



Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

TÍTULO

“Factores protectores y de riesgo en el inicio de la
alimentación complementaria en niños de 1 a 3 años
de edad”

Tesis previa a la obtención del título de
Especialista en Medicina Familiar y
Comunitaria

Autora: Md. Janina Cecibel Medina Espinosa

Directora: Dra. Cristina Elizabeth Aldaz Barreno, Esp.

Loja – Ecuador
2017

CERTIFICACIÓN

**Dra. Cristina Elizabeth Aldaz Barreno, Esp.
DIRECTORA DE TESIS**

CERTIFICA :

Haber dirigido, orientado y discutido, en todas sus partes el desarrollo de la tesis intitulada **“FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS DE EDAD”**, de la autoría de la Md. Janina Cecibel Medina Espinosa, la misma que cumple a satisfacción los requisitos de fondo y forma, exigidos por la Institución para los procesos de graduación de postgrado, por tal motivo autorizo su presentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, 7 de Febrero del 2017

Dra. Cristina Aldaz Barreno
Especialista en
Médica P* A* - F 57 - Nº 111

**Dra. Cristina Elizabeth Aldaz Barreno, Esp.
DIRECTORA DE TESIS**

AUTORÍA

Yo, Janina Cecibel Medina Espinosa, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis, a excepción de aquellas que se encuentran citadas y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

Firma: 

Autora: Janina Cecibel. Medina Espinosa

CI: 1104122237

Fecha: 09 de Febrero del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA PARA LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Janina Cecibel Medina Espinosa declaro ser autora de la tesis titulada: **“FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS DE EDAD”** como requisito para optar por el grado de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de ésta autorización, en la ciudad de Loja, a los 09 días del mes de febrero del dos mil diecisiete.

Firma: 

Autora: Md. Janina Cecibel Medina Espinosa

Cédula: 1104122237

Dirección: El Rosal (Calle Sebastián Valdivieso y Rosario Castellanos)

Correo Electrónico: janycecim@gmail.com

Teléfono: 072710297 Celular: 0986640526

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Cristina Elizabeth Aldaz Barreno, Esp.

Tribunal de Grado: Dr. Tito Goberth Carrión Dávila, Mg. Sc.

Dra. Janeth Fidelina Remache Jaramillo, Esp.

Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán, Esp.

DEDICATORIA

A Dios por brindarme la fortaleza necesaria para culminar esta nueva meta en mi vida, a mi querido esposo e hijos que con todo el amor y apoyo incondicional me motivaron a continuar y a toda mi familia que contribuyo para hacer realidad un paso más en mi formación académica, con cariño.

Janina Cecibel

AGRADECIMIENTO

Con aprecio, consideración, estima, profundo respeto y reconocimiento sincero por toda la bondad, comprensión, apoyo y gracia brindada a mi persona tanto en mi vida estudiantil como en la realización de este trabajo, agradezco; a la Universidad Nacional de Loja, que a través del Programa de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, supo fomentar en mi los conocimientos necesarios, para enfocar la salud de forma integral.

A la Dra. Cristina Aldaz, por brindarme su apoyo y orientación en la elaboración de este trabajo de investigación.

A mis compañeros y compañeras, docentes y autoridades de la especialidad, por haberme colaborado y apoyado en todo este periodo de la especialidad.

Janina Cecibel

ÍNDICE

Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de Autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii
a. Título	1
b. Resumen	2
Abstract	3
c. Introducción	4
d. Revisión de Literatura	5
4.1. Alimentación Complementaria	5
4.1.1. Definición de alimentación complementaria	5
4.1.2. Adecuada alimentación complementaria	6
4.2. Factores protectores y de riesgo	7
4.3. Alimentación complementaria en los niños como grupo vulnerable en la familia	8
4.3.1. Atención Individual	9
4.3.2. Atención Familiar	9
4.3.3. Atención a la comunidad	9
4.3.4. Atención al ambiente o entorno natural	9
4.4. Lactancia materna	10
4.4.1. Riesgos de no alimentar con leche materna	11
4.5. Estado nutricional	12
4.5.1. Exploración antropométrica	12
4.6. Familia	13
4.6.1. Definición	13
4.6.2. Tipología familiar	14
4.6.2.1. Por el tamaño	14
4.6.2.2. Por la ontogénesis	14
4.6.2.3. Por el ciclo de vida	14
4.7. Marco contextual	14
4.7.1. Ubicación de las áreas de intervención	15
4.7.2. Centros infantiles del buen vivir	15
4.7.3. Aspectos socio-económicos de la zona de intervención	16
4.7.4. Aspectos demográficos de la zona de intervención	16
e. Materiales y Métodos	17
5.1. Tipo de estudio	17
5.2. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra	17
5.3. Muestra de estudio	18

