidad proteínas pues son más caros, dándose una alimentación deficiente en la población más vulnerable, los niños.

Otro aspecto clave en la alimentación infantil es la edad para introducir alimentos semisólidos, en este sentido interesa no solo el tipo de alimento; sino la cantidad, la densidad nutricional de los alimentos, la frecuencia de consumo diario, entre otras situaciones que afectan positiva o negativamente en la calidad de la alimentación y por ende en la nutrición del infante.

En lo que concierne al rol de la madre en el cuidado de la primera infancia es un punto importante en la lucha contra la malnutrición, pues; la madre que recibe consejería sobre alimentación-nutrición, adquirirá nuevos conocimientos, que le conducirán a cambios de actitudes, lo que a su vez dará como resultado un mejoramiento en conductas y/o prácticas alimentarias.

Por último, la incorporación de la mujer al mundo laboral influye negativamente en la alimentación de los niños, las madres se encuentran trabajando y no les



dedican tiempo suficiente, se preocupan menos por ellos y la responsabilidad de alimentar al niño se delega a otras personas, dándose más probabilidades que no se le alimente al niño correctamente.

2.7.1 Alimentación del niño/a de 12 – 23 meses de edad²³

En esta etapa la velocidad de crecimiento disminuye, lo que produce un descenso relativo de las necesidades nutricionales. El apetito del niño/a está orientado a satisfacer las necesidades energéticas, así a medida que incrementa la densidad energética y la consistencia de los alimentos, disminuye el volumen ingerido y se produce una disminución fisiológica del apetito.

A esta edad el niño/a se adjunta paulatinamente los horarios de alimentación del resto de la familia. Un niño/a con un buen estado nutritivo, debe tener horarios definitivos. El momento de las comidas debe ser compartido, cada vez que se pueda, con el resto del grupo familiar, con la máxima frecuencia que permitan las actividades del grupo y las necesidades de alimentación así como el ciclo sueño-vigilia del menor

La participación del niño/a en su propia comida y en la del grupo familiar debe representar para todos, una experiencia de socialización positiva, que de ninguna manera se asocie a reproches, castigo o imposiciones, pero tampoco a gratificaciones que vayan más allá de la experiencia placentera de alimentarse.

La participación del niño/a en actividades sociales de los adultos, en conjunto con la televisión y otros medios de comunicación, afectan la oferta y consumo de alimentos que contribuye a establecer patrones de vida sedentarios desde la infancia.

²³Fundación CAVENDES, La alimentación del niño menor de 6 años en América Latina: bases para el desarrollo de guías Alimentarias[sede web]. Caracas: 2009.[Actualizado 2/03/2010;Consultado en julio 2013]

Existen en el mercado productos de alta densidad calórica, con elevado contenido de grasas, azúcar y/o sal, como: golosinas, alimentos fritos, gaseosas y otros, que producen saciedad y llevan al rechazo de las comidas regulares, con inapetencia aparente, que genera angustia en los padres o cuidadores. El consumo habitual de estos alimentos deteriora la calidad de la dieta y favorece el desarrollo de obesidad, caries dentarias y otras enfermedades crónicas no transmisibles del adulto.

Desde el punto de vista fisiológico, la erupción dentaria continúa y con ella aumenta progresivamente la madurez de las funciones bucales, aparecen los primeros molares, con lo cual el niño/a está en condiciones de comer una alimentación de mayor consistencia, primero molida con tenedor y luego picada, pero blanda, progresivamente la comida puede contener trozos de alimentos blandos. Solamente cuando el niño/a tiene todos los molares (mayores de 2 años) está en condiciones de masticar adecuadamente alimentos enteros, blandos, los que siempre deben ser incorporados paulatinamente.

Es necesario también, que ejercite los labios para lograr el cierre bucal normal, lo que se facilita permitiéndole que coma trozos de alimentos blandos manejados con sus propias manos y también enseñarle a beber de un vaso sin que derrame líquido.

2.7.2 Consideraciones prácticas para alimentar al niño/a entre 12 a 23 meses de edad

- La lactancia materna puede comenzar a ser reemplazada por fórmula láctea especialmente si el niño/a experimenta alteraciones en el crecimiento somático o en el desarrollo de la conducta alimentaria, o bien, si la madre ya no desea o no puede amamantar.
- La fórmula láctea a esta edad es sobre la base de leche de vaca en polvo al 26%-18% de materia grasa.

- Estas fórmulas deben ser reconstituidas al 10%, con agregado de sacarosa al 2,5% y cereales al 3%-5% según estado nutricional e indicación por el profesional de salud. Puede usarse también leche fluida con 26% de materia grasa con los mismos agregados. Debe limitarse el azúcar y/o el cereal si hay tendencia al sobrepeso, pero no debe limitarse el aporte de leche.
- A esta edad, el niño/a debe estar tomando leche materna o fórmula láctea al desayuno (7 – 8 h) y (16 h); se recomienda la suspensión de la leche de la noche a partir de los 12 meses (en aquellos niños cuya situación nutricional es deficitaria o los que reciben aún lactancia materna, puede mantenerse).
- En el caso de no poder suspender el biberón nocturno, una alternativa es cambiarlo de horario, acercándolo al horario de comida, de modo que no se asocie dormir con el uso del biberón. La asociación entre el uso del biberón y la presencia de caries, está demostrado en varias investigaciones.
- No es recomendable reemplazar esta leche por agua u otros líquidos nocturnos que puedan interferir con el ciclo de sueño.
- El volumen de leche debe completar un total de 400 a 500 ml/día, en caso que este volumen no se alcance debe agregarse otro producto lácteo en el día (queso, quesillo, yogurt, etc.) que contribuya a cubrirlos requerimientos de calcio.

2.7.3 Recomendaciones prácticas para la alimentación sólida

- La consistencia de la alimentación sólida debe ser totalmente molida hasta los 12 meses, luego se pueden incorporar algunos alimentos picados según la dentición. Esto va asociado a la salida de los primeros molares y al desarrollo de la masticación y deglución.
- Durante el segundo año de vida (12 a 24 meses) los alimentos se pueden presentar separados en el plato para estimular al lactante con la visión de diferentes colores y formas.
- Crear el hábito de la ensalada desde los 12 meses progresivamente (inicialmente tomate, zanahoria cocida, palta).



- Entre los líquidos a aportar es recomendable el agua, con un promedio de 200 ml/día. Si se dan jugos de fruta natural debe ser sin agregado de azúcar. El agua debe ofrecerse hervida en aquellas zonas en que no es potable, sin adición de azúcar, miel u otro saborizante o (endulzante).
- No es recomendable el uso de endulzantes artificiales. En condiciones especiales su uso debe restringirse a valores limitados por sexo y edad y a indicación médica.
- No se debe dar colaciones ni alimentos fuera de las horas señaladas para las comidas principales, salvo excepciones justificadas. Si no fuera posible respetar los intervalos de horarios de alimentación (cada 4 horas). Debe ser una alimentación balanceada y deben adecuarse a las necesidades nutricionales del niño(a), siendo de preferencia frutas, verduras, lácteos de bajo contenido graso, cereales y líquidos sin azúcar.
- Se recomienda incluir a diario frutas y verduras, crudas o cocidas, cereales, aceite de origen vegetal crudo y un alimento proteico, como carnes, una porción de legumbres o un huevo.
- No es recomendable el aporte extra de sal.

2.8 PROGRAMAS Y POLÍTICAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR²⁴

Antiguamente, las estrategias de nutrición y sus políticas no siempre fueron eficaces ni amplias, la implementación de los programas eran insuficiente y los recursos humanos eran lamentablemente inadecuados, debido en parte a una coordinación y colaboración deficientes entre las instituciones y los organismos internacionales que trabajan en el sector de la nutrición.

Debido a esta problemática 193 países miembros de las Naciones Unidas entre los que está el Ecuador acordaron conseguir hasta el 2015, ocho propósitos de desarrollo humano, encaminados a:

²⁴MIES. Proyecto Alimentario Nutricional Integral: políticas y programas del ámbito nutricional. [sede web]. Ecuador; 2010[Actualizado 14/abril/2010; Consultado agosto del 2012] Disponible en URL:<http://www.alimentatecuador.gob.ec/contenidos.php?id>.

1. Erradicar la extrema pobreza y los problemas alimentarios.
2. Lograr la educación básica universal.
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de las mujeres.
4. Reducir la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/sida y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

En el marco político de la Constitución del Ecuador por la lucha de Seguridad Alimentaria se encuentra el “Plan Nacional del Buen Vivir” que es el instrumento al que se sujetan las políticas, programas y proyectos públicos, el mismo que cuenta con el presupuesto general del Estado para la inversión en la programación y ejecución de recursos públicos en la lucha contra la malnutrición de nuestro país.

Este plantea incluir programas estatales que coordina esfuerzos públicos y privados que promuevan programas de reactivación productiva incluyendo la protección, producción de alimentos sanos y culturalmente apropiados, la diversificación y complementariedad de la dieta; incentivando programas de conservación y recuperación de productos de semilla tradicionales, mejorando las prácticas de cultivo y cultura, de esta manera impulsar la industria nacional de alimentos, asegurando la recuperación y la innovación de productos de calidad, inocuos y de alto valor nutritivo de cada pueblo.

El Ministerio de Salud Pública es el encargado de delinear las políticas de nutrición, lo cual se realiza a través de dos instancias:

- ♥ El Instituto Nacional de Investigaciones en Alimentación y Nutrición, integrante del Instituto Nacional de Salud Pública.
- ♥ La Dirección Nacional de Nutrición.

Estas dos entidades, están relacionados con los temas alimentarios y nutricionales del país, son un sostén para la planificación sectorial e intersectorial en los temas de Soberanía y Seguridad Alimentaria cuenta con apoyo de agencias como: la Organización de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Panamericana de la Salud. Además, contribuyen a la formación de profesionales en disciplinas relacionadas con la alimentación y nutrición, en coordinación con las universidades y otras instituciones nacionales e internacionales.

Entre los principales programas de nutrición y alimentación tenemos:

2.8.1 El Programa Nacional de Alimentación y Nutrición

El programa entregaba dos productos que son mezclas alimentarias precocidades elaboradas a base de cereales (arroz y quinua), leguminosas (soya), leche, grasas (aceite vegetal de soya), vitaminas y minerales que eran entregadas de manera gratuita en los Subcentro de Salud, actualmente no se encuentra en vigencia.

- ♥ “MI PAPILLA” para niños de 6 meses a 36 meses
- ♥ “MI BEBIDA” para embarazadas y madres en lactancia.

Objetivos:

Prevenir la malnutrición proteico- calórico y por déficit de micronutrientes de los niños y niñas menores de tres años.

Contribuir a mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y de las madres en periodo de lactancia.

2.8.2 El Programa Alimentario Nutricional Integral

Este programa se enmarca en el Plan Nacional del Buen Vivir, que contempla a la educación, entendida como: formación, capacitación en distintos niveles o ciclos. Es fundamental para fortalecer y diversificar las capacidades, potencialidades individuales y sociales para promover una ciudadanía participativa y crítica.

Este programa está dirigido a niños/as de 0 a 59 meses de edad que acceden a los servicios de Desarrollo Infantil Integral del Ministerio de Inclusión Económica y Social: Centros Infantiles del Buen Vivir y Creciendo con Nuestro Hijos a escala nacional de 400.000 niños/as.

Objetivos:

- Prevención y reducción de la prevalencia de anemia y malnutrición de la población infantil.
- Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.
- Mejorar la calidad de vida de la población.

2.8.3 Programa Acción Nutrición Proyecto “Desnutrición Cero”

Este programa contempla brindar servicios básicos de agua, soluciones habitacionales, acceso a servicios de salud, educación para consumo de alimentos tradicionales, cambio en la mentalidad alimenticia “comercial”, alfabetización, promoción de huertos familiares y comunitarios, bono de desarrollo y programa de suplementación alimenticia en los desayunos escolares contando con el apoyo del Ministerio de Inclusión Económica y Social.

La población directamente atendida, se estima que serán 97.644 mujeres embarazadas, 122.151 madres lactantes y 79.822 niños menores de un año, que viven en las 303 parroquias, de las cuales en Quito y Guayaquil

corresponderán aquellas madres beneficiadas por el Bono de Desarrollo humano (BDH).

Objetivos:

- Eliminar la desnutrición de los recién nacidos hasta el año de vida, desde el 2011 hasta el 2013 en las 303 parroquias seleccionadas.
- Atender a la mujer embarazada desde el primer y segundo mes de embarazo, durante el mismo y en los tres primeros meses posparto y al niño/a desde el momento que nace hasta el año de vida.
- Incrementar la cobertura con la entrega de una transferencia monetaria condicionada para garantizar que en estos momentos la madre acuda al control prenatal, reciba la atención al parto y posparto para así asegurar el control del niño hasta el año de vida.

2.8.4 Programa Integrado de Micronutrientes²⁵

Las prevalencias de anemia por deficiencia de hierro han determinado la atención de los grupos poblacionales de mayor prioridad nacional que son: mujeres embarazadas; niños de uno a cinco años de edad.

Objetivos:

- Contribuir a la reducción de la mortalidad materno-infantil mediante la disminución de las prevalencias de anemias nutricionales.
- Reducir la deficiencia de vitamina “A” en niños de 6 a 36 meses de edad.

El Programa Integrado de Micronutrientes es integrado tanto en las estrategias para combatir las deficiencias de micronutrientes, como en la utilización de los diferentes recursos económicos provenientes del Estado Ecuatoriano, así como de los organismos de Cooperación Internacional.

²⁵ Ministerio de Salud Pública. Normas, Protocolos y Consejería para la suplementación de micronutrientes. Marzo 2011

♥ **Ácido fólico y hierro:** suplementos para las mujeres embarazadas. Son tabletas de hierro polimaltosado más ácido fólico en una sola presentación; cada comprimido contiene: complejo de hidróxido de hierro (Polimaltosado equivalente a 60 mg de hierro elemental + 400 ug de ácido fólico), se administra desde primer mes de gestación, una tableta en el almuerzo y especialmente con jugos cítricos excepto con leche.

La cobertura de hierro en las embarazadas fue de 202.518 que equivale a la 94.83% a nivel nacional.

✚ **Ventajas**

- Mejora los depósitos de hierro, que persiste hasta los seis meses posparto.
- Disminuye el riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer.
- Disminuye el riesgo de mortalidad materna posparto.
- Disminuye la sintomatología por anemia (cansancio, apatía).
- Mejora el crecimiento intrauterino y optimiza el crecimiento y desarrollo del feto.
- Disminuye el riesgo de afección del sistema nervioso central del recién nacido.

✚ **Efectos adversos**

- Deposiciones oscuras.
- Náuseas y estreñimiento.

♥ **Chis Paz:** Las Chis Paz son un suplemento nutricional de vitaminas y minerales que contribuye a la salud, crecimiento y desarrollo infantil, fueron desarrolladas para superar los efectos secundarios y las desventajas de la suplementación del hierro en gotas. Se entrega a niños pequeños, entre 6 a 24 meses de edad. Tienen una combinación de micronutrientes (hierro encapsulado 12.5mg, zinc 5mg, vitaminas A 300 ug RE, C30 mg y ácido fólico 160 ug), que se añaden al alimento para prevenir las anemias por

deficiencia de hierro y se caracterizan por no tener sabor, no manchar los dientes y es un producto liviano fácil de transportar.

Ventajas

Las Chis Paz se suministran una dosis diaria periódica de micronutrientes, independiente de los alimentos complementarios del que consuma el niño/a.

- Permite añadir al alimento otros micronutrientes (como vitamina A, C, ácido fólico y zinc.) para prevenir y tratar otras deficiencias y mejorar el estado nutricional en general.
- La encapsulación lipídica del hierro previene la interacción con los alimentos, evitando así los cambios de color, sabor y textura; además, reduce las molestias gastrointestinales y la interacción del hierro con otros micronutrientes porque se absorbe a nivel de intestino delgado.
- Los sobres son fáciles de usar y pueden ser administrados en cualquier comida durante el transcurso del día. No se necesita ser alfabetizado para aprender a usarlos correctamente.
- El empleo de las Chis Paz no requiere un cambio en las prácticas de alimentación ya que se lo mezcla con productos preparados en casa.
- La sobredosis por medio de suplementación es poco probable.
- Son sobres livianos, fáciles de almacenar, transportar y distribuir, tiene una vida útil incluso en condiciones adversas de dos años.

Efectos secundarios

Se han reportados algunos efectos secundarios con la suplementación de Chis Paz como: el oscurecimiento de las heces, constipación y la presencia de diarrea. La consistencia de las heces no cambia en la mayoría de los infantes.

- ♥ **Vitamina “A”:** son cápsulas que contienen palmitato de retinol de 50.000 U.I. (15015,015 ug RE), se administra desde los 6 meses con intervalo de 4 meses de 50.000-200.000 U.I dosis.

La OMS recomienda la suplementación universal de vitamina A con base en la administración periódica a todos los niños y niñas en edad preescolar, con prioridad en determinados grupos de edad (entre los seis meses y los tres años) o en regiones de alto riesgo, en conjunto con la administración de las vacunas.

En el 2008 la vitamina A en campaña nacional de mayo 2008 obtuvo una cobertura de 117.029 niños menores de 11 meses que equivale al 92% y en los niños de 12 a 36 meses se obtuvo una cobertura del 95% equivalente a 488.239 niños.

La vitamina “A” se encuentra dentro del organismo en pequeñas cantidades en el tejido adiposo y hepático es esencial para:

- Mejorar el crecimiento del niño/a
- Mantener una buena salud y la vida misma.
- Mantener un buen sistema de defensa contra enfermedades infecciosas.
- Proteger la integridad de los epitelios como: ojos, tubo digestivo, aparato respiratorio y aparato urinario.

Ventajas

- Reduce la mortalidad en niños y niñas de un 19 a 23 %, por sarampión y diarrea.
- Disminuye la incidencia, prevalencia y severidad de la diarrea.
- Disminuye las complicaciones graves de sarampión.
- Mejora la respuesta inmune.