5.4.	Número de niños/as encuestados por provincia	18
5.5.	Técnicas	20
5.6.	Instrumentos	21
5.7.	Equipo y materiales	21
5.8.	Sistematización	22
f.	Resultados	23
g.	Discusión	33
h.	Conclusiones	35
i.	Recomendaciones	36
j.	Bibliografía	37
k.	Anexos	39

1. TÍTULO

“FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS DE EDAD”

2. Resumen

La nutrición en los niños es de fundamental importancia, ya que de ello depende su crecimiento y desarrollo. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, señala que los lactantes y niños tienen derecho a una buena nutrición, iniciando con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y una adecuada ablactación. El objetivo de la presente investigación fue: identificar los factores protectores y de riesgo y su relación con el inicio de la alimentación complementaria en los niños de 1 a 3 años de edad de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la Zona 7. La investigación fue de tipo prospectivo, descriptivo, analítico y transversal; la población fue de 5.032 niños de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la zona 7, con una muestra de 423 niños; previo consentimiento informado se aplicó una encuesta a las madres y tutores. En el análisis estadístico se usó el software SPSS v.16, con variables dicotómicas, se realizó la prueba de Chi² y V. Cramer y Odds Ratio; con valores estadísticamente no significativos con relación a los factores asociados descritos en esta investigación. Se concluye, que el inicio de la alimentación complementaria no tiene una relación estadísticamente significativa con las condiciones de vida de los niños, ontogénesis familiar y estado nutricional; sin embargo, es vital la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, lo cual se debe a que el estudio se lo realizó en lugares institucionalizados (Centro Infantiles del Buen Vivir)

Palabras clave: lactancia materna, alimentación complementaria, condiciones de vida, preescolar.

Abstract

Children nutrition is of fundamental importance, their physical, mental and psychosocial development depends of it. The United Nations Convention on the Rights of the child points out that breastfed infants and children have the good nutrition right, starting with exclusive breastfeeding until 6 months old and an adequate ablation. The research purpose was to identify protection and risk factors and its relationship with the beginning of the complementary alimentation in children of 1 to 3 years from Good Living Children Centers of Zone 7. The study was prospective, descriptive, analytic and transversal; Target population was about 5.032 children from Good Living Centers from Zone 7; taking a sample of 423 children; previous informed allow, a summary was applied to mothers and tutors. In the statistical analysis, SPSS v.16 software was used with dichotomy variables, Chi² and V. Cramer y Odds Ratio test were carried out; with non-significant statistical values in relation to the associative factors described in this investigation. Concluding, the beginning of complementary alimentation does not have significant statistical relationship with children life condition, familiar ontogenesis and nutritional state; Nevertheless, exclusive breastfeeding until six months old is vital, due that the study was performed in institutionalized places (Good Living Children Centers).

Keywords: breastfeeding, complementary alimentation, life conditions, pre scholar

3. Introducción

La nutrición de los niños es de gran importancia ya que de ello depende su crecimiento y desarrollo, Según la OMS la Alimentación Complementaria se define como el proceso que inicia cuando la leche materna ya no es suficiente para cubrir las necesidades proteico-calóricas del niño y por lo tanto otros alimentos son necesarios para complementarla.

Considerando que la ablactación es la introducción de los alimentos diferentes a la leche materna a partir de los 6 meses de edad (180 días) y continuar con la lactancia materna. En la familia es muy importante capacitar a la madre o persona que se encuentra al cuidado de los niños, los riesgos que implica la práctica de introducir, de manera prematura alimentos sólidos a la dieta de niño, entre estos riesgos destacan: Que interfiere con la alimentación con leche materna, la disminución de la producción de leche materna y del tiempo de lactancia. Además de las cantidades inadecuadas de nutrientes o excesivos como la sal, que en los niños pequeños es incapaz de expulsar a través de la orina la ingesta excesiva de determinados nutrientes, especialmente proteínas y sodio, trastornos de la regulación del apetito, posibilidad de contener en los alimentos ciertos constituyentes perjudiciales, aditivos y contaminantes para los niños, incremento en el riesgo de infecciones, de alergias, desnutrición o malnutrición, y el impacto que esto representa en la economía familiar, conllevando a crisis familiares.

Los objetivos que persigue la alimentación complementaria, son prevenir las deficiencias debidas a la disociación entre la disponibilidad de nutrimentos y los requerimientos del niño en función de su crecimiento, principalmente en lo que se refiere al hierro y al zinc, procurando desarrollar su gusto por las diferentes texturas, olores y sabores de los alimentos, al mismo tiempo que desarrollamos en él, buenos hábitos de alimentación y habilidades que le permitan tanto la autonomía de su alimentación, como la autorregulación de los alimentos que consume. Y con ello fortalecer su sistema inmunitario para prevenir la incidencia de enfermedades alérgicas.

Se calcula que en 2013, a nivel mundial, 161,5 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento y 50,8 millones presentaban un peso bajo para su talla; 41,7 millones tenían sobrepeso o eran obesos (OMS 2013).

Actualmente debido a la situación económica de nuestro país y del mundo, en nuestra sociedad la búsqueda de fuentes de trabajo de hombres y mujeres, ha causado un gran impacto en la familia, cambiando los roles dentro de esta, siendo los encargados de los niños pequeños terceras personas, lo cual no garantizan un cuidado y alimentación adecuado a los niños. La cifra estimada de muertes de niños debidas a la desnutrición es de 3,1 millones, lo cual representa el 45% de todas las muertes de niños. Considerando que la alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. (OMS 2013).

El Ministerio de salud pública, ha identificado, una alta prevalencia de enfermedades digestivas, respiratorias, alérgicas y alteraciones nutricionales en los niños/as de 1 – 3 años, como la primera causa de morbilidad en este grupo etario en la zona 7. Por esta razón se realizó este estudio que investigo los factores protectores y de riesgo en el inicio de la alimentación complementaria en los niños/as de 1 – 3 años de los centros infantiles del buen vivir de la región sur del Ecuador.

La investigación se planteó como hipótesis: los factores protectores y de riesgo se relacionan con el inicio de la alimentación complementaria en los niños y niñas de 1 a 3 años que acudieron a los Centros Integrales del Buen Vivir de la Zona 7. Así mismo, se propuso como objetivo general: identificar los factores de protección y de riesgo y su relación con el inicio de la alimentación complementaria en los niños de 1 a 3 años de edad de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la Zona 7; de igual forma se definió como objetivos específicos: (1) describir las características socio - demográficas, económicas, clínicas individuales y factores familiares que se asocian con el inicio de la alimentación complementaria; y, (2) determinar la relación entre los factores de protección y de riesgo con el inicio de la alimentación complementaria.

4. Revisión de literatura

4.1. La alimentación complementaria

4.1.1. Definición

La alimentación en los primeros años de vida, es fundamental, para el desarrollo adecuado de los niños, es por ello que el inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida es vital y debe ser de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida; de la misma forma la introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, asegura el desarrollo y crecimiento adecuado de los niños y se indica continuar la lactancia materna hasta los dos años.

Sin embargo, muchos lactantes y niños no reciben una alimentación óptima. Por ejemplo, por término medio solo aproximadamente un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses recibieron lactancia exclusivamente materna durante el periodo de 2007-2014 (OMS –UNICEF 2014).

4.1.2. Adecuada alimentación complementaria

El estado nutricional de un niño menor de dos años y su sobrevivencia hasta los 5 años, depende directamente de su alimentación; debido a que una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para garantizar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo; asegurando un buen desenvolvimiento en la familia y la sociedad; la evidencia demuestra que las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, es una de las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez (Zapata, Fortino, Palmucci, & Padros, 2015).

Uno de los puntos importantes para garantizar el inicio de la alimentación complementaria es el destete que debe realizarse lentamente y de forma progresiva para aprovechar los factores protectores presentes en la lactancia materna que son; los anticuerpos, lactoferrina, diversas hormonas (leptina y ghrelina), etc; en el caso de los niños alimentados con fórmula adaptada, se debería adelantar la Alimentación Complementaria con el objetivo de aumentar los aportes nutricionales (Perdomo Giraldi & de Miguel Durán, 2011).