- ♥ **Gotero de hierro:** para niños de 2-4 meses hasta los 12 meses, 25 mg por ml. El hierro es un mineral que forma parte de la hemoglobina y es fundamental en el transporte de oxígeno a las células como tal, es básico para el funcionamiento cerebral y su disminución produce su deterioro del rendimiento cerebral.

Ventajas

- Reducir la anemia ferropenia.

2.8.5 Programa de Educación Alimentaria Nutricional

Este programa consiste en orientar a la familia y a toda la comunidad para adquirir hábitos alimentarios saludables, a través de educación continua para ello se ha implantado el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional.

- ♥ Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional cuyo objetivo consiste en evaluar el estado nutricional de los grupos más vulnerables como: mujeres embarazadas y niños menores de 5 años; entre estos tenemos:
 - Fortalecer la institucionalidad en alimentación y nutrición humana, liderarán la investigación científica y la evaluación de los programas y proyectos del área alimentaria nutricional a fin de asesorar y sustentar la toma de decisiones.
 - Cooperar con el sector universitario en la formación de personal especializado y atender los postulados de la soberanía y seguridad alimentaria y los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir.

2.8.6 El Programa Nacional de Innovación Tecnológica Participativa y Productiva Agrícola.

Implementado a través de las Escuelas de la Revolución Agraria, este programa se direcciona a los pequeños campesinos, con la finalidad para el

acceso a conocimientos, la tecnología, los recursos productivos y la organización para la aplicación de prácticas agropecuarias y la generación de productos de buena calidad que se comercialicen dentro del país para asegurar la Soberanía Alimentaria.

Este programa se implementó en las 24 provincias, en 189 cantones. Existen 336 facilitadores, técnicos de las ramas agropecuarias. Con ellos se han implementado 1.247 escuelas y se ha favorecido a 29.914 pequeños y medianos productores, con una intervención directa en un total de 247.768 hectáreas.

2.9 PRÁCTICAS NUTRICIONALES

2.9.1 LACTANCIA MATERNA²⁶

Se conoce como lactancia materna al acto de amamantar, criar o dar leche de seno al niño, lo cual es fundamental para la buena salud del lactante, por lo que recibirá una alimentación adecuada que cubre los elevados requerimientos energéticos que el crecimiento exige y es lo más idóneo para la especie humana.

La leche de mujer cubre todas las demandas nutricionales durante el primer semestre para mantener un grado óptimo de salud y desarrollo. Los alimentos deben introducirse uno a uno, tanto por razones organolépticas como para la identificación de intolerancia a los mismos. También es muy importante que la dieta sea lo más diversificada posible. Los alimentos y las cantidades que tiene que ingerir el niño en su primer año de vida han de ser valorados con relación a la tasa de crecimiento, desarrollo, salud y el bienestar del niño.

²⁶Ballabriga A, Carrasco A. Nutrición y Alimentación en la infancia. Editorial Ergon, 2ª ed, 2007; cap.4:p155-202.



Según recientes investigaciones los ácidos grasos esenciales que contienen la leche materna son importantes en el desarrollo del sistema nervioso, como consecuencia; estos elementos intervienen en el desarrollo posterior de la inteligencia y el lenguaje. Por lo tanto los niños alimentados con leche materna son más inteligentes y están mejor protegidos de muchas enfermedades.

Pues, la lactancia materna constituye un complejo proceso en el que se entrelazan factores biológicos y socioculturales, con cambios evidenciados en tendencias históricas y perfiles relativamente diferenciados en países desarrollados o en vías de desarrollo. Al igual que otras conductas alimentarias, el comportamiento individual con relación a la lactancia, está influenciado por los valores culturales.

La lactancia materna se inicia con la primera leche de la madre, que prueba el recién nacido denominado calostro, debido a que contiene los altos niveles de anticuerpos, vitamina A y otros agentes de protección, al calostro se lo suele considerar la primera vacuna del neonato.

La promoción de la lactancia materna es una estrategia clave para la supervivencia infantil. Las primeras horas posteriores al nacimiento son críticas tanto para la madre como para el recién nacido. Se recomienda que el inicio de la lactancia materna deba ser en lo posible durante las dos primeras horas posteriores al parto.

Lactancia materna exclusiva²⁷

La lactancia exclusiva se define como un infante que consume leche materna sin suplementación de ningún tipo, excepto por vitaminas, minerales y medicamentos.

²⁷Chaparro CM, Lutter C. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niño/as.[sede web].Organización Panamericana de laSalud:WashingtonD.C,2007. [Actualizado diciembre del 2007; consultado octubre del 2012].Disponible en http://www.paho.org/spanish/.../ca_mas_alla_de_la_supervivencia.pdf



El tiempo óptimo de duración de la lactancia materna exclusiva es un punto importante en la Salud Pública y apoyándose en la evidencia científica actualmente la OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, seguida por la introducción de alimentos complementarios, esta recomendación es aplicable a todas las poblaciones.

Sin duda alguna, la lactancia materna exclusiva constituye la alimentación ideal, suficiente para mantener un crecimiento y un desarrollo óptimo durante los 6 primeros meses de vida, luego de esta etapa el niño, es capaz de recibir otro tipo de alimento, pues la leche materna seguirá siendo su fuente primordial de nutrición durante los primeros 12 meses y se convierte en complemento de los alimentos al segundo año de vida. Los lactantes con lactancia materna exclusiva durante seis meses experimentan menos morbilidad por infecciones gastrointestinales que aquellos que reciben lactancia mixta a partir de los tres o cuatro meses.

La leche materna exclusiva es un alimento fundamental durante los dos primeros años de vida; de tal forma satisface las necesidades nutricionales e inmunológicas y los niños son más afectivos y emotivos.

En nuestro país, en un estudio cualitativo y cuantitativo a través 175 encuestas a madres con recordatorio de dieta de 24 horas, realizado en la Provincia de Esmeraldas durante el 2005 cuyos resultados fueron: la duración de la lactancia exclusiva hasta los 2 meses de edad en promedio, determinando una marcada prevalencia de enfermedades infecciosas y respiratorias, que afectan notablemente el crecimiento y desarrollo de los menores.

Tipos de lactancia materna

- **Lactancia materna exclusiva:** como su nombre lo dice, leche materna durante los primeros 6 meses de vida

- **Lactancia materna más fórmula de inicio:** el niño recibió lactancia materna por lo menos durante 30 días y continuó con fórmula de inicio hasta los 6 meses
- **Fórmula de inicio:** el niño no recibe lactancia materna o la recibió por un período menor a 30 días y continuó con fórmula de inicio hasta los 6 meses.
- **Lactancia materna mixta:** son niños alimentados con leche materna y leche de fórmula.

Beneficios de la lactancia materna²⁸

- **Para el niño**

La lactancia materna es un proceso único que proporciona la alimentación ideal y contribuye al crecimiento y desarrollo saludable del niño, le confiere al niño mayor resistencia a las infecciones, reduciendo la incidencia y la gravedad de las mismas, disminuyendo así la morbi-mortalidad infantil.

Además, es un medio de transmisión de anticuerpos que contribuyen al mecanismo de defensa inmunológica del niño. Igualmente obtienen gratificación emocional y se establece mejor relación madre-hijo, es higiénica y proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y la nación.

La lactancia materna exclusiva en lactantes de 0-3 meses y la lactancia parcial durante el resto de la infancia podrían substancialmente reducir la mortalidad infantil en Latinoamérica, de tal manera; las intervenciones para promover la lactancia materna deben dirigirse a las madres con los lactantes más pequeños.

Un meta-análisis sobre el desarrollo cognitivo entre bebés amamantados y los alimentados con fórmula, señalan: niveles mayores de la función cognitiva en

²⁸Riaño, L. Lactancia Materna: Ventajas y Desventajas. 3ra ed. New York: Macmillan;2008

los niños amamantados con Lactancia materna, a diferencia los alimentados con leche de fórmula, estas diferencias eran permanentes en las edades sucesivas con una relación dosis-respuesta entre la duración de la lactancia y el coeficiente intelectual posterior.

Los lactantes alimentados artificialmente tienen cinco veces más riesgo de desarrollar enfermedad gastrointestinal, de tal manera, quienes fueron amamantados exclusivamente por 3 semanas, obtenían una protección elocuentemente mayor más allá del periodo de lactancia.

- **Para la madre**

Contribuye a aumentar los niveles de oxitocina, la misma hace que el útero de la madre se contraiga, de esta manera ayuda a reducir la hemorragia después del parto y a recuperar el tamaño que tenía antes del embarazo.

Las madres lactantes queman más calorías que las demás mujeres, puesto que; tienden a recuperar el peso que tenían antes del embarazo con mayor rapidez, esto ocurre incluso cuando la mujer lactante consume 500 calorías extras para mantener el suministro de leche necesario para el lactante y cubrir sus propias necesidades nutricionales.

Las mujeres que amamantaron completamente por 6 meses a sus hijos, su densidad ósea disminuyó durante este tiempo; pero se incrementó a los 18 meses a un nivel más alto, por lo antes mencionado las mujeres que se embarazaron y no amamantaron, tenían el doble de riesgo de padecer fractura de cadera en comparación a las nulíparas y aquellas que habían amamantado por tiempo corto a su bebe.

Un estudio multinacional se demostró una disminución del riesgo de cáncer de ovario en un porcentaje 20-25% en mujeres que amamantaron por lo menos 2 meses por embarazo a comparación con quienes no amamantaron.



Desventajas de la leche materna en casos especiales

Las mujeres que tienen tuberculosis activa y que no se han tratado con medicamentos no deben amamantar a sus hijos. Sin embargo, las mujeres que reciben un tratamiento con fármacos para la tuberculosis pueden amamantar a sus bebés con seguridad

La leche materna tiene un bajo contenido de Vitamina K, por lo que puede favorecer a la enfermedad Hemorrágica del Recién Nacido y se recomienda la administración parenteral de 1mg de Vitamina K al momento del nacimiento.

La Organización Mundial de la Salud recomienda mantener la lactancia materna incluso en zonas con altas tasas de infección por VIH, a menos de que se disponga con facilidad de fórmulas artificiales seguras. Este hecho refleja la creencia de que el riesgo de alimentar a un niño con fórmulas artificiales en países en vías de desarrollo es significativamente mayor de que se infecte por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida a través de la leche materna

La transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida a través de la leche materna está bien documentada, por lo tanto, existen alternativas seguras que recomiendan a las madres infectadas no dar el pecho a sus hijos; sin embargo, en muchos países en vías de desarrollo la lactancia materna resulta crucial para la supervivencia del niño.

En la leche Humana se ha identificado Citomegalovirus, Virus inotrópico T Humano de tipo 1, Virus de la Rubéola, Virus de la Hepatitis B y Virus del Herpes Simple ,de estos el más problemático es el Citomegalovirus porque cerca de dos tercios de los niños seronegativos que reciben lactancia materna pueden llegar a infectarse por Citomegalovirus.

Recomendaciones para la madre

- Iniciar la lactancia dentro de la primera media hora posparto con técnica.
- Dar el calostro al niño porque tiene una concentración alta de vitamina A y de factores que protegen a los recién nacidos de las enfermedades.
- El recién nacido debe succionar correctamente.
- No dar ningún otro alimento o bebida al niño.
- Dar el seno a la niña o el niño siempre que lo pida, día y noche, al menos 8 veces en 24 horas y dejar que succione el tiempo que desee.
- Extraer, conservar y usar la leche materna cuando la madre trabaja fuera de su casa.

2.9.2 DESTETE²⁹

Literalmente significa “**quitar la teta**”, es la suspensión de la alimentación al pecho materno; representa una etapa clave en el crecimiento y desarrollo del lactante por su repercusión nutricional, psicológica y social.

El término destete es diferente a alimentación complementaria, es decir que el destete es la supresión del amamantamiento a diferencia de la alimentación complementaria que es la continuidad de la alimentación con leche materna, más la inclusión de otros alimentos que se dan tras la toma del seno, con el fin de suplir todas las necesidades y demandas nutritivas del niño.

Al momento de iniciar el destete y el tipo de alimentos utilizados en el mismo puede influir sobre el crecimiento y desarrollo del lactante, dando importantes consecuencias a largo plazo sobre la salud cardiovascular, ósea y el desarrollo cerebral, tanto en lactantes a término, pre término o con bajo peso para la edad gestacional. En la decisión del inicio del destete intervienen factores biológicos, socioculturales y psico-afectivos, que puede llevarse a cabo el destete definitivo

²⁹Cormazada, V. Carmuega, F. Destete y la Alimentación Complementarian. CESNI (Argentina).2009;157-362.



cuando el niño/a se apoye cada vez más en la alimentación complementaria. El destete puede ser gradual cuando se da una disminución de la frecuencia del número de tetadas al día o completo cuando se suspende totalmente la alimentación con leche materna.

La Organización Mundial de la Salud recomienda un destete progresivo a partir de los 6 meses, con la introducción de nuevos alimentos y mantener la lactancia hasta los dos años o más, se iniciará el destete a partir de los 6 meses lo que beneficia a la mayoría de los lactantes, sin embargo, cuando el destete es precoz existen riesgos para la madre (enfermedades cardiovasculares) y en el lactante (obesidad infantil).

En efecto durante los dos primeros años de vida del niño, se realizan los mayores cambios en la alimentación, es recomendable seguir el siguiente patrón: a los seis meses pasar de una dieta líquida a base de leche materna a una serie variada de alimentos líquidos, blandos, semisólidos y sólidos; después continuar con leche materna y alimentación complementaria hasta los dos años, para finalmente suspender el amamantamiento y conducir progresivamente hacia un patrón de alimentación de tipo adulto. Por el contrario; el destete se debe realizar de forma gradual, sería lo ideal que finalizara en el tercer año de vida del niño; pero todo depende de diferentes circunstancias y decisiones maternas, es decir; puede iniciarse precozmente (antes de los seis meses), como puede prolongarse hasta el segundo año y finalizar al tercer año de vida.

Se ha considerado no solo por tradición sino por investigaciones, que a la edad de dos años es la apropiada para iniciar el destete y a los seis meses para iniciar la alimentación complementaria, pues fisiológicamente a los seis meses el niño está desarrollando para hacer uso de otros alimentos, los cuales se deben incluir progresivamente teniendo en cuenta el desarrollo sensorio-motriz del niño. Un ejemplo evidente es la aparición de los dientes para iniciar los alimentos sólidos, es decir; se establece esta relación con la consistencia de



los alimentos y la maduración del sistema digestivo y sus anexos como son el hígado y páncreas.

Desde el punto de vista de las necesidades nutricionales, de maduración fisiológica y de salud inmunológica del niño, dar alimentos diferentes a la leche materna antes de los seis meses, no solamente no es necesario, sino puede ser peligroso para la salud del niño porque se interrumpe el patrón alimentario que ha desarrollado la madre, se reduce la producción de leche, aumenta el riesgo de alergias e infecciones y para la madre aumenta el riesgo de una nueva gestación.

Los problemas ocasionados por los malos hábitos del destete son debido a que los alimentos semisólidos son introducidos de forma precoz y abrupta en la vida del niño, por lo que no está apto fisiológicamente para utilizarlos o sea demasiado tarde. Otros problemas potenciales se asocian con la baja concentración de energía, la frecuencia de su administración, su cantidad y calidad en términos nutritivos y de higiene.

Cuando las madres tienen que dedicar gran parte de su tiempo al trabajo en el hogar o fuera del mismo, o cuando la responsabilidad de alimentar al pequeño se delega a otras personas, hay más probabilidades que no se le alimente al niño correctamente. Existen varias alternativas para enfrentarse a este problema: la educación es la estrategia fundamental para conseguir que el destete se lleve a cabo con éxito, educación que debe iniciarse mucho antes que comience el destete. Por lo tanto, es de gran importancia que la información y/o educación se inicie durante el embarazo, en la consulta de crecimiento y desarrollo del niño y con mensajes masivos por los medios de comunicación. Estos tienen la ventaja que pueden afectar y modificar favorablemente los conocimientos y actitudes de otros miembros de la familia.



Objetivos del destete

- ♥ Evitar sufrimiento del niño por la separación del apego de su madre, puesto que en este período se trata que logre su independencia alimentaria.
- ♥ Proporcionar alimentos complementarios a la leche materna para satisfacer las necesidades nutricionales y energéticas del crecimiento.
- ♥ Introducir y exponer al bebé a nuevos alimentos, sabores y texturas.
- ♥ Incluir al bebé en la alimentación familiar.

Tipos de destete³⁰

♥ Destete natural

Es un proceso natural y espontáneo, el hijo va dejando de necesitar la lactancia materna y la madre lo apoya y ayuda en su proceso de madurez.

♥ Destete precoz

El seno materno se retira antes de los dos años de edad o también la introducción de otros alimentos en la dieta del niño/a antes de los seis meses de edad.

♥ Destete forzado

La madre impone el destete al lactante debido a causas sociales o médicas en cualquier momento de la lactancia, este destete puede imponerse de forma brusca o gradual ante una indicación médica extrema, pero se aconseja un destete lento por que el destete brusco puede ocasionar problemas al lactante y a su madre.

♥ Destete lento

Permite al lactante aprovechar factores protectores presentes en la leche materna, tales como los anticuerpos, Inmunoglobulina A, lisozima y lactoferrina.

³⁰Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia. New York. Ed. UNICEF.2010

Edad del destete

Es de fundamental importancia que el destete se inicie en el momento oportuno, las consecuencias de hacerlo muy precozmente o demasiado tarde suelen provocar problemas al bebe. Cuando el niño recibe alimentos diferentes a la leche materna antes de que su organismo esté preparado para asimilarlos, puede provocarle trastornos digestivos, alergias, intolerancia a los alimentos y diarrea infecciosa. Mientras que el retraso de la incorporación de alimentos diferentes a la leche en la dieta del bebe provoca desnutrición, debido a que esta ya no es suficiente para satisfacer los requerimientos de crecimiento y desarrollo adecuado del niño.

Existen muchas evidencias que apoyan la continuación de la lactancia materna en los primeros meses y años de vida del niño para reducir la morbilidad y la mortalidad infantil. Por ejemplo, “un estudio realizado en Australia muestra una significativa reducción del riesgo de asma infantil asociado con la lactancia materna exclusiva por lo menos durante cuatro meses de edad.”³¹

En relación con el crecimiento, existen dos estudios realizados en Honduras que aseguran la inocuidad de la lactancia materna prolongada. En ellos no se ha visto ninguna mejora en el crecimiento, ni más o menos incidentes o morbilidad por la introducción de la alimentación complementaria a los 4 meses con relación a continuar con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

En los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud³² hace ya algunos años también se mostraba una desaceleración del crecimiento en los niños lactados exclusivamente del pecho durante 6 meses. Estos estudios utilizaban las tablas de referencia internacional WHO/NCHS que fueron

³¹Oddy WH, Holt PG, Sly PD, Read AW, Landau Li, Stanley FJ, et al. Association between breast feeding and asthma in 6 year old children; findings of a prospective birth cohort study. *BMJ*; 319: 815-819. Recuperado en mayo 2013.

³²WHO Working group on Infant Growth. An evaluation of infant growth. Geneva: WHO, 1994. Recuperado en junio 2013.

realizadas con niños alimentados artificialmente, por lo que se corre el riesgo de introducir los alimentos sólidos más temprano de lo necesario si se siguen utilizando tablas de referencia que son para otros grupos poblacionales y no para los latinos, quienes tienen otros parámetros de talla diferentes.

“En el Reino Unido se han elaborado tablas de crecimiento basadas en niños alimentados exclusivamente de seno materno y en ellas se ven unas diferencias notables con las tablas de percentiles estándar. Por lo tanto, son necesarios estudios sobre el efecto de la edad del destete en el crecimiento con el uso de tablas adecuadas a poblaciones con percentiles específicos de crecimiento (talla y peso de los niños)”.³³

2.9.3 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA³⁴

La alimentación complementaria es un proceso natural que existe del hombre en el cual intervienen factores sociales, culturales, personales, familiares que obstaculizan la buena práctica de este proceso natural y a través del tiempo hacen que los conocimientos se modifiquen positiva y negativamente. Es la introducción de cualquier alimento líquido o sólido junto con la lactancia materna; a partir de los seis meses el niño o la niña además de continuar con la lactancia materna necesita iniciar con la alimentación complementaria, cuando el niño empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche materna es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, el momento debe ser tranquilo y lleno de cariño.

Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima no solo depende de que alimentos se les ofrece al niño en sus comidas, si no lo que la

³³TJ cole; AA Pauol y RG whitehead. Weight reference charts for British Long term breast fed infants. *Acta Paediat.* 2011; 91: 219-300. Recuperado en Julio 2013

³⁴ Rojas C., Flores R.,. Resultados de un programa de seguridad alimentaria en la reducción de la desnutrición crónica y sus factores causales en niños peruanos. [monografía en Internet]. [citado en junio 2013] [alrededor de 10 pantallas] disponible desde: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2007v24n2a4.pdf>.



madre da de comer, también es importante la manera de cómo, cuando, donde y quién le da de comer al lactante menor. Algunos autores clasifican los alimentos complementarios en dos categorías, llamados alimentos transicionales hasta el año de edad, mientras que son dominados alimentos familiares cuando el niño consume de la misma dieta familiar.

La elección de alimentos complementarios depende no sólo de aspectos nutricionales (energía, proteína, micro-nutrientes que se debe aportar) sino también de los hábitos culturales, de factores biológicos, como la maduración de los procesos fisiológicos y de factores relacionados con quienes brindan el alimento como es el conocimiento de la madre. Es importante reconocer que las intervenciones nutricionales confrontan siempre las creencias y hábitos familiares.

En nuestro medio es habitual comenzar la alimentación complementaria con comidas de gran volumen y baja densidad calórica como el puré amarillo o de frutas que producen saciedad con desplazamiento de leche materna y por lo tanto con posibilidad de disminuir la ingesta total de energía.

La madre debe tener conocimiento que los alimentos que contienen suficiente cantidad de sodio como para satisfacer los requerimientos no debe superar 1g/100g de la alimentación, debido a que cantidades mayores pueden limitar la absorción de micro nutrientes como el hierro y el zinc. Se recomienda evitar preparaciones con salvado de avena o trigo o su combinación con verduras (arvejas, zanahorias, chauchas, etc.) dado que las mismas aumentan la cantidad recomendada de fibra.

Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño mientras se mantiene la lactancia materna. La energía necesaria proveniente de los alimentos complementarios para niños con ingesta “promedio” de leche materna, en países en vías de desarrollo es de aproximadamente 200 Kcal. al día para niños entre los 6 y 8



meses de edad, 300 Kcal. al día para niños entre los 9 y 11 meses, y 550 Kcal. al día para niños entre los 12 y 23 meses de edad.

Por otro lado la madre debe conocer que es importante no ser muy prescriptivo en cuanto a las cantidades de alimentos complementarios que deben ser consumidos, pues las necesidades de cada niño varían debido a las diferencias en la ingesta de leche materna y la variabilidad de la tasa de crecimiento. Al niño amamantado sano se le debe proporcionar 2 a 3 comidas al día entre los 6 y 8 meses de edad y 3 a 4 comidas al día entre los 9 y 11 meses así como entre los 12 y 24 meses de edad.

El objetivo de la alimentación complementaria es satisfacer las necesidades nutricionales del lactante durante sus primeros años de vida con la finalidad de evitar consecuencias en el futuro, por lo tanto debe ser completa; de acuerdo a cantidad y calidad de los alimentos deseados a la edad del niño/a. Equilibrada para proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento, además debe ser adecuada en su preparación, almacenamiento e higiene para ser administrados con manos y utensilios limpios.

Se realizó un estudio transversal en la región de Botucatu (Brasil) para evaluar su introducción oportuna o no mediante visitas domiciliarias a un grupo de lactantes y sus madres, “existió una menor tasa de introducción de líquidos como agua e infusiones (mates) durante el primer año de vida, aumentando de esta forma en un 60% las oportunidades del niño de tener lactancia materna exclusiva en los primeros 4 meses. El consumo de golosina (caramelos, gaseosas, empanadas y chocolates) fue 40% menor entre los otros beneficios observados”³⁵

³⁵Garcia C et al. Prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer año de vida. Rev. Latinoamericana Enfermagem. Vol.15. No.2 Ribeirão.Preto Mar./Apr. 2007.Brazil. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?Pid=S010411692007000200014&script=sci_arttext&lng=es.

Características de la alimentación complementaria

- La leche o fórmula debe seguir suministrándose en cantidades no inferiores a medio litro diario para asegurar una ingesta adecuada de calcio (500 mg por día) que permita la correcta mineralización del esqueleto.
- La alimentación complementaria no debe contener harina hasta que el lactante haya cumplido por menos seis meses.
- Entre cada alimento nuevo que se incluye debe pasar un intervalo de tiempo aproximado de una semana, para así poder valorar la tolerancia del niño frente al mismo.
- Debe ofrecerse agua entre las comidas y después de las mismas, sobre todo si hay fiebre o en días calurosos.
- No es aconsejable añadir sal a las comidas durante el primer año de vida.
- La Academia Americana de Pediatría recomienda evitar la leche de vaca antes del año, debido a que el consumo previo incrementa el potencial para la deficiencia de hierro y contribuye a una alta carga renal no deseable de solutos.
- Las grasas no deberían ser restringidas en las dietas de los niños menores de 2 años, ya que varios estudios han demostrado que su limitación conduce a un consumo inadecuado de energía alimentaria y de nutrientes esenciales.

Etapas de la alimentación complementaria

Inicial: los nuevos alimentos deben comportarse como complemento del régimen lácteo, puesto que el mayor aporte de energía y nutrientes proviene de la leche.



Intermedia: llamada también de mantenimiento, donde los alimentos progresivamente se convierten en suplementos de alimentación láctea, pasando la leche de ser complementos de nuevos alimentos.

Final: consiste en la alimentación habitual del hogar o la familia.

Tipos de alimentación complementaria

Alimentación Complementaria Tipo I: comprende entre los 6 a 9 meses de edad. Se proporcionarán proteínas y calorías extraídas de papillas de frutas, verduras y carne molida.

Alimentación Complementaria Tipo II: comprende entre los 10 y 12 meses de edad. En esta etapa se incluirá el huevo a la alimentación, de preferencia cocido.

PRÁCTICAS NUTRICIONALES

TABLA N° 2.
ESQUEMA DE INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

EDAD	ALIMENTOS	PREPARACIÓN RECOMENDACIONES	FORMA DE SUMINISTRO	TIPOS DE ALIMENTOS QUE PUEDEN SER CONSUMIDOS
0 – 6 MESES	LECHE MATERNA EXCLUSIVA	Lactancia materna	Alimento ideal, libre demanda del bebé	Líquidos
6 MESES	Cereales: harina de maíz, de arroz, avena, trigo.	Iniciar estos alimentos en papillas, semisólida. Luego puede mezclar con verduras o legumbres.	Brindar con cuchara hasta que el bebé desarrolle el agarre palmar y pueda tomar pedazos.	Alimentos en puré
	Frutas: manzana, pera, banano, papaya, guayaba, durazno, melón.	Prepárelas en jugos y compotas. Luego puede darlas en puré o en pequeños trozos. No adicionar miel, ni azúcar refinada.	Dar con cuchara o en vaso. Cuando él bebe tenga la habilidad de coger con la mano, se estimula el desarrollo motor.	
	Verduras: zanahoria, habichuela, arveja, espinaca.	Suminístrelas en puré o en sopa de una sola verdura, según tolerancia. También ofrézcalas en trozos pequeños o como parte de otras preparaciones.	Bríndelas con cuchara o pocillo, de igual forma que con el consumo de las frutas, intente darlas en la mano del bebé para estimular el desarrollo motor.	
7 MESES	Tubérculos: papa, yuca.	Darlos en puré, (maceradas), sopas cremas, compota y/o trocitos.	Ofrézcalos con cuchara o pocillo.	Alimentos en puré o papilla.
	Cereales: arroz, espaguetis, pan, galletas.	Prepare estos alimentos en puré o bríndelos en trozos	Suminístrelos en cuchara o remojados en migas.	



8 MESES	Carnes: pollo, res, vísceras.	Las puede adicionar licuadas a las sopas de verduras, cereales o plátanos y tubérculos. Más adelante ofrecer en textura muy blanda como un rollo ó molida y luego en pequeñas trozos.	Las puede dar con cuchara, en pocillo ó en un plato. Debe estimular la masticación y el agarre palmar y de pinza de los niños, ofreciéndola partida en trozos.	Alimentos de consistencia sólida: picados, cortados tajados aquellos que pueda coger con los dedos.
	Leguminosas: fríjol, lentejas, garbanzos, arveja.	Darle cocidas y preferiblemente en puré cuando apenas el bebé está empezando el proceso de masticación. Posteriormente, puede dar el grano entero en sopas.	Proporciónelas con cuchara.	
12 MESES	Productos lácteos: yogurt, leche entera, queso.	Ofrézcaldas después del sexto mes de vida en forma individual, en los intermedios de las comidas principales o adiciónelas a preparaciones con cereales, verduras y/o frutas.	Las puede dar con cuchara o pozuelo. El queso delo en trozos para coger con los dedos y para así mejorar el desarrollo motor del niño.	Alimentos picados cortados, tajados que pueda coger con los dedos.
	Yema de huevo	Delo siempre cocido y tibio, no lo dé crudo.	La yema de huevo debe darla con cuchara, inicialmente en poca cantidad y progresivamente se va aumentando de acuerdo a la tolerancia.	
	Huevo completo	Observe la tolerancia de un huevo al día.		
	Pescado	Observe la tolerancia.		
TODO LO QUE CONSUME LA FAMILIA.				

Fuente: guía de alimentación del componente alimentario, MIES, 2008



TABLA N°3.
GRUPOS DE ALIMENTOS SEGÚN LOS NUTRIENTES

QUE APORTAN Y LA FUNCIÓN QUE DESEMPEÑAN ALIMENTOS	NUTRIENTES QUE APORTAN	FUNCIÓN QUE DESEMPEÑAN
Cereales: son los que se producen en espiga, espesan y no se pueden consumir crudos. Incluyen el arroz, maíz, trigo,	Hidratos de carbono.	Proporcionan energía y fuerza Ayudan a mantener la actividad; pero si se consumen en exceso, se almacenan en forma de grasa.
Frutas: son de varios colores, sabores y apariencia agradable, muy ricas, como: naranja, limón, entre otros.	Vitaminas Minerales Agua y fibra	Indispensables para la transformación de los alimentos. Evitan enfermedades.
Verduras y hortalizas: son las que se producen en ciclo corto. Se las consume crudas o cocinadas y no espesan.	Vitaminas Minerales Agua y fibra	Indispensables para la transformación de los alimentos.
Tubérculos y raíces: son los alimentos que se producen bajo la tierra, no se pueden consumir crudos y espesan; tienen almidones.	El consumo aporta hidratos de carbono.	Proporcionan energía y ayudan a mantener la actividad.
Carnes y huevos: en este grupo se ubican las carnes de res, cerdo, borrego y los huevos.	Proteínas Hierro	Construyen y reparan las células, órganos y tejidos del cuerpo. Evita el cansancio y la anemia.
Leguminosas: son las que se producen en vaina y espesan; necesitan de remojo antes de ser cocidas.	Proteínas de origen vegetal.	Sirven para el crecimiento, y formación de células, órganos, tejidos, huesos y dientes.
Lácteos: dentro de estos se incluye: leche de vaca, leche pasteurizada, queso, quesillo, yogurt.	Calcio Proteínas	Responsables del crecimiento de los huesos y dientes.
Agua: es importante para la vida.	Se debe consumir como mínimo 2 litros de agua segura (8 vasos).	Es importante para desintoxicar a nuestro organismo, para hidratarnos y para el buen funcionamiento renal.

Fuente: guía de alimentación del componente alimentario. MIES 2008



Riesgos de la alimentación complementaria

La introducción de alimentos diferentes a la leche materna disminuye la frecuencia e intensidad de la succión y como consecuencia de la producción láctea. En la mayoría de los casos el valor nutricional del alimento complementario será menor que el de la leche materna y por lo tanto, el niño se encontrará en desventaja. Otro riesgo a corto plazo está relacionado con la carga renal de solutos del lactante durante los primeros meses de edad, manifiesta cierta inmadurez renal lo cual impide concentrar con la misma eficiencia de niños mayores o del adulto. En esta situación, la introducción de alimentos con exceso de solutos ha llevado a eventuales pérdidas extrarenales de agua, como sucede con la diarrea, puede ocasionar una deshidratación hipertónica como consecuencia grave en el sistema nervioso central.

Existe un mayor riesgo de caries dental con la introducción de jugos o aguas endulzadas a temprana edad, sobre todo cuando estos alimentos son suministrados con biberón, cuando existe una exposición prolongada de los dientes a líquidos que contengan hidratos de carbono, se desarrolla un patrón característico de destrucción dentaria. Otro riesgo importante a corto plazo es el síndrome diarreico agudo, se observa sobre todo en los lugares marginados de países subdesarrollados, donde viven en condiciones insalubres y la preparación de los alimentos se lleva a cabo sin higiene y con un elevado índice de contaminación.

Las prácticas de alimentación complementaria inadecuadas pueden tener un impacto negativo en la salud a largo plazo, esto sucede a través de dos mecanismos: primero por efecto acumulativo, dado que cuando se introducen los alimentos en forma temprana, puede haber evidencia clínica de morbilidad años más tarde; segundo, cuando se crean hábitos de alimentación que conducen a prácticas dietéticas indeseables, las que a su vez condicionan problema de salud.

Si la alimentación complementaria es tardía, es decir empieza después de los 6 meses de edad, el niño tendrá insuficiente energía para apoyar un óptimo crecimiento y desarrollo debido a que no recibirá suficiente alimentación y puede ser más difícil el periodo de adaptación a nuevas consistencias, texturas y sabores de los alimentos

2.10 NUTRICIÓN³⁶

Desde el punto de vista nutricional y dietética “la nutrición es un conjunto de procesos armónicos y coordinados que ocurren en todas las células para proveer al organismo de energía”³⁷, es el proceso a través del cual el organismo absorbe y asimila las sustancias necesarias para el funcionamiento del cuerpo. Este proceso biológico es uno de los más importantes determinantes para el óptimo funcionamiento y salud de nuestro cuerpo; tiene la finalidad de cubrir Los requerimientos de energía a través de la metabolización de nutrientes como: carbohidratos, proteínas y grasas, están relacionados con el gasto metabólico basal, el gasto por la actividad física y el gasto inducido por la dieta. También debe cubrir las necesidades de micronutrientes no energéticos como: las vitaminas y minerales; además debe permitir la correcta hidratación basada en el consumo del agua y la ingesta suficiente de fibra dietética.

La nutrición infantil es el resultado de una amplia variedad de factores que reflejan la calidad de los sistemas de Salud Pública, las prácticas de atención en los hogares y comunidades, la capacidad de la sociedad para hacer frente a la pobreza, la inseguridad alimentaria entre los grupos desfavorecidos, las capacidades de los sistemas de justicia y bienestar social y la eficacia de las políticas económicas y sociales.

³⁶www.OMS/OPS/definiciones/nutricion.2011.pag35

³⁷www.msp.gob.ec/pdf/nutricion/datos-generales. consultado en junio 2013.



SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

Los suplementos nutricionales son productos con formulaciones que no son medicamentos. Son naturales en algunos casos y en otros son meramente alimenticios que apoyan y complementan la nutrición que el niño debe llevar. La principal ventaja que ofrecen es que al no ser medicamentos, no tienen efectos secundarios graves, puesto que son micronutrientes que se encuentran en alimentos y plantas naturales entre los principales tenemos:

VITAMINA D

Se debe suplementar con 200 UI de vitamina D al día desde el mes de vida y hasta el año de edad, a todos los lactantes alimentados con leche materna exclusiva, o con leche no fortificada o con ingesta menor a 500 ml/día de leche fortificada con vitamina D.

HIERRO

En aquellos niños(as) que reciben sólo leche materna o fórmulas lácteas no fortificadas con hierro, se debe iniciar la suplementación profiláctica (1-2mg/kg/día) a los cuatro meses de vida y hasta el año de edad. Esta indicación se adelanta en lactantes de bajo peso o aquellos niños(as) prematuros, los que deben iniciar el aporte cuando dupliquen el peso de nacimiento o a los dos meses de edad cronológica y hasta el año de edad corregida.

FLUOR

Una de las medidas más utilizadas para disminuir las caries dentales es el uso de fluoruros en diversas formas ya sea aplicados directamente en los dientes o obtenidos de los alimentos.

2.11 EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL ³⁸

La valoración nutricional, según la define la Asociación Americana Dietética es un proceso que debe tener un enfoque integral. Para definir el estado nutricional se debe recurrir a los antecedentes médicos, sociales, nutricionales, así como la exploración física.

- **Historia Clínica**

Se considera datos relacionados con el crecimiento del niño, incluyendo el peso y la talla; esto permite formarse una idea del patrón de crecimiento, el cual no es uniforme y depende de múltiples factores. Por esto se recogerán datos acerca de la familia y el medio social (trabajo de los padres, personas que cuidan del niño, número de hermanos, instrucción y edad de la madre).

También es importante realizar una revisión de las nuevas curvas de crecimiento de la Organización Mundial de Salud, que fueron adoptadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador a partir del año 2011 y se considera que “estas curvas ya no son valores de referencia, sino constituyen un estándar, una norma y se puede aplicar a todas las poblaciones del mundo”³⁹.

- **Entrevista**

Una encuesta detallada permite tener una aproximación de lo que los niños consumen habitualmente en las principales comidas del día; así como el consumo de suplementos vitamínicos y minerales esto nos permite establecer el conocimiento que tienen las madres.

³⁸ Expresión e interpretación de los datos antropométricos. Disponible en <http://cuba.nutrinet.org/evaluacion-nutricional/metodos-antropometricos>. revisado en mayo 2013.

³⁹ Solano M. Crecimiento y Desarrollo de los/as niños/as menores de cinco años que asisten al Centro de Desarrollo Infantil “las Ardillitas” del bosque de la parroquia Monay de la ciudad de Cuenca [Tesis de licenciatura]. Cuenca: Universidad de Cuenca;2011.



También se debe incluir las circunstancias que puedan influir en los hábitos alimentarios o modificar el gasto energético, tales como las relaciones familiares, pertenencia a grupos que siguen dietas especiales, conocimiento sobre nutrición y alimentación adecuada.

- **Examen Físico**

La **antropometría** es parte del examen físico y nos permite valorar la forma, tamaño y composición corporal del niño. Las medidas antropométricas más usadas en la evaluación del estado nutricional son: peso, talla, índice de masa corporal. La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de las Curvas de Crecimiento elaboradas por el Centro Nacional para Estadísticas de Salud, ya que los pesos y tallas de niños provenientes de grupos socioeconómicos alto y medio de países subdesarrollados son similares a los de niños de países desarrollados con antecedentes comparables.

a) Peso: se refiere a la cantidad de masa corporal que el ser humano ha adquirido desde su nacimiento hasta el momento en el que se realiza la medición del niño/a que se expresa en una unidad de medida (Kg). Normalmente en los 3 o 4 primeros días de nacimiento el niño o niña pierde peso, esta pérdida puede alcanzar hasta 10% y suele ser mayor en los niños obesos que en los más delgados debido principalmente a la pérdida de líquidos del cuerpo.

Al décimo día de nacido, el niño o niña vuelve a ganar su peso inicial para pesar un incremento de más o menos 20-28 gr. diarios en los 5 meses y de 15gr. por día durante el resto del primer año. El ritmo del incremento del peso disminuye durante el segundo año de vida, y se inicia este con 9-10 kg y termina con un peso aproximado de 12-13kg durante el periodo de 1-3 años, el niño gana un promedio de 2- 2.5kg por año.

b) Talla: se considera a la talla la longitud del cuerpo, desde el vértice del cráneo hasta la planta de los pies y se expresa en centímetros (cm). Con relación a la unidad de tiempo, el aumento de la talla es más veloz mientras menos edad tengan los niños, crecen más durante el primer mes de vida que durante el segundo año.

La talla promedio del recién nacido a término en nuestro medio, es de 48-50cm. el niño o niña a los 3 meses gana un 20% de la talla inicial, a los 6 meses un 30% y al año de edad ha alcanzado un 50% por tal motivo, al finalizar el primer año mide en término medio de 72-75cm. Entre 1 y 3 años de vida el aumento de la talla es aproximadamente de 7.5cm; siendo mayor el crecimiento de las piernas que del tronco.

Índice de masa corporal (IMC)

Es una medida que se usa para evaluar las reservas de grasa corporal. Es importante tener en cuenta que cuando está elevado indica "sobrepeso". Para diferenciarlo resulta muy útil el perímetro del brazo y el pliegue tricípital y subescapular, que proporcionan información más específica respecto a la composición del peso del niño.

Se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso en kilogramos (Kg)}}{(\text{Talla en metros})^2}$$

TABLA N°4. FÓRMULAS PARA CALCULAR EL PESO SEGÚN NELSON

Desde el nacimiento hasta los 5 años.

Edad	Peso en Kilogramos
Al nacer:	3,5 Kilogramos = 3.500 gramos
3 a 12 meses:	Peso en Kilogramos = Edad en meses x 0,5 + 4,5
1 a 5 años:	Peso en kilogramos = edad en años x 2 + 8,5

Fuente: Guillen Olga "El proceso de Enfermería en el cuidado de los Niños y Niñas" Cuenca 2009-2011

Realizado por: las autoras

TABLA N°5.
INCREMENTOS DE TALLA EN NIÑOS /NIÑAS MENORES DE UN AÑO

Edad en Meses	Longitud en cm	Incremento
Al nacer	48.4	
0-1 Meses	3	9 cm
1-2 meses	3	
2-3-meses	3	
3-4 meses	2	6 cm
4-5-meses	2	
5-6 meses	2	
6-7 meses	1.5	4.5 cm
7-8 meses	1.5	
8-9 meses	1.5	
9-10 meses	1.5	4.5 cm
10-11 meses	1.5	
11-12 meses	1.5	
Total incremento al año:	9 + 6 + 4.5 + 4.5	24 cm

Edad	Talla en centímetros
Al nacer:	50 cm. de longitud tendido
1 año:	75 cm. de longitud tendido

Fuente: GUILLEN Olga “El proceso de Enfermería en el cuidado de los Niños y Niñas” Cuenca 2009-2010.

Realizado por: las autoras

2.12 PROBLEMAS COMUNES DE UN NIÑO MAL NUTRIDO

2.12.1. DESNUTRICIÓN

“De acuerdo a lo propuesto por el Dr. Federico Gómez en 2003, la palabra desnutrición señala toda pérdida anormal, pero reversible, de peso del organismo, desde la más ligera hasta la más grave, secundaria a la asimilación deficiente de alimentos por el organismo, conduciendo a un estado patológico de distintos grados de severidad y de distintas manifestaciones clínicas”.⁴⁰

Causas de la Desnutrición ⁴¹

- **Nutricionales:** por disminución de la ingesta dietética, por consumo de una cantidad insuficiente o mal balanceada.
- **Biológicas:** por trastornos digestivos, problemas de absorción y otras condiciones médicas.
- **Vulnerabilidad:** como en el caso de lactantes prematuros, infecciones, traumatismos importantes o cirugías.
- **Psicológicas:** como la anorexia nerviosa, la bulimia o la depresión.
- **Económicas:** pobreza, desempleo de los padres, falta de acceso a los servicios de salud.

⁴⁰ Instituto Danone. Nutrición para la Salud: Desnutrición. México. Disponible en: www.institutodanone.org.mx

⁴¹ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2006). Manual de Capacitación en Alimentación y Nutrición para el Personal de Salud: Enfermedades por Déficit Nutricional. Ecuador. Módulo 10. Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE). (2004). Fichas metodológicas sobre desnutrición global y desnutrición crónica. Ecuador

Clasificación

❖ Clasificación etiológica

- **Primaria:** se presenta cuando el aporte de nutrimentos es inadecuado para cubrir las necesidades y/o episodios repetidos de diarrea o infecciones de vías respiratorias.
- **Secundaria:** cuando existe alguna condición subyacente que conduce a una inadecuada ingestión, absorción, digestión o metabolismo de los nutrimentos, generalmente ocasionado por un proceso patológico como infecciones agudas, sepsis o problemas crónicos como la diarrea persistente, SIDA, cardiopatías congénitas, neumopatías, enfermedad renal avanzada y muchos tipos de cáncer.
- **Mixta:** se presenta cuando están coexisten las dos causas anteriores, el sinergismo entre ingesta inadecuada e infección es el ejemplo clásico de este cuadro y tiene como sustrato metabólico el desequilibrio entre el mayor gasto de nutrimentos y la necesidad no satisfecha de los mismos.

❖ Clasificación por el grado de severidad o intensidad

- La **clasificación de Gómez**, utiliza el índice peso/edad, que resulta muy útil para niños menores de cinco años. La severidad de la desnutrición se reconoce clínicamente y se clasifica según el déficit de peso que tengan los niños en relación al peso con el percentil 50 de los niños de su misma edad. La desnutrición se clasifica de la siguiente manera:

TABLA N°6.
CLASIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN SEGÚN GÓMEZ

GRADO	DÉFICIT
1º	10 al 24 %
2º	25 al 39 %
3º	> al 40 %

Fuente: Gómez, F. Desnutrición, Salud Pública de Mexico.Mexico.vol.45.2003

Elaborado: por las autoras

❖ **Clasificación por el tiempo de evolución**

- **Aguda:** se debe a un aporte e ingestión insuficiente o desequilibrado de nutrientes, por mala alimentación o falta de ella. Hay tres grandes causas que la generan: dieta inadecuada, infecciones y factores socioculturales. Está determinada por un déficit del peso para la talla (P/T).
- **Crónica:** se origina por alguna alteración fisiopatológica que interfiere con la ingestión, digestión, absorción, transporte y/o utilización de los nutrientes. Las causas son: malformaciones, alteraciones genéticas, alteraciones metabólicas y alteraciones inmunológicas. Está determinada por un déficit en la talla para la edad (T/E).
- **Global:** es la alteración del peso/edad (P/E). El P/E mide el volumen corporal y revela en mediano plazo (semanas a meses) los cambios atribuibles a la adecuada o inadecuada ingestión, asimilación y utilización de alimentos.

❖ **Clasificación por el cuadro clínico**

➤ **Desnutrición Leve o de Primer Grado**

Existe pérdida de peso de hasta el 15% del peso normal. El dato principal que se observa, es el estacionamiento en el peso que persiste a través de

las semanas; el niño avanza en edad y el peso se va quedando a la zaga, avanzando penosamente o estacionado.

➤ **Desnutrición Moderada o de Segundo Grado**

La pérdida de peso se acentúa y va pasando del 10 ó 15%, a pérdidas mayores como el 40%. Es producida por enfermedades que interfieren en el proceso de digestión, como la fibrosis quística. Podemos observar un niño(a) apático, cansado, falta de apetito, se van hundiendo los ojos y el tejido celular subcutáneo se hace flojo, pierde su turgencia y elasticidad; el niño duerme con los ojos entreabiertos, puede presentar resfriados y otitis, trastornos diarreicos y discretas manifestaciones de carencia al factor B, así como edemas por hipoproteinemia.

➤ **Desnutrición Severa o de Tercer Grado**

La pérdida de peso sobrepasa el 40% del peso que debería tener. Se identifica con el Kwashiorkor y el Marasmo.

Se caracteriza por la exageración de todos los síntomas que se han enumerado en las etapas anteriores de desnutrición y el niño llega a ella debido a la pobreza y falta de conocimiento, o porque a pesar de las medidas tomadas, ya la célula y su mecanismo metabólico habían entrado en una fase negativa o de desequilibrio anabólico que no permiten que se aproveche ni las cantidades mínimas para sostener la pobre actividad del niño.

➤ **Marasmo**

Es un tipo de malnutrición energética y proteínica severa acompañada de emaciación. Se caracteriza por irritabilidad, pérdida de peso y apatía hasta llegar a la emaciación. La piel pierde turgencia, se arruga y se torna flácida

a medida que desaparece la grasa subcutánea. Los ojos se hundén, la cara se hace pequeña y adquiere el aspecto de “cara de viejo”.

➤ **Kwashiorkor**

Enfermedad debida a la ausencia de proteínas en la dieta, se caracteriza por crecimiento inadecuado, falta de energía. El edema puede surgir de forma precoz y puede enmascarar la ganancia de peso. La despigmentación de la piel aparece tras la descamación de dichas regiones. El pelo es ralo y fino y en los niños con cabello oscuro aparecen mechass rojas o grises.

Consecuencias

La desnutrición tiene efectos generalizados sobre el estado de salud y la supervivencia, incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad infantil y sus efectos a largo plazo sobre el desarrollo cognitivo y social, la capacidad de trabajo físico, la productividad y el crecimiento económico.

Está asociada a enfermedades infecciosas recurrentes en los niños(as), una menor capacidad para defenderse de las complicaciones producidas por estas enfermedades y una mayor probabilidad de morir a causa de las mismas; lo que conlleva a mayor gasto de ingresos económicos a nivel familiar y del estado en medicamentos y atención secundaria en salud.

También se asocia con el retraso en el crecimiento y desarrollo, “un niño que no se alimenta es un niño que no juega, no aprende y no se desarrolla normalmente”.

2.12.2 OBESIDAD Y SOBREPESO⁴²

La obesidad es un trastorno nutricional consistente en un incremento excesivo del peso corporal, realizado a expensas del tejido adiposo y en menor proporción del tejido muscular y la masa esquelética.

En estos momentos, la obesidad es un problema sanitario de primer orden, debido a su prevalencia y a la relación causal existente entre obesidad y otros trastornos: hipertensión arterial, trastornos del metabolismo lipídico, diabetes, litiasis biliar, patología osteoarticular y algunos tipos de cáncer.

Etiología

- **Sobrealimentación:** es el aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes, falta de supervisión por parte de los padres para controlar raciones y calidad de alimentos, horarios alterados de alimentación, falta de preparación de alimentos en el hogar.
- **Sedentarismo:** disminución de la actividad física e incremento del tiempo destinado a la televisión, computadora y juegos electrónicos.
- **Factores hereditarios:** los hijos de padres obesos tienen mayor probabilidad de padecer obesidad, especialmente si ambos padres lo son.
- **Situación hormonal:** en menos del 5% de los casos la obesidad es secundaria a enfermedades endócrinas o genéticas específicas.
- **Situaciones psicosociales y ambientales:** los hijos de familias en las que ambos padres trabajan, hogares de padres solteros, los niños con aislamiento

⁴² Navarro, S. (2009). Proyecto de investigación científica: Obesidad en menores de edad. Nuevo Laredo. Revisado en septiembre 2013.

social y problemas afectivos, padres con largas jornadas de trabajo o que están alejados de casa por periodos largos.

- **Otros:** factores socioculturales y económicos, niños(as) con déficit o exceso de peso al nacer, que consumen alimentos industrializados con alta densidad calórica, quienes están expuestos al cigarrillo de forma pasiva; corren el riesgo de convertirse en adolescentes con sobrepeso u obesidad.

Consecuencias

La obesidad se asocia a una mayor probabilidad de muerte por enfermedad cardiovascular en varones que tenían sobrepeso en la adolescencia. Muchos países de ingresos bajos y medios se enfrentan en la actualidad a una doble carga de morbilidad:

- Siguen teniendo el problema de las enfermedades infecciosas y la subnutrición, pero al mismo tiempo están sufriendo un rápido aumento de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, tales como el sobrepeso y la obesidad, sobre todo en el medio urbano.
- Las patologías asociadas durante la infancia y la adolescencia incluyen resistencia a la insulina, diabetes tipo 2, hipercolesterolemia, síndrome metabólico, hipertensión, complicaciones ortopédicas y musculo-esqueléticas, asma, apnea obstructiva del sueño y otros trastornos psicosociales.

La detección selectiva de estas complicaciones del sobrepeso mediante una valoración clínica exhaustiva es importante en el momento del diagnóstico y el inicio del tratamiento para determinada patología.

CAPÍTULO III

3 MARCO REFERENCIAL

3.1 DATOS DE LA INSTITUCIÓN

3.1.1. Nombre de la institución:

Subcentro de Salud “San Pedro del Cebollar”

Figura N° 5

Local del Subcentro de Salud de San Pedro del Cebollar



Fuente: imagen capturada Subcentro de Salud San Pedro del Cebollar 2012.
Responsables: las autoras.

3.1.2. Dirección:

El SCS San Pedro funcionaba en la casa comunal, en la actualidad funciona en su propio local ubicado vía a Racar, a unas 10 cuadras de la Capilla, a 50 metros de la vía principal, al cual se accede por la entrada al Colegio Madrid y Urbanización del Magisterio.

3.1.3. Tipo de institución

Subcentro de Salud, fundado en 1996, y funciona en su actual dirección desde el año 2009.

3.1.4. Ubicación geográfica

El Subcentro de Salud se encuentra ubicado al noroeste de la ciudad de Cuenca en la Provincia del Azuay, Cantón Cuenca, Parroquia San Sebastián, comunidad de San Pedro del Cebollar.

3.1.5. Límites

El Subcentro de Salud está limitado en su parte lateral derecha y posterior por terrenos particulares y en su parte lateral izquierda y en la parte frontal se encuentran calles las cuales comunican a la vía principal con la ciudadela del magisterio y la lotización el Rosario.

3.2 Misión

Brindar una atención de mejor calidad posible, con calidez, considerando sus factores de riesgo, priorizando a los grupos materno-infantil, escolar, adolescentes, crónicos de la tercera edad.

3.3 Visión

La visión de la Unidad de Salud de San Pedro es la de mantener y preservar la salud de San Pedro y sus comunidades, de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, transformando a la comunidad en entes activos no en pasivos, concientizando a la comunidad sobre prevención y promoción y brindando atención con calidad y calidez.



El Subcentro de Salud de San Pedro es una unidad que brinda atención primaria en las áreas médica, odontológica y de enfermería a las personas de la comunidad de San Pedro del Cebollar, con calidad y calidez, promocionando la prevención y utilizando los recursos disponibles para mantener la salud de la población.

3.4 Recursos Humanos con los que cuenta.

La Unidad Operativa funciona con los siguientes recursos humanos: 2 médicos familiares, 2 odontólogas, 2 Licenciadas en enfermería, 1 auxiliar de farmacia, 1 interna de medicina, 2 internas de enfermería, 3 estudiantes de enfermería.

3.5. Planta física

Cuenta con local propio, y equipado por el Ministerio de Salud Pública. Cuenta con los siguientes ambientes.

- Estadística.
- Preparación.
- Estadística
- Baño de pacientes.
- Consultorio de nutrición
- Consultorio odontológico
- Emergencia
- Área de vacunación
- 4 baños
- 2 Consultorios Médicos.
- Sala de espera.
- Farmacia.

Figura N° 6
Distribución del área Física, 2013



Fuente: archivos de la institución
Responsables: las autoras

3.6 Cobertura

El Subcentro de salud, atiende a 900 usuarios mensualmente, en el área de medicina general, y en el área de odontología atienden 600 usuarios, quienes pertenecen al centro de San Pedro y sus comunidades como Racar, San Mateo de las cerámicas, San Vicente de las Caleras, Pumayunga y los Tubos.

Las principales patologías que son atendidas en esta unidad de salud, son las infecciones respiratorias las más frecuentes entre las edades 0-2 años, debido a la gran cantidad de fábricas de ladrillos existentes en el sector y que a su vez son la principal fuente de contaminación ambiental, también son frecuentes el parasitismo y diarrea en este grupo atareo. En el departamento de Odontología, el 99 % de los casos que acuden a consulta por caries dentales y Gingivitis.



3.7 Programas sobre Alimentación y Nutrición que se desarrollan

En este establecimiento se desarrolla el Programa Acción Nutrición Proyecto “Desnutrición Cero, donde se incluye el Programa Integrado de Micronutrientes, donde participan todos los niños/as a partir de los 6 meses de edad, que acuden a la consulta con el objetivo de prevenir y reducir la prevalencia de anemia y malnutrición de la población infantil. Estos programas abarcan el 98% de la población de estas edades que acuden al Subcentro San Pedro del Cebollar, brindado información y entrega de suplementos nutricionales a este grupo de edad.

CAPÍTULO IV

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el conocimiento materno sobre alimentación, nutrición y su relación con el estado nutricional de niños (as) menores de dos años que acuden al Subcentro de Salud de San Pedro del Cebollar en la ciudad de Cuenca durante Mayo– Julio 2013.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Valorar el grado de conocimiento de las madres sobre alimentación y nutrición de los niños(as) menores de 2 años, en la localidad de San Pedro del Cebollar.
- ❖ Determinar las características personales del grupo de estudio constituido por madres de niños menores de dos años como: edad, grado de instrucción, situación económica, ocupación.
- ❖ Relacionar los conocimientos maternos de nutrición y alimentación en menores de 2 años con el estado nutricional de los mismos, en la localidad de San Pedro del Cebollar.

4.3 DISEÑO METODOLÓGICO

4.3.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo.

4.3.2 Área de estudio

Este estudio se realizó en el Subcentro de Salud San Pedro del Cebollar, perteneciente al área de salud N° 2 del Azuay.

4.3.3 Universo

El universo estuvo formado por 280 madres de niños menores de 2 años que acudieron al Subcentro de Salud de San Pedro del Cebollar durante los meses de mayo, junio y julio del año 2012, según datos obtenidos de partes diarios de médicos que laboran en esta unidad

4.3.4 Muestra

La población de estudio estuvo compuesta por 74 madres de niños menores de 2 años, que acudieron a la consulta externa del Subcentro de Salud San Pedro del Cebollar, durante los meses de mayo, junio y julio 2013.

Se realizó el cálculo de la muestra con una comparación entre los casos atendidos durante los meses de mayo, junio y julio 2012.

Para el cálculo de la muestra utilizamos la siguiente fórmula.

$$N = \frac{m}{c^2(m - 1) + 1}$$

N= Muestra

c = 0.10

m= población (universo)

$$N = \frac{280}{(0.10)^2(280 - 1) + 1}$$

$$N = \frac{280}{0.01(279) + 1}$$

$$N = \frac{280}{2.79 + 1}$$

$$N = \frac{280}{3.79}$$

$$N = 74$$

4.3.5 Criterios de inclusión y exclusión

4.3.5.1 Criterios de Inclusión.

Se consideró dentro de este estudio a todas las madres de niños menores de 2 años, que acuden al Subcentro de Salud San Pedro del Cebollar.

4.3.5.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron de este estudio, a madres de niños mayores de 2 años y madres que no deseaban participar en el estudio.



			Formularios del MSP. Material educativo Programas de capacitación	
Estado nutricional	Es la situación en la que se encuentran los niños en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.	Antropometría	Peso Talla IMC	Gr/Kg cm/m
Niños menores de 2 años	Un niño es un ser humano que aún no ha alcanzado la <u>pubertad</u> . Por lo tanto, es una <u>persona</u> que se encuentra en la niñez.	Grupo Etéreo	Edad Número de Hijo Sexo	Menor de 6 meses. Menor de 1 año. De 1 a 2 años 1ero 2do 3ero último Femenino Masculino
Situación económica	Economía de una familia, circunstancias de nivel económico en el que se encuentra una familia ya sea medio, alto, bajo, según los recursos con los que cuenta.	ocupación de la madre Económico	Tipo de Ocupación Integrantes que trabajan Salario mensual	QQ DD Jornalera Empleada Subempleada Otros Padre/Madre Hijos 100 - 200 201 – 300 301 – 400 401 - 500 + 500 dólares



		Duración de la jornada	Tiempo que trabaja durante el día	100-120 120-160 +160 horas
		Estructura familiar	Familia nuclear Ampliada	Madre/ Padre .hijos Padre, madre, hijos, abuelos Tios,sobrinos/Otros
Nivel de instrucción materna	Educación que ha recibido la madre durante su vida.	Nivel de formación	Tipo de instrucción	Analfabeta <u>Primaria</u> completa/incompleta <u>Secundaria</u> completa/incompleta superior completa/incompleta
Edad materna	Tiempo de existencia de una persona desde su nacimiento hasta la actualidad. Es un factor que se asocia fuertemente con el posible daño/beneficio del niño.	Cronológico	Adolescente Adulto joven Adulto maduro	Menor 19 años 20 -34 años Mayor 35 años

Elaborado por: las autoras.

Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos.

Para la recolección de la información se utilizó:

- Entrevista: se entrevistó directamente a las madres, para valorar el grado de conocimiento de las mismas en temas de alimentación y nutrición.
- Revisión de la Historia clínica: de la cual obtuvimos las medidas antropométricas de los niños, para evaluar su estado nutricional.

Procedimiento para la recolección de datos.

Se aplicó el formulario en la muestra de estudio, nos dirigimos al Centro de salud San Pedro del Cebollar, y coordinamos con la actual directora y a su vez con el director del Subcentro, para asistir a dicho establecimiento, para así aplicar los formularios con su respectivo consentimiento informado para su participación formal a través de su firma.

Plan de Tabulación de Análisis.

La información obtenida mediante los formularios, se aplicó un análisis cuantitativo mediante el software SPSS 21 versión 21.0.0 y Excel 2010; la información cualitativa mediante Microsoft Word 2010. Las medidas estadísticas que se utilizó en el desarrollo de la tabulación de datos con frecuencias y porcentajes, que serán representados a través de tablas según la naturaleza de cada variable.

Presentación de resultados.

Para la presentación de los resultados de esta investigación se usó tablas en realizadas en Excel 2010 y análisis en Word 2010.



Procedimientos para garantizar los aspectos éticos

Se presentó una solicitud dirigida a la Directora del Área de Salud N° 2, para obtener el permiso para la realización de la investigación. También se contó con el consentimiento informado de las madres que participaron en la investigación (*Ver anexo 1*), con el fin de mantener la normativas nacionales de bioética.

CAPÍTULO V

5 RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio

Se aplicaron los formularios a 74 madres de niños menores de 2 años, el mismo que fue el grupo que cumplió con los criterios de inclusión.

Tabla N° 1 .Distribución de edades de niños menores de 2 años, de 74 madres encuestadas, Cuenca 2013.

Edad del niño	Frecuencia	Porcentaje %
Menor de 6 meses	22	30%
De 7-11 Meses	24	32%
12 meses	21	28%
De 13-24 meses	7	10%
Total	74	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Realizado por: Los Autoras.

Análisis: el 32% de madres tienen hijos menores de un año entre 7 y 11 meses, la edad es un factor determinante en el proceso de salud y bienestar de los niños, porque determina los requerimientos nutricionales para un buen crecimiento y desarrollo junto con una alimentación segura, ya que en estas etapas se desarrollan la mayoría de habilidades motoras y de lenguaje, el 28% de niños tienen un año de edad, siendo un periodo vulnerable para la aparición de problemas nutricionales como desnutrición y obesidad derivados de la calidad de alimentación. Estas edades se caracterizan por la marcada influencia familiar en el desarrollo de la malnutrición, ya que es aquí donde se establecen los hábitos alimentarios y las características personales del niño en cuanto a su actividad física.

Tabla N° 2. Distribución de número de hijo, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

	Número de hijo	Frecuencia	Porcentaje %
	PRIMERO	20	27%
	SEGUNDO	18	24%
	TERCERO	27	37%
	ÚLTIMO	9	12%
Total		75	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: de 74 madres encuestadas, el 37% de niños menores de 2 años son hijos terceros, un 12% de niños son últimos hijos con más de 3 hermanos lo que representa para la madre poseer una buena situación económica y conocimientos sobre alimentación y nutrición para brindar a sus hijos una nutrición y alimentación adecuada para su edad. Lo que determina la experticia de la madre en la alimentación de su hijo y se puede convertir en un factor positivo o negativo.

Tabla N° 3. Distribución de estado nutricional de niños menores de 2 años, de 74 madres encuestadas, Cuenca 2013.

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	41	56%
Peso normal	32	43%
Sobrepeso	1	1%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 56% de los niños presentan bajo peso, lo que constituye un factor de riesgo para el crecimiento y desarrollo del niño haciéndolo propenso a sufrir varias enfermedades, principalmente infecciones agudas como diarreas,

infecciones respiratorias agudas y fiebre. El bajo peso en los niños, además de retardar el crecimiento, produce efectos sobre el desarrollo, capacidad mental, rendimiento escolar y esta relacionando íntimamente con el conocimiento materno y la situación socioeconómica familiar.

Tabla N° 4. Distribución de edades de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Edades	Frecuencia	Porcentaje %
Menor de 19 años	34	46%
De 20 a 34 años	33	45%
Mayor de 35 años	7	9%
Total	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 46% de las madres encuestadas, son menores de 19 años correspondiendo a madres adolescentes en su mayoría, condición que se encuentra ligada con el bajo nivel de escolaridad (ver tabla 5), el bajo peso al nacer y el bajo peso encontrado en esta investigación, mientras que el 9% de las madres son mayores de 35 años, con un nivel de escolaridad de secundaria incompleta, lo que puede convertirse en un factor protector del estado nutricional, si posee una mejor condición socioeconómica y mayor conocimiento.

Tabla N° 5. Distribución de edades de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Nivel de educación	Frecuencia	Porcentaje %
Analfabeta	1	2%
Primaria completa	33	44%
Primaria incompleta	5	7%
Secundaria completa	14	19%
Secundaria incompleta	6	8%
Superior completa	7	10%
Superior incompleta	8	10%
Total	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 44% de las madres tienen primaria completa, siendo este un nivel de educación bajo y está relacionado con el embarazo adolescente, pues las madres abandonaron de forma temprana sus estudios, un 37% tienen secundaria y solo un 10% tienen educación superior completa, siendo este un factor que influye de forma positiva o negativa en el estado nutricional de sus hijos (ver tabla 30), ya que estudios realizados demuestran que a mayor instrucción y conocimiento materno los niños tienen un buen estado nutricional.

Tabla N° 6. Distribución de ocupación de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje %
Ama de casa	35	47%
Estudiante	13	18%
Subempleada	26	35%
Total	74	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 47% de madres son amas de casa, teniendo mayor disponibilidad de tiempo para el cuidado y alimentación de sus hijos, mientras que el 35% de madres trabajan más de 8 horas diarias o de madres estudiantes en un 18%, (ver tabla 9) y que dejan a sus hijos, al cuidado de familiares, siendo este un factor que puede influir en la malnutrición de sus hijos, siempre y cuando se encuentre ligado a otros factores como la situación socioeconómica y nivel de conocimiento materno.

Tabla N° 7. Distribución de trabajo en el hogar, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Trabajo	Frecuencia	Porcentaje
MADRE	26	35%
PADRE	48	65%
Total	74	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: de 74 madre encuestadas, solo el 35% de madres trabajan y son el sustento del hogar, mientras que un 65% de hogares trabajan sus esposos, lo cual conlleva a tener un mejor ingreso económico mensual, lo que influye en el estado nutricional de sus hijo (ver tabla 30).

Tabla N° 8. Distribución del tiempo de trabajo, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Tiempo de trabajo de la madre durante el día Y semana		Frecuencia	Porcentaje %
6-8 horas	100-120 horas	12	15%
9-10horas	121-160 horas	12	15%
más de 10 horas	más de 160 horas	2	5%
Total		26	35%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: de las 26 madres, que respondieron que trabajan, un 15% de las mismas trabajan más de 8 horas diarias y un 5% trabajan más de 10 horas por día en labores de artesanías, donde demandan mayor tiempo de trabajo, lo que no parece influir en el estado nutricional de sus hijos, ya que con su trabajo mejora el ingreso económico familiar y posee una mejor situación socioeconómica en el hogar (Ver tabla 30).

Tabla N° 9. Distribución de salario mensual, de 26 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Salario mensual	Frecuencia	Porcentaje %
100-200 dólares	9	12%
201-300 dólares	36	48%
301-400 dólares	20	27%
401-500 dólares	8	12%
+ 500 dólares	1	1%
Total	74	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: de las 26 madres que respondieron que si trabajan, un 48% de ellas tienen sueldos entre 201-300 dólares, siendo salarios insuficientes para un

hogar con más de 2 hijos, lo que está ligado íntimamente con el estado nutricional deficiente en sus hijos, mientras que solo un 12% tienen salarios entre 401-500 dólares.

Tabla N° 10. Distribución de conocimientos materno sobre alimentación, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje %
VERDADERO	55	75%
FALSO	19	25%
Total	74	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: del 100% de madres encuestadas, un 75% de ellas, respondieron que si conocen sobre alimentación y un 25% de las mismas no conocen sobre alimentación, sin embargo las madres que respondieron que si conocen tienen hijos con peso y talla baja en un 35%, el 40% que si conocen tienen hijos con peso y talla normal, lo que muestra que el estado nutricional no solo depende del conocimiento de la madre, sino de otros condicionantes sociales como la situación socioeconómica, nivel de instrucción de la madre. El 2% tiene peso adecuado para la edad, a pesar de la falta de conocimiento materno.

Tabla N° 11. Distribución de conocimientos sobre concepto de nutrición, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje %
VERDADERO	33	45%
FALSO	41	55%
Total	74	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 55% de las madres, respondieron que no conocen lo que es nutrición, de quienes el 48% de sus hijos tiene bajo peso, y solo un 7% tiene peso normal, mientras que del 45% que respondió que si conoce sobre nutrición el 40% tiene hijos con peso bajo y el 5 % restante hijos con peso normal, lo que evidencia que es de suma importancia el conocimiento y la diferenciación entre la alimentación y la nutrición, ya que no se tiene un conocimiento claro sobre el concepto de estas.

Tabla N°12. Distribución conocimiento sobre lactancia Materna, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje %
Dar el pecho	50	68%
Dar el biberón	22	29%
Dar leche de vaca	2	3%
Total	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: del 100% de madres encuestadas, 68% respondió que lactancia materna es dar el pecho, un 29% que es dar el biberón y un 3% es dar leche de vaca, lo que demuestra que un 33% de las madres no reconocen lo que es la lactancia materna o confunden su concepto, siendo este un factor de suma importancia para la nutrición adecuada en el niño menor de 6 meses.

Tabla N° 13. Distribución de conocimientos sobre lactancia Materna exclusiva, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje %
Alimentar al niño solo con seno materno hasta los 4 meses de edad.	52	70%
Dar solo seno materno hasta los 6 meses de edad.	22	30%
Total	75	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 70% tiene conocimientos sobre lactancia materna, pero no conocen de manera adecuada lo que es la lactancia materna exclusiva, sus ventajas (ver tabla 14) y solo un 30% conoce, convirtiéndose en un factor de riesgo nutricional ya que contribuye conjuntamente con otros factores a una mala nutrición de sus hijos a temprana edad.

Tabla N° 14. Distribución de conocimientos sobre ventajas de la lactancia materna, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje %
La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil.	66	89%
La lactancia materna fortalece el vínculo afectivo entre madre e hijo.	6	8%
Disminuye la hemorragia posparto.	2	3%
Total	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 89% de madres, respondió que la principal ventaja de la leche materna es proteger al niño de enfermedades, solo un 3% que protege a la madre de la hemorragia post parto, lo que demuestra que las madres no conocen todas las ventajas de la lactancia materna, solo conocen las ventajas para su hijo, pero no conocen que existen ventajas también para ellas que son muy importantes.

Tabla N°15. Distribución de motivos para no dar leche materna exclusiva hasta los 6 meses, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje %
No tenía leche	37	50%
Rechazo al pecho	15	20%
Total	52	70%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 50% de las madres expresaron que no dieron lactancia materna exclusiva debido a que desarrollaban actividades laborales y académicas lo que constituye un factor de riesgo para los niños porque le predispone a enfermedades gastrointestinales que a repetición producen alteraciones nutricionales, lo que demuestra que la ocupación de la madre puede influir negativamente sobre el proceso de crecimiento y desarrollo. El 20% de madres dicen no haber dado lactancia materna debido al rechazo del niño, factor de riesgo que incrementa la vulnerabilidad del niño para problemas nutricionales.

Tabla N°16. Distribución de conocimientos sobre destete de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje %
NO	52	70%
SI	22	30%
Total	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 70% de las madres no conoce sobre el significado de este término y solo el 30% conocen lo que es el destete, por lo que afirma que un 56% de niños tengan peso bajo (ver tabla 3) y que en su mayoría sean niños entre 7-11 meses etapa en las que se desteta a los niños, por lo que es de suma importancia el conocimiento de este tema para las madres, para que concienticen los efectos de un destete abrupto y la repercusión en el estado nutricional de su hijo.

Tabla N° 17. Distribución de tiempo de lactancia del niño sin introducir alimentos, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje %
2-3 meses	57	77%
4 -6 meses	17	23%
Total	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 77% de madres dio lactancia materna exclusiva solo hasta los 3 meses de edad, por varios motivos como la ocupación de madre, tiempo que ella se encuentra fuera del hogar y desconocimiento sobre su importancia e influencia sobre el estado nutricional de sus hijos, solo un 23% de madres dieron el pecho hasta los 6 meses que en su mayoría son amas de casa. En conclusión la ocupación de la madre si afecta en el tiempo de lactancia además del conocimiento.

Tabla N° 18. Distribución de frecuencia de alimentar al niño mayor de 6 meses, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje %
3 veces	33	45%
5 veces	29	39%
8 veces	12	16%
Total	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 45% de madres respondió que alimenta a su hijo 3 veces por día, conjuntamente con el resto de la familia, lo que implica un riesgo nutricional porque según estudios realizados se recomienda una ingesta de 5 veces al día. El 39 % lo alimenta 5 veces al día y un 16% lo sobre alimenta al brindarle más de 8 comidas diarias existiendo un 2% de obesidad en estos niños, evidenciando la falta de conocimiento sobre alimentación y nutrición en general.

Tabla N°19. Distribución de tipo de alimentos que debe recibir el niño a partir de los seis meses de edad, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje %
Papillas y vegetales bien cocidos en forma de purés, sopas espesas de espinaca.	13	18%
Carnes: res, pollo, hígado, bien cocinadas y picadas finamente	61	82%
Total	75	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 82% de madres mencionaron que sus hijos deben recibir a los 6 meses de edad carnes bien cocidas, lo que nos indican que realizaron una introducción de alimentos errónea además de un destete precoz, que produce problemas gastrointestinales de tipo infeccioso y de intolerancia produciendo bajo peso en sus hijos, lo que muestra el desconocimiento de prácticas nutricionales de la madre, mientras el 18% realizaron un adecuado destete con introducción de vegetales y papillas bien cocidas.

Tabla N° 20. Distribución de tipo de alimentos que recibe el niño a partir de los siete meses, de 74 madres de niños menores de Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Tubérculos: papa, yuca, oca, camote.	39	53%
Cereales: arroz, pan, galletas.	22	29%
Carne: cerdo, oveja, cuy, vaca, pollo y pavo.	13	18%
Total	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 53% de madres alimentó a sus hijos a los 7 meses con tubérculos como papas y yuca, el 18% lo hizo con carne como la de pollo, observándose que hay una confusión para la selección de alimentos adecuados para la edad del niño, siendo la alimentación inadecuada lo que se refleja en el estado nutricional y visibiliza el grado de conocimiento materno.

Tabla N° 21. Distribución de tipo de alimentos que se debe ofrecer al niño a partir de los ocho meses, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje%
Carne: pollo, res, vísceras.	22	29%
Leguminosas: frejol, lentejas, arveja.	47	64%
Huevos.	5	7%
Total	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

.Análisis: el 64% de madres alimenta a sus hijos con frejol y lentejas y un 7% con huevos, afirmando que el conocimiento en algunas etapas del desarrollo del niño es correcto, mientras que en su mayoría hay una marcada falta de conocimiento que se relaciona con otros factores externos como nivel de escolaridad, nivel de acceso a bienes de consumo lo que afecta el estado nutricional de los niños.

Tabla N° 22. Distribución de tipo de alimentos le debe ofrecer al niño a partir del año de edad, de 74 madres de niños menores de 2 años Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje %
Lácteos: leche, yogurt, queso.	30	41%
Yema de huevo, pescado.	4	5%
Todo lo que consume la familia	40	54%
Total	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 54% de las madres alimentan al niño de 1 año de edad con todo lo que consume la familia sin restricción alguna, lo que afirma una vez más la falta de conocimiento de la madre en la alimentación de su hijo. Estudios realizados indican que al año de edad el sistema digestivo del niño si bien está preparado para recibir la mayor parte de alimentos, se debe restringir algunos lácteos, que pueden producir irritaciones o infecciones en el tracto gastrointestinal lo que puede influye en el estado nutricional de los niños.

Tabla N° 23. Distribución de conocimiento sobre suplementos nutricionales, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje %
Vitamina A- Chis Paz -Hierro	63	85%
Papillas	7	10%
Medicamentos	4	5%
Total	74	100 %

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 85% de madres conocen cuales son los suplementos nutricionales, a pesar de ello la práctica en la administración no es adecuada lo que se refleja en un alto índice de bajo peso encontrado en los niños que reciben suplementos nutricionales. El 5% no conoce de la existencia de los suplementos.

Tabla N° 24. Distribución de conocimientos sobre utilidades de suplementos nutricionales, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje %
Están constituidos por uno o varios nutrientes, los cuales se adicionan a la dieta	67	90%
Previenen enfermedades como el sarampión, rubeola, poliomielitis	7	10%
Total	75	100,0%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 90% de madres conoce para qué sirven los suplementos nutricionales, mientras que un 10% no conoce su utilidad, por lo que se deduce que además del conocimiento que debe tener sobre estos temas, es importante la administración correcta de los mismos.

Tabla N° 25. Distribución conocimientos sobre programas de alimentación y nutrición que brinda el Ministerio de Salud Pública, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca. 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje %
SI	26	35%
NO	48	65%
Total	75	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 65% no conoce los programas que ofrece el Ministerio de Salud Pública, en cuanto a alimentación y nutrición infantil, menciona que no existe mucha difusión de los programas que se ofrecen y que son de uso exclusivo de personal de salud, sin embargo un 35% conoce sobre estos programas.

Tabla N° 26. Distribución lapso de tiempo recibe educación sobre nutrición y alimentación, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje %
Siempre	19	25 %
Ocasionalmente	55	75%
Total	74	100 %

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 75% de madres reciben educación sobre alimentación y nutrición de forma ocasional, lo que repercute en la falta de conocimientos que las mismas poseen además de otros factores como el nivel de instrucción materna y la falta de importancia que las madres otorgan a estos temas, lo que incide positiva o negativamente sobre el estado nutricional.

Tabla N° 27. Distribución de información sobre temas de alimentación y nutrición, de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Instituciones Públicas de Salud (centro de salud, hospitales, centros de desarrollo infantil, programas de capacitación)	28	37%
Instituciones Privadas (clínicas, guarderías).	28	37%
información por su cuenta(televisión, revistas, internet)	14	20%
No ha recibido información.	4	6%
Total	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 37% de madres recibe información de entidades públicas y el 20% recibe información por su cuenta, lo que influye en el conocimiento de la madre, debido a que pueden recibir información errónea de fuentes de información, como el internet donde las fuentes no son 100% confiables.

Tabla N° 28. Distribución de nivel de conocimiento de 74 madres de niños menores de 2 años, Cuenca 2013.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje %
Si conoce temas sobre alimentación, nutrición, lactancia materna y suplementos nutricionales	33	44%
No conoce sobre temas sobre alimentación, nutrición, lactancia materna y suplementos nutricionales	41	56%
Total	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: el 56% de madres no conoce sobre alimentación y nutrición, se demuestra que existe relación entre el conocimiento de la madre y estado nutricional de los hijos, ya que el 51% de los hijos de estas madres tiene bajo peso y del 44% de madres que si conocen un 39% tiene peso normal, ya que el conocimiento es de suma importancia para el estado nutricional de los hijos, sin ser este el único factor determinante, ya que existen otros factores como el nivel de instrucción de la madre y nivel socioeconómico, que influyen en el estado nutricional del niño.

Tabla N° 29. Distribución de niños menores de 2 años según estado nutricional y nivel de conocimiento materno sobre alimentación y nutrición, Cuenca 2013.

ESTADO NUTRICIONAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE				TOTAL FERCUENCIA	TOTAL PORCENTAJE
	SI Conoce		NO Conoce			
	FREC.	%	FREC	%		
BAJO PESO	4	5%	37	51%	41	56%
PESO NORMAL	29	39%	3	4%	32	43%
SOBREPESO	0	0%	1	1%	1	1%
TOTAL	33	44%	41	56%	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: los bebés y los niños hasta los tres años de edad dependen casi totalmente de otros para recibir alimentos y por lo tanto para obtener una buena nutrición, por lo que es primordial que la madre tenga conocimientos adecuados en temas de alimentación y nutrición. La evidencia científica muestra que el conocimiento materno es primordial para un buen estado nutricional del niño ya que el 51% de madres que no conocen sobre nutrición tienen hijos con bajo peso y talla, el 1% tienen obesidad pero está influenciada por la condición socioeconómica, mientras que un 39% de madres que si conocen estos temas tienen hijos con peso y talla dentro de los parámetros normales con un buen estado nutricional, también hay madres que si conocen pero sin embargo tienen niños con bajo peso, demostrándose que no solo se necesita el conocimiento materno sino mejorar las condiciones de vida de las personas.

Tabla N° 30. Distribución de niños menores de 2 años según estado nutricional y nivel de educación de la madre, Cuenca 2013.

ESTADO NUTRICIONAL	NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE								TOTAL FRECUENCIA	TOTAL PORCENTAJE
	ANALFABETA		PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR			
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%		
BAJO PESO	1	2%	3	46%	4	6%	1	2%	41	56%
PESO NORMAL	0	0%	35	4%	16	22%	13	18%	32	43%
SOBREPESO	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%
Total	1	2%	39	51%	20	27%	14	20%	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: al relacionar el estado nutricional en función del nivel de instrucción de la madre, se encontró que el 48% de los hijos de madres analfabetas o que terminaron la primaria tienen bajo peso, del 40% las madres con secundaria completa y educación superior solo el 8% tienen bajo peso. Lo que demuestra que el nivel de instrucción influye en el estado nutricional de sus hijos, mostrando mayor tasa de mal nutrición en aquellos niños que tienen madres con bajo nivel de instrucción. Lo que demuestra la importancia del acceso a la educación de quienes se encargan de crear el hábito dietético en el hogar junto con el mejoramiento de los otros condicionantes sociales.

Tabla N° 31. Distribución de niños menores de 2 años según estado nutricional y salario de la madre, Cuenca 2013.

ESTADO NUTRICIONAL	SALARIO MENSUAL								TOTAL FRECUENCIA	TOTAL %
	100-200 \$		201-300\$		301-400\$		401- 500\$			
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%		
BAJO PESO	8	11	25	33	2	3	1	1	41	56%
PESO NORMAL	1	1	11	15	17	23	8	11	32	43%
SOBREPESO	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1%
Total	9	12%	36	48%	20	27%	9	13%	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: al realizar el análisis entre el estado nutricional y la situación económica de la madre reflejada en su salario mensual, la tabla nos muestra que el 44% de los niños cuyas madres ganan entre 100-300 dólares mensuales tienen bajo peso, mientras que el 34% de niños cuyas madres tienen un salario superior a las 400 dólares se encuentran con peso dentro de los parámetros normales y un 1% tiene sobrepeso. Lo que afirma que la situación económica de la madre influye de sobre manera en el estado nutricional de sus hijos, ya que el mayor porcentaje de niños que se registraron con bajo peso según su IMC se ubica en las familias que tienen un ingreso mensual bajo, pues no pueden satisfacer sus necesidades básicas como la alimentación de sus hijos haciéndolos propensos a una mal nutrición, en cambio los niños obesos y de peso normal se ubican mayormente en las familias que tienen un ingreso mensual mayor a los 400 dólares mensuales.

Tabla N° 32. Distribución de niños menores de 2 años según estado nutricional y ocupación de la madre, Cuenca. 2013

ESTADO NUTRICIONAL	OCUPACIÓN DE LA MADRE						TOTAL FERCUEN CIA	TOTAL
	Ama de casa		Estudiante		Empleada			
BAJO PESO PESO NORMAL SOBREPESO	Frec	%	Frec	%	Frec	%	41	56%
	29	39%	4	6%	6	8%		
	6	8%	9	12%	19	26%		
	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
TOTAL	35	47%	13	18%	26	35%	74	100%

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: las Autoras.

Análisis: en cuanto a la relación con la ocupación se observa que, la ocupación materna no influye en la nutrición de sus hijos ya que el 39% de las madres que son amas de casa y poseen mayor disponibilidad de tiempo tienen hijos con bajo peso, mientras que solo un 14% de niños con madres que trabajan o estudian tienen bajo peso, 1 % con obesidad y el 38% de estas tiene hijos con peso normal y solo un 18% de madres que son mas de casa tiene hijos eutróficos.

CAPITULO VI

6 DISCUSIÓN.

Los resultados encontrados en la investigación demuestran con claridad la relación entre los conocimientos maternos y la relación que existe con el estado nutricional de los hijos.

1. Del 100% igual a 74 madres que conforman la muestra, del 56% de madres que no poseen conocimientos el 51% de sus hijos tienen peso bajo y del 44% de las que conocen el 39% de sus hijos tienen peso normal, lo que indica que el conocimiento de la madre influye de forma negativa y repercute en el estado nutricional de sus hijos.
2. Las características del grupo de estudio: ocupación, edad de la madre, nivel de instrucción materna y situación socioeconómica, influyen conjuntamente con el conocimiento de la madre para que el niño/a pueda tener una buena o mala nutrición. En el caso de la situación socioeconómica se encontró que el 34% de niños cuyas madres tienen un salario superior a los 400 dólares se encuentran con peso dentro de los parámetros normales y el 44% de los niños cuyas madres ganan entre 100-300 dólares mensuales tienen bajo peso.

Al relacionar el nivel de instrucción de la madre con el estado nutricional, se encontró que los hijos de madres analfabetas o que terminaron la primaria en un 48% tiene bajo peso, en madres con secundaria completa y educación superior solo un 8% tiene bajo peso, en su mayoría que corresponde a 40% tiene hijos de peso normal; lo que demuestra que el nivel de instrucción influye en el estado nutricional de sus hijos, mostrando mayor tasa de mal nutrición en aquellos niños que tienen madres con bajo nivel de instrucción.

En relación con la ocupación, se observa que la ocupación materna no influye en la nutrición de sus hijos, ya que el 39% de las madres que son amas de casa y poseen mayor disponibilidad de tiempo tienen hijos con bajo peso, mientras que solo un 14% de niños con madres que trabajan o estudian tienen bajo peso, 1 % con obesidad y el 38% de estas tiene hijos con peso normal y solo un 18% de madres que son amas de casa tiene hijos eutróficos.

Los resultados encontrados, son similares a los planteados en varias investigaciones realizadas en nuestro país y países vecinos como Perú y Colombia:

Resultados similares obtuvo, Suazo, F⁴³. Cuando realizó investigaciones en Perú acerca de creencias maternas, prácticas de alimentación complementaria y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. Concluyendo que la falta de conocimiento básico nutricional y algunas creencias erradas llevan a que al menos 50% de las madres tengan prácticas de alimentación inadecuadas y sus hijos presentan un grado de desnutrición.

En Colombia, Gaitán, M y Ruiz, R.⁴⁴ en su estudio sobre efectividad del programa educativo “niño sano y bien nutrido” para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en seguridad nutricional aplicado a madres con niños menores de un año concluyó que el programa educativo “Niño sano y bien nutrido”, fue efectivo ya que generó un impacto significativo en el incremento de los conocimientos, actitudes y prácticas en las madres con niños menores de un año del grupo experimental en relación al grupo control de aquellas madres donde el programa no intervino.

⁴³Suazo F. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado, Washington, Colombia. Editorial corval DC 2008

⁴⁴Caytan M, Huffman S., Piwoz E., Intervenciones para mejorar la ingesta de alimentos suplementarios en Infantes entre 6 y 12 meses de edad de países en vías de desarrollo. Washington Editorial DC: 2009.



Por tanto podemos concluir que además del conocimiento que la madre debe poseer existen otros condicionantes que influyen en el estado nutricional de sus hijos como el nivel de instrucción y la ocupación, que pueden influir de forma positiva o negativa sobre el estado nutricional de sus hijos.

7 CAPITULO VII

7.1 CONCLUSIONES

- ❖ El 56% de las madres tienen un nivel de conocimiento deficiente lo que incide en la calidad de alimentación que brindan a los niños, lo que repercute en el estado nutricional de los niños sin embargo este resultado contrasta con el conocimiento sobre suplementos nutricionales que si bien las madres sin embargo tienen prácticas inadecuadas, factores que contribuyen al bajo peso en los niños.
- ❖ El 56% de las madres tienen un conocimiento deficiente, lo que influye sobre el estado nutricional de los niños como se demuestra en los resultados antropométricos donde se observa que el 51% de los niños muestran una relación directa entre el conocimiento materno y es estado nutricional.
- ❖ El nivel de conocimiento materno no es suficiente o no garantiza el buen estado nutricional de los niños pues el 40% de madres conocen, sin embargo existen niños con bajo peso lo que muestra que si bien el nivel de conocimiento es un factor importante para una buena nutrición existen otros factores que están relacionados con el estado nutricional como la condición socioeconómica y el nivel de instrucción de la madre.
- ❖ La ocupación materna no influye directamente en el estado nutrición de los niños, ya que se encontró que en los hogares de madres que trabajan, al poseer una mejor situación socioeconómica, existe un mejor estado nutricional en los niños.
- ❖ Al estudiar las características del grupo de estudio se evidencian que; la edad de la madre, nivel de instrucción y situación socioeconómica,



influyen para que sus hijos tengan un normal o deficiente estado nutricional.

- ❖ Al relacionar el conocimiento de las madres con el estado nutricional de sus hijos se demostró que a pesar que algunas madres poseen conocimientos sobre temas de alimentación y nutrición no es suficiente para lograr un buen estado nutricional, además necesita de otros factores como una situación económica estable y un nivel de conocimiento medio, para lograr un estado nutricional acorde a la edad del niño.

7.2 RECOMENDACIONES.

- ❖ Todos los programas relacionados con alimentación y nutrición, deben incluir acciones de capacitación, educación, supervisión y evaluación a madres de familia, con el fin de fortalecer la información que reciben las mismas.
- ❖ Difundir los resultados de la investigación, a instituciones encargadas de salud y organizaciones encargadas de desarrollar programas de alimentación en los niños/as, mejorando de esta forma las estrategias para optimizar el estado nutricional en los niños.
- ❖ Incluir en estudios posteriores relacionados a éste tema a un mayor número de población, en los que se incluya también a otros Centros de salud de la provincia, para obtener una mayor confiabilidad en los datos.
- ❖ Continuar con nuevas investigaciones en relación al tema.

7.3. LIMITACIONES:

- ❖ No se logró reunir a un grupo determinado de madres, para dialogar sobre los problemas de nutrición y su conocimiento adecuado para cada edad.
- ❖ Acudieron al Subcentro de Salud madres, a las que ya se les aplicó la encuesta anteriormente.
- ❖ No se podía determinar la cantidad de madres que acudían por día al centro de salud, por la nueva disposición de agendamiento de turnos, por lo tanto tuvimos que permanecer en el establecimiento toda la jornada.
- ❖ Fue difícil reunirse todas las autoras de esta investigación por motivos de trabajo y o personales.



CAPITULO VIII

8 CITAS BIBLIOGRÁFICAS.

8.1 REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

1. Rauch Helmut. Alerta por desnutrición infantil en Ecuador. [sede web]. Quito: 2009. [Actualizado 22/Enero/2013; Consultado el mayo 2013]. Disponible en <http://www.hoy@hoy.com.ec>
2. Ministerio de Inclusión Económica Y Social-MIES Programa Operación Rescate Infantil-ORI 2010.
3. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. 2010
4. Larrea C, Freire W, Lutter C. Equidad desde el principio: Situación Nutricional de los niños. 2ª ed. Madrid: Biblioteca aula medica; 2009
5. Medrana M J, Cerato E .Aumenta del índice de obesidad de niños .El telégrafo. 2009; vol 2; 121
6. Riumallo, J. *Estado nutricional en niños menores de dos años*. [sede web]. Perú: Pess; 18 de Julio de 2007; [Actualizado junio 2010. Consultado el 06/enero/2013. Disponible en: <http://www.biblioteca.org.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud, Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo del Niño. Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño: Memoria de la Reunión Regional de los Países de Mesoamérica, Febrero 9-12, 2010. Managua, Nicaragua. Washington, D.C.: PAHO ©2010
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Sobre la base de las encuestas demográficas y salud. (CEPAL). 2010; 124(16):64-69.
9. CEPAL. - División de Población , estimaciones y proyecciones de la población. 2009
10. Organización Panamericana de la Salud, 48º Consejo Directivo, 60ª Sesión del Comité Regional, Estrategias y el Plan de acción " Mortalidad en Latinoamérica y el Caribe", Washington. DC, EUA, 2008



11. Ecuador. Estado Mundial de la Infancia 2008. La mujer infancias supervivencia. Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Estado_Mundial_de_la_Infancia. Consultado febrero 2013.
12. Cumbre de las Naciones Unidas; Reunión Plenaria de alto nivel de la Asamblea General. New York, 2010
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2010), *Mortalidad infantil en el Ecuador*, Consultado en julio 2013. Disponible en: <http://www.ministerio de salud.gob.ec/mortalidad>
14. Chaparro CM, Lutter C. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficios para la nutrición y salud de madres y niños/as. OPS: Washington D.C., diciembre, 2007.
15. Perfiles nutricionales del Ecuador. Resumen 2010. disponible en http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/ecu_es.st. Consultado mayo 2013.
16. Martínez, R. Palma, A. Atalah, E. Pinero, A. Inseguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): Naciones Unidas, 2009. Consultado julio 2013.
17. Batista Rodríguez, Conocimiento desde un enfoque psicosocial. [sede web]; La Española: 2009. [Actualizada en agosto 2010]. disponible en <http://www.psicologiaincientifica.com/bv/psicologia-427-1-conocimiento-teorias--desde-un-enfoque-psic.html>
18. Pisuerga.com. Representación del conocimiento (en línea) [sede web]. Pisuerga com; 2007. [Actualizado julio 2011; Consultado septiembre 2013]. Disponible en: <http://www.pisuerga.inf.ubu.es/cgosorio/SExInArt/UD4/introKR.pdf>.
19. Ballarte J M. Conocimientos del ser humano: guía psicológica. 5ta ed. Barcelona: 2008
20. Díaz. J. Hábitos y Costumbres que influyen en la alimentación de Latinoamérica y el Caribe. 3ra ed. Cuba. CEAL. 2009 .p113-217
21. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. (2008). Quito
22. Vázquez, R y López ,C. *Alimentación y Nutrición-Manual teórico-práctico*. España. Ed. Díaz de Santos. 2007



23. Fundación CAVENDES, La alimentación del niño menor de 6 años en América Latina: bases para el desarrollo de guías Alimentarias[sede web]. Caracas: 2009. [Actualizado 2/03/2010; Consultado en julio 2013]
24. MIES. Proyecto Alimentario Nutricional Integral: políticas y programas del ámbito nutricional. [sede web]. Ecuador; 2010[Actualizado 14/abril/2010; Consultado agosto del 2012] Disponible en URL:<http://www.alimentateecuador.gob.ec/contenidos.php?id>.
25. Ministerio de Salud Pública. *Normas, Protocolos y Consejería para la suplementación de micronutrientes*. Marzo 2011
26. Ballabriga A, Carrasco A. Nutrición y Alimentación en la infancia. Editorial Ergon, 2ª ed, 2007; cap.4:p155-202.
27. Chaparro CM, Lutter C. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niño/as.[sede web]. Organización Panamericana de la Salud: Washington D.C, 2007. [Actualizado diciembre del 2007; consultado octubre del 2012]. Disponible en http://www.paho.org/spanish/.../ca_mas_alla_de_la_supervivencia.pdf
28. Riaño, L. Lactancia materna-ventajas y desventajas. 3ra Ed. New York: Macmillan; 2008
29. Cormazada, V. Carmuega, F. Destete y la Alimentación Complementaria. CESNI (Argentina). 2009; 157-362.
30. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia. New York. Ed. UNICEF. 2010
31. Oddy WH, Holt PG, Sly PD, Read AW, Landau Li, Stanley FJ, et al. Association between breast feeding and asthma in 6 year old children; findings of a prospective birth cohort study. *BMJ*; 319: 815-819. Recuperado en mayo 2013.
32. WHO Working group on Infant Growth. An evaluation of infant growth. Geneva: WHO, 1994. Recuperado en junio 2013.
33. Tjallingii E, van der Wal AC, van't Hof-Grootenboer AE, et al. Weight reference charts for British Long term breast fed infants. *Acta Paediatr*. 2011; 91: 219-300. Recuperado en Julio 2013



34. Rojas C., Flores R., Resultados de un programa de seguridad alimentaria en la reducción de la desnutrición crónica y sus factores causales en niños peruanos. [monografía en Internet]. [citado en junio 2013] [alrededor de 10 pantallas] disponible desde: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2007v24n2a4.pdf>.
35. García C et al. Prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer año de vida. Rev. Latinoamericana Enfermagem. Vol.15. No.2 Ribeirão.Preto Mar./Apr. 2007.Brazil. Disponible en:
36. http://www.scielo.br/scielo.php?Pid=S010411692007000200014&script=sci_arttext&tIng=es.
37. www.OMS/OPS/definiciones/nutricion.2011.pag35
38. www.msp.gob.ec/pdf/nutricion/datos-generales. consultado en junio 2013.
39. Expresión e interpretación de los datos antropométricos. Disponible en <http://cuba.nutrinet.org/evaluacion-nutricional/metodos-antropometricos>. revisado en mayo 2013
40. Instituto Danone. Nutrición para la Salud: Desnutrición. México. Disponible en: www.institutodanone.org.mx
41. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2006). Manual de Capacitación en Alimentación y Nutrición para el Personal de Salud: Enfermedades por Déficit Nutricional. Ecuador. Módulo 10. Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE). (2004). Fichas metodológicas sobre desnutrición global y desnutrición crónica. Ecuador
42. Navarro, S. (2009). Proyecto de investigación científica: Obesidad en menores de edad. Nuevo Laredo. Revisado en septiembre 2013.



8.2 BIBLIOGRAFIA

1. Alimentación Infantil. **Alimentación niño menor de 2 años** www.educacioninfantil.info/guia-alimentacion-menos-2-anos.html.
2. Asamblea Nacional Constituyente. *Constitución de la República del Ecuador*. . Quito. 2009.
3. Ballabriga A, Carrascosa A, eds. (2008). Dietas con bajo contenido en grasa en la nutrición en la infancia y adolescencia. En: Nutrición en la infancia y adolescencia. Madrid. Ed. Ergon p. 277-98.
4. Beal, Virginia A. (2007). Nutrición en el ciclo de Vida. España Ed. McGraw Hill Manual Moderno.
5. Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Estudio ecológico del efecto de la lactancia materna en la mortalidad infantil en Latinoamérica. *BMJ*, 2001, Aug 11, 323(7308):303-6. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&tak=doc_details&gid=962&Itemid=99999999. Consultado el 9 de mayo 2013.
6. Boletín semanal del Centro de Recursos de la red IBFAN de América Latina y el Caribe. Año 4 - N° 180 22 de noviembre de 2006. *PEDIATRICS* Vol. 117 No. 3 Marzo 2006, pp. E380-e386 (doi:10.1542/peds.2005-1496).
7. Bourges H. Orientación alimentaria: glosario de términos. Cuadernos de Nutrición. 2007; 24: 7-33.2. Flores-Quijano ME. Recomendaciones en lactancia.
8. Brown, Judith E. León Jiménez (2007) Nutrición en las Diferentes Etapas de la Vida España. Ed. Mc Graw Hill.
9. Bueno M, Sarría A. (2007). Exploración general de la nutrición. Tratado de exploración clínica en pediatría. Barcelona. Ed. Masson, pp.: 587-600
10. Castro Rodríguez Jesús (2008) Psicología Infantil. España. Publicado por
11. Contreras H., Gracia M. Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas. 1ª edición Barcelona: Editorial moran 2009. Citado en mayo 2013.



12. Díaz, B. (2009). *Hábitos y Costumbres que influyen en la alimentación de Latinoamérica y el Caribe*. Cuba. Ed. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. p113-217
13. Draibe, S., & Riesco, M. (2009). El Estado de bienestar social en América Latina: Una nueva estrategia de desarrollo. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en
URL: [http://www.fundacioncarolina.es/esES/publicaciones/documento strabajo/Documents/DT31.pdf](http://www.fundacioncarolina.es/esES/publicaciones/documento%20trabajo/Documents/DT31.pdf)
14. Estrada, N (2009, 21 de diciembre). Análisis de la educación por genero desde un enfoque psicosocial. *Revista electrónica Psicología Científica.com*. Recuperado el 10 de agosto de 2010, de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-427-1-analisis-de-la-de-la-educación-por-gener-desde-un-enfoque-psic.html>
15. Expresión e interpretación de los datos antropométricos. Disponible en <http://cuba.nutrinet.org/evaluacion-nutricional/metodos-antropometricos>. consultado el 9 de mayo del 20013.
16. Flores S, et al. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases técnicas. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. V.63 n.2 México mar./abr. 2013.
17. Gertler, P., (n.d). El Impacto del Programa de Educación Salud y Alimentación (Progresá) sobre la Salud. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible URL: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/Gertler_salud.pdf
18. Gómez, F. (2003). *Salud pública: Desnutrición*. México. Vol.45.
19. Hamilton P. "Enfermería Pediátrica Básica", 5ta, Edición España Editorial ínter americana. España 2010. Citado en junio 2013.
20. Janice L. Thomposon, Melinda M Manore y Linda A. Vaughan (2008). Alimentación en niños, España. Ed. Pearson Addison Wesley.
21. Kanashiro H. Espínola N., Prain G. Fortaleciendo la nutrición infantil: Desarrollo de una papilla a base de camote. Perú: Lima, Perú. [Monografía en Internet]. [Citado en julio 2013] [Alrededor de 08 pantallas]. Disponible desde: http://www.iin.sld.pe/iin_publication_detail.php?pub=587&par=&name=Hilary%20M.%20Creed



22. Kliegman, R. Jenson, H. Behrman, R. y Stanton, B. (2009). *Tratado de Pediatría de Nelson*. Inseguridad Alimentaria, hambre y desnutrición. España: Elsevier. 18ª Edición. Cap. 43
23. La alimentación del niño menor de 6 años en América Latina. Bases para el desarrollo de Guías Alimentarias. Fundación CAVENDES, Caracas 2009. Citado en julio 2013.
24. Larrea C, LutterCh, Freire W, (2009). Situación Nutricional de los Niños
25. MADRIGAL, Cidón (2007). Los caminos de la Salud. España. Ed. Madrid. Manrique L, Ruiz J, Castro R, Salazar S, (2008). Acta Méd. Costaricav. 46 n.2 Ed. San José.
26. Martínez R, Alcolea M, Oter C, Rubiales D. Actualización enfermera en nutrición y alimentación. En: DAE nutrición. 1ª edición. Madrid. DAE SL; 2007. P97-120.
27. MIES (2010). Programa alimentario nutricional integral – PANI. Consultado en 10 de junio 2012. Disponible en URL: <http://www.alimentatecuador.gob.ec/images/documentos/PROYECTO%20COMPLETO%20EMPLADES%202010.pdf>
28. MIES (2010). Proyecto alimentario nutricional integral. Políticas y programas del ámbito nutricional. Consultado en 10 de junio 2012. Disponible en URL: <http://www.alimentatecuador.gob.ec/contenidos.php?id=2295>
29. Navarro, S. (2009). Proyecto de investigación científica: Obesidad en menores de edad. Nuevo Laredo
30. O' Donnell A, Bengoa JM, Torun B, Caballero B, Lara E, Peña M. (2007). *Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida*. Washington Ed. Serie Paltex.
31. OPS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos (2009). Washington, DC: OPS
32. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Ecuador. (P. 2)



33. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2008). Desnutrición Infantil en las Américas: Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Washington DC. Ed. Who.115
34. Programa operación rescate infantil-ORI 2010. UNICEF. Oficina regional para América Latina y el Caribe, Nutrición: Comunicación
35. Ramirez, M. Noya, J. Guzman, C. Inicio de Fórmulas Lácteas en el primer Semestre de Vida. July 2009, vol.24, no.2, p.151-156. Disponible en:<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0798-04692001000200010&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0798-0469.
36. Revista Panamericana de Salud Pública, (2008). Social inequality and malnutrition in 4 Andean countries. P.64
37. Riaño Galán Isolina. Lactancia materna prolongada: ¿tiene inconvenientes?. 2008. Cangas del Nancea (Asturias). Disponible en: http://www.elpartoesnuestro.es/index.php?option=com_content&task=view&id=378&Itemid=9116 OPS; CESNI.citado en septiembre 2013..
38. Rodríguez, M. (2007). "Determinación del consumo energético, proteico, vitamínico y mineral en la dieta ecuatoriana en relación a indicadores socioeconómicos". Tesis para la obtención del Título de Doctor en Química. Riobamba. Ed. ESPOCH.p.65
39. Rojas C., Flores R.,. Resultados de un programa de seguridad alimentaria en la reducción de la desnutrición crónica y sus factores causales en niños peruanos. [monografía en Internet]. [citado en junio 2013] [alrededor de 10 pantallas] disponible desde: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2007v24n2a4.pdf>.
40. SIISE, INNFA, INEC, Frente Social, Nuestros Niños, CEPAR, BID, PNUD, UNFPA, UNICEF, (2010) Los niños y las niñas ahora: una selección de indicadores de su situación a inicios de la nueva década. Quito. Ed. AbyaYala.
41. Silva E., Castellano A., Lovera D., Mosquera N., Navarro A. (2008). Estado nutricional de los niños en edades comprendidas de 2



- a 4 años en La Morena del municipio San Carlos durante la tercera semana del mes de junio de 2007. Universidad nacional experimental "Rómulo Gallegos". Facultad de Ciencias la Salud. Colombia. P. 1 – 15.
42. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. 2010
43. Solano Pinzón Mariana. (2010). Alimentación General II, Guía Didáctica. Ecuador. Ed. Universidad Técnica de Loja
44. Soriano Guillén, L. Muñoz Calvo, M.T. (2007). *Manual Práctico de Nutrición en Pediatría: Obesidad*. Madrid: Ergon. Cap. 24, 355-366..
45. Vanderlinden, J. (2009). Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios. Buenos Aires. Ed. Gránicap
46. Vásquez-Garibay E. Alimentación complementaria en el primer año de vida. En: Vásquez-Garibay, editor. SAM Nutrición Pediátrica. México, DF: Intersistemas, S.A. de C.V.; 2005. p. 41-50.
47. VITERI Díaz, G. (2007). *Situación de la Salud en el Ecuador*. en Observatorio de la Economía Latinoamericana, número 77. Ecuador.



8.3 ANEXOS

8.3.1 ANEXO 1

Cuenca, 14 de mayo del 2013

Dra.
Paola Vera
DIRECTORA DEL AREA DE SALUD N° 2
Cuenca

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Ud. para solicitar de la manera más comedida nos brinde su autorización para realizar un estudio previo a la obtención del título de licenciadas en enfermería denominado "CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACION Y NUTRICION Y SU RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS", el mismo que se pretende realizar en el Subcentro de salud San Pedro del Cebollar, el cual se encuentra dentro de su jurisdicción.

Por la favorable acogida que le sabrá dar a la presente, esperando su autorización, anticipamos nuestro agradecimiento.

Atentamente:

Silvia Calle B.

Blanca Morocho N.

Jessica Otavalo C.

Egresadas de la universidad de cuenca/Escuela de Enfermería.

AREA DE SALUD N° 2
MIRAFLORES - SECRETARIA - RECEPCION
FECHA 14/05/13 HORA 14:00
SIGMA

**8.3.2 ANEXO 2.****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y SU RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS(AS) MENORES DE 2 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD SAN PEDRO DEL CEBOLLAR DURANTE MAYO-JULIO2013.

Nosotras Silvia Calle Bravo, Blanca Morocho Nasquez y Jessica Otavalo Cárdenas, Estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca estamos realizando una tesis para obtener el título de Licenciadas en Enfermería.

El objetivo central de esta investigación es determinar el conocimiento materno sobre alimentación, nutrición y relacionarlo con el estado nutricional de niños(as) menores de 2 años que acuden al Subcentro de Salud San Pedro del Cebollar.

Si ud. es madre de un niño menor de 2 años, está invitada a participar en este estudio; se realizara una entrevista para el llenado de la encuesta. La presente investigación no representa ningún daño para ud. La información que nos proporcione es absolutamente confidencial y será utilizada exclusivamente con fines investigativos.

No hay ningún costo por formar parte de la investigación, ni tampoco recibirá ninguna compensación económica por su participación.

Si ud. está de acuerdo en formar parte de esta investigación y en contestar la encuesta en un periodo de tiempo de más o menos 15 minutos, solicitamos se digne firmar el presente documento, así como consignar su número de cedula de identidad.

Agradecemos su participación y colaboración que irá en beneficio para comunidades e instituciones en el futuro.

Nombre: Johana Macías

N° de cédula 070538381-8

FIRMA

**8.3.3 ANEXO 3.**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Formulario de entrevista para Madres de niños menores de 2 años que acuden al Subcentro de Salud de San Pedro del Cebollar.

Señora Madre de Familia, las estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médica, Escuela de Enfermería, solicitamos a usted responder las siguientes preguntas según su criterios y conocimientos, la misma es anónima

Datos Informativos:

Lugar: Subcentro de Salud de San Pedro del Cebollar

Fecha:

Número de Historia Clínica del niño:

SEÑALE CON UNA X SEGÚN SU RESPUESTA

- | | |
|----------------------------------|------------------------|
| 1. ¿Qué edad tiene usted? | Salario mensual |
| Menor de 19 años () | 100 – 200 () |
| De 20 a 34 años () | 201 – 300 () |
| Mayor de 35 años () | 301 – 400 () |
| | 401 – 500 () |
| | + 500 dólares () |

- 2. Escolaridad:**
- | | |
|------------|-------------|
| Analfabeta | () |
| Primaria | C () I () |
| Secundaria | C () I () |
| Superior | C () I () |

- 3. Ocupación:**
- | | |
|-------------|-----|
| Ama de casa | () |
| Estudiante | () |
| Subempleada | () |
| Otros | () |

4. Situación económica:

¿Trabaja?

Si ()

No ()

**5. ¿Tiempo que trabaja?****Durante el día:**

- 6-8h
 9-10h
 Más de 10 h

Durante la semana:

- 100-120 horas
120-160
más de 160 horas

6. ¿Qué edad tiene su niño/a?

- Menor de 6 meses
De 6-11 meses

- 12 meses
13-24 meses

7. ¿Qué número de hijo es?

- 1°
2°

- 3°
Último

8. ¿La alimentación es?

Proceso mediante el cual tomamos una serie de sustancias contenidas en los alimentos que forman parte de nuestra dieta.

- Verdadero Falso

9. ¿Nutrición es?

Conjunto de procesos mediante los cuales el hombre ingiere, absorbe, transforma y utiliza las sustancias que se encuentran en los alimentos.

- Verdadero Falso

10. ¿Lactancia materna es?

- Dar el pecho
Dar biberón

- Dar leche de vaca
Dar leche de fórmula (tarro)

11. ¿Conoce ud que es el destete?

- Si No

12. ¿Conoce ud sobre nutrición?

- Si No

**ENCIERRE EN CÍRCULO LA OPCIÓN QUE CONSIDERE CORRECTA**

13. ¿Sabe usted en qué consiste la lactancia materna exclusiva?

- a) Alimentar al niño solo con seno materno hasta los 4 meses de edad.
- b) Introducir nuevos alimentos al año de edad.
- c) Dar solo seno materno hasta los 6 meses de edad.

14. ¿Señale las ventajas de la lactancia materna?

- a) La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes.
- b) Genera gasto a la madre.
- c) La lactancia materna fortalece el vínculo afectivo entre madre e hijo.
- d) Disminuye la hemorragia posparto

15. ¿Durante qué tiempo dio de lactar a su niño sin introducir otro alimento?

- a) Menos de 1 mes
- b) 1-3 meses
- c) 4 -6 meses
- d) 7-23 meses

16. En caso de no dar leche materna exclusiva hasta los 6 meses. ¿Cuál fue el motivo?

- a) No tenía leche
- b) Enfermedad del niño
- c) Enfermedad suya
- d) Factores estéticos
- e) Rechazo al pecho
- f) Le hacía daño al niño
- g) Otro

17. ¿Cuántas veces al día se debe dar de comer al niño mayor de 6 meses aparte del seno materno?

- a) 3 veces
- b) 5 veces
- c) 8 veces
- d) Más de 8 veces
- e) Rechazo al pecho
- f) Le hacía daño al niño
- g) Otro

18. ¿Qué tipo de alimentos le debe ofrecer al niño a partir de los seis meses?

- a) Cereales en forma de papillas y vegetales bien cocidos en forma de purés, sopas espesas de espinaca, zapallo, acelga, zanahoria, zambo.
- b) Carnes: res, pollo, hígado, bien cocinadas y picadas finamente.



19. ¿Qué tipo de alimentos le debe ofrecer al niño a partir de los siete meses?

- a) Tubérculos: papa, yuca, oca, camote.
- b) Cereales: arroz, pan, galletas.
- c) Carne: cerdo, oveja, cuy, vaca, pollo y pavo.
- d) Otros: atún, pescado sardina.

20. ¿Qué tipo de alimentos le debe ofrecer al niño a partir de los ocho meses?

- a) Carne: pollo, res, vísceras.
- b) Leguminosas: frejol, lentejas, arveja.
- c) Huevos.

21. ¿Qué tipo de alimentos le debe ofrecer al niño a partir del año de edad?

- a) Lácteos: leche, yogurt, queso.
- b) Yema de huevo, pescado.
- c) Todo lo que consume la familia

22. ¿En que lapso de tiempo recibe educación sobre nutrición y alimentación recibe usted?

Siempre ()

Ocasionalmente ()

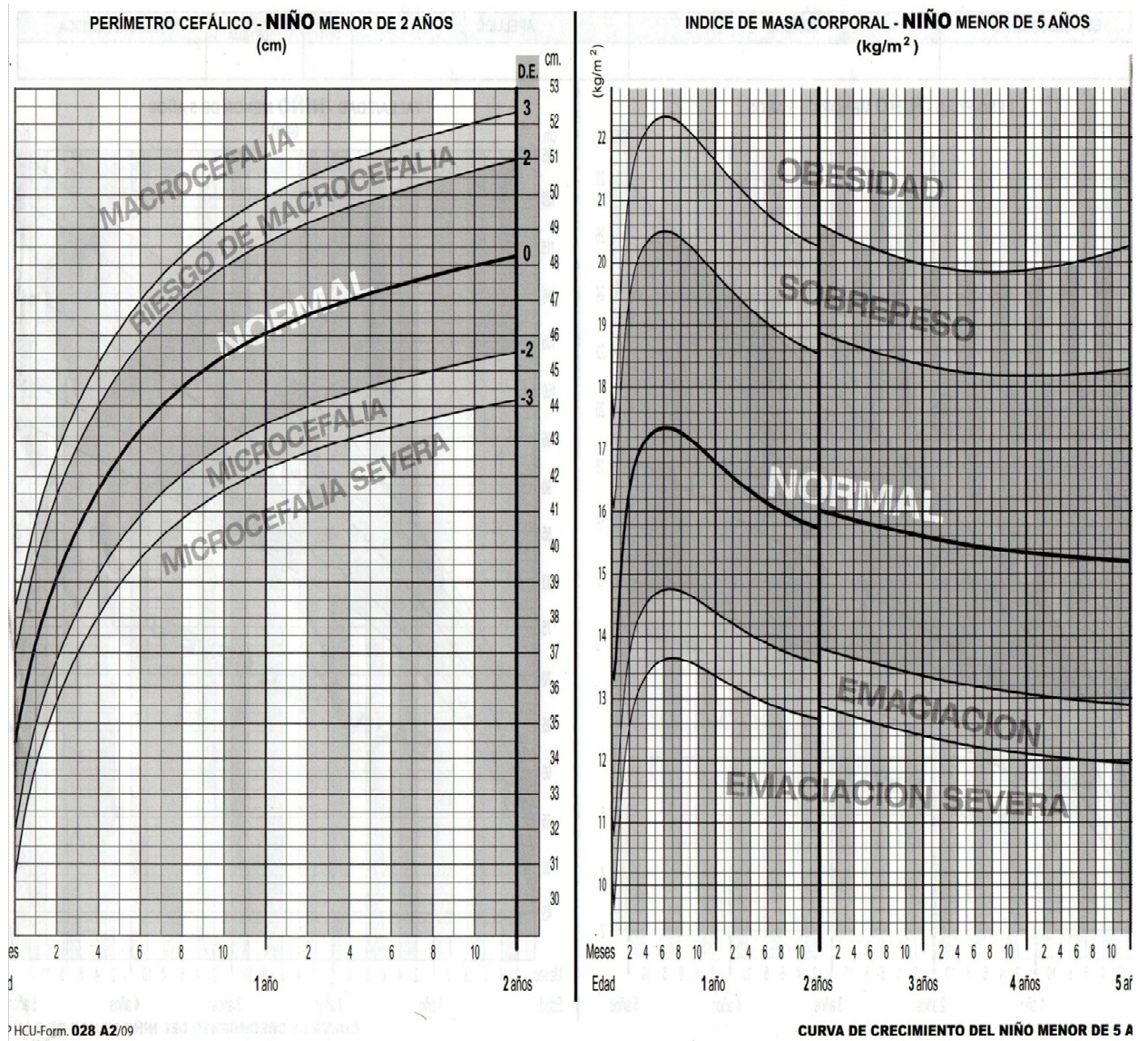
23. ¿De dónde recibe usted información sobre temas de alimentación y nutrición?

- a) Instituciones Públicas de Salud (centro de salud, hospitales, centros de desarrollo infantil, programas de capacitación)
- b) Instituciones Privadas (clínicas, guarderías).
- c) Información por su cuenta(televisión, revistas, internet)
- d) No ha recibido información.

Gracias.

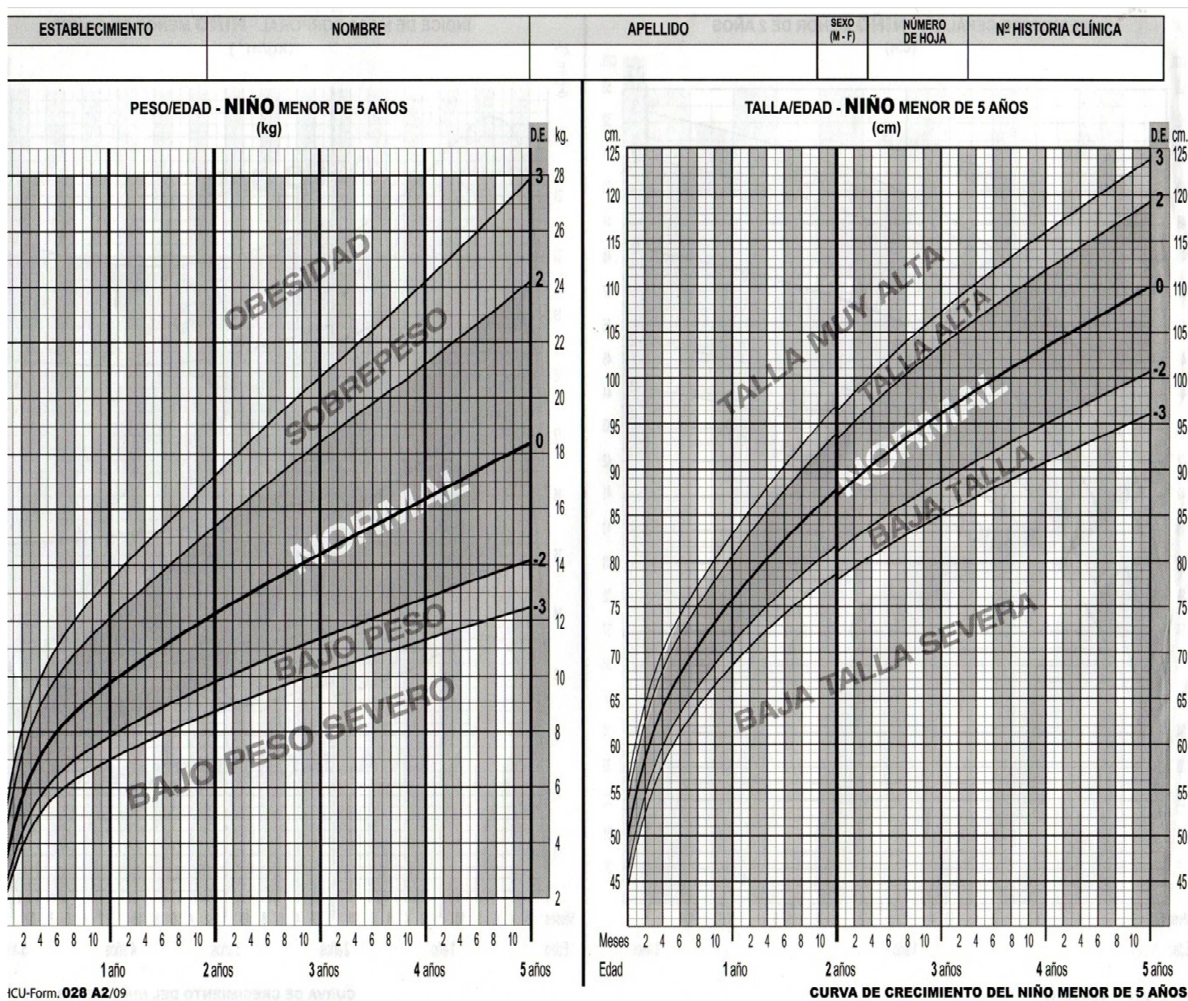


8.3.4 ANEXO 5



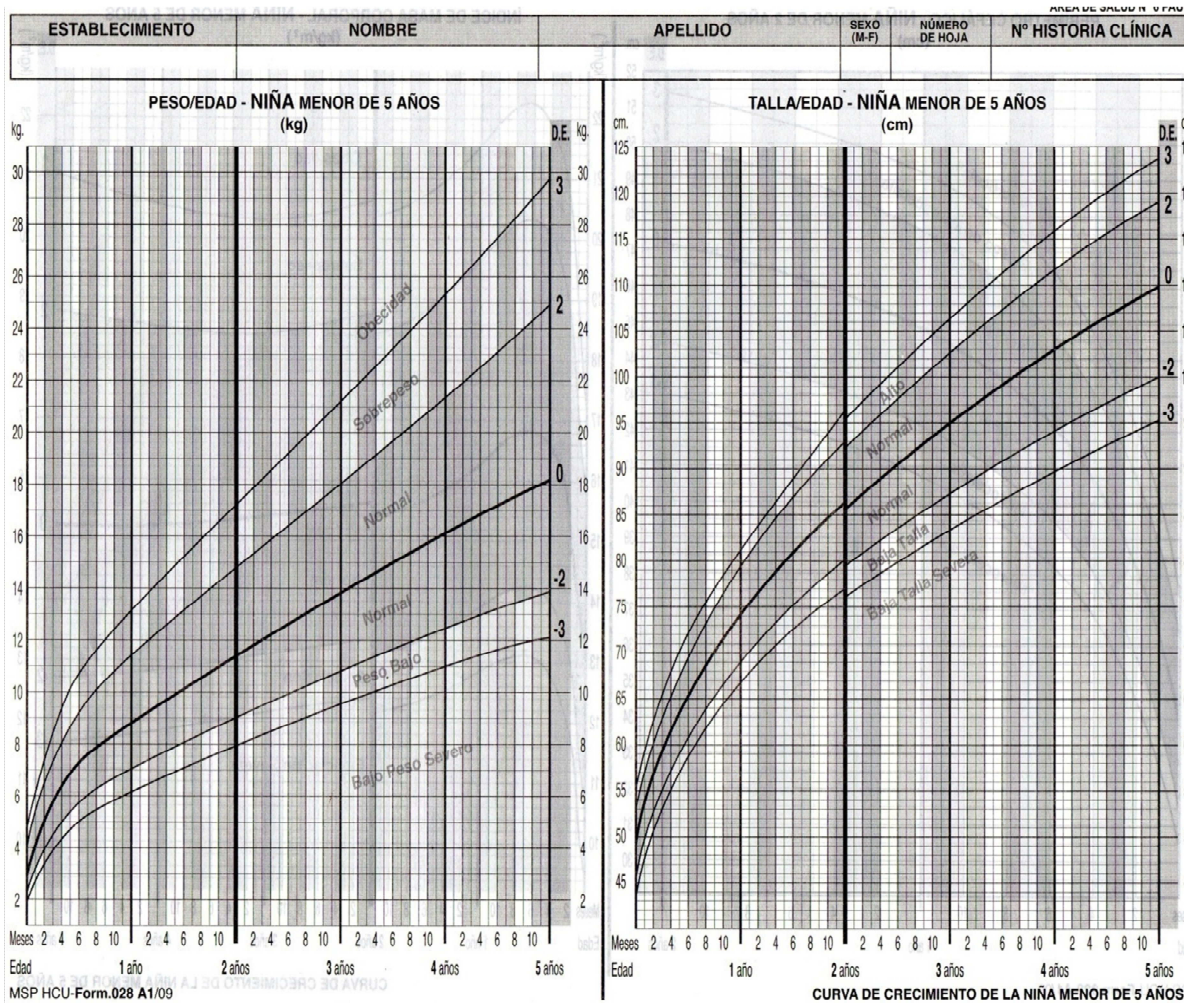


8.3.5 ANEXO 6





8.3.6 ANEXO 7





8.3.7 ANEXO 8