Es por ello que la introducción de la Alimentación Complementaria puede aumentar el valor energético en un menor volumen de alimento proporcionado y aporta otros nutrientes, como: hierro, zinc, calcio, fósforo, ácido linoleico y vitaminas; aun así, la ingesta mínima diaria de leche no debe ser inferior a 500 mL que sería un 50% la ingesta energética, aproximadamente y de esta forma suministrar el calcio suficiente para una eficaz osteogénesis, siendo los requerimientos de calcio en el segundo semestre de 500 a 600 mg/día, además de proporcionar los requerimientos proteicos mínimos, como de vitamina A.

El inicio de la Alimentación Complementaria es hoy en día muy controversial ya que existen factores geográficos, económicos, sociales y culturales, y una gran variabilidad individual en los requerimientos relacionados con la edad y sexo; ya que, éstos son por unidad de peso corporal, muy

superiores durante los primeros meses de vida, es así que La Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica recomendaron que el inicio de la AC debería ser de 4-6 meses de edad, siendo aconsejable a los 6 meses, sin embargo basado en varios estudios, no se encontró ninguna ventaja, por lo que se decidió, respetar la particularidad de cada niño, y las costumbres familiares.

4.2. Factores protectores y de riesgo

Es importante destacar que la introducción temprana de los alimentos puede causar complicaciones en la nutrición de los niños así como:

- Actividad competitiva con la lactancia materna
- Riesgo de hipersensibilidad y alergia alimentaria
- Introducción precoz del gluten enmascarado
- Efectos adversos de aditivos
- Falta de control de la ingesta
- Riesgo de trastornos de la regulación del apetito
- Riesgo de sobrealimentación
- Tendencia a vómitos y/o diarreas
- Accidentes por deficiente coordinación oral motora
- Situaciones carenciales por déficit de absorción (Fe, Zn,...)
- Sobrecarga renal de solutos
- Aumento del riesgo de infecciones
- Síndrome del biberón
- Desarrollo del hábito por el azúcar y sal en un futuro
- Diarrea por mala calidad del agua o alimentos contaminados
- Aporte energético insuficiente (malnutrición)
- Aumento de aporte de fibra dietética
- Aporte de compuestos potencialmente perjudiciales: sacarosa, gluten, contaminantes, nitratos (Perdomo Giraldi & de Miguel Durán, 2011).

Es de fundamental importancia saber cuándo, cómo y a qué edad debemos introducir los alimentos distintos a la leche materna, los mismos que deben ser introducidos en forma gradual, firme y sin forzar al niño entre 7 a 15 días.

Los cereales sin gluten: sobre los 4-5 meses se añaden 2 a 4 porciones en el último biberón del día preparado habitualmente.

Las papillas se deben administrar con cuchara en los niños tenga 5-6 meses y alimentos que contienen gluten a partir de los 7 meses como galletas, pan etc.

Las papillas de frutas: sobre el 5° mes, iniciar con zumos, añadir una nueva fruta al día como manzana, pera, plátano. Antes del año de edad no dar fresas, kiwi, ni cítricos por su relación estrecha con las alergias; la fruta se puede administrar en forma natural o compota (cocida) sin agregar azúcar o miel.

El puré de verduras: sobre el 5°-6° mes, comenzar con caldo de verduras y seguir con la patata, zanahoria, calabacín, calabaza, apio, puerro, judías verdes, etc., evitando verduras de hoja larga (espinacas, acelgas, col, remolacha, espárragos, nabos).

Se recomienda darlas al mediodía y añadir aceite de oliva crudo antes de comer, no agregar sal, ni azúcar, ni colorantes, pueden congelarse en tarros bien cerrados.

La carne: iniciar a los 6 meses añadiendo 25-50 g/día de pollo, posteriormente ternera, pavo o cordero y se darán junto con la verdura, los higaditos se pueden dar a partir del año; El pescado introducir a los 10^o mes, con puré de verduras 2 veces por semana.

La yema de huevo comenzar a los 10 meses añadiendo a la verdura 1/4 parte de yema cocida 2 veces por semana, la segunda semana será 1/2 yema y la tercera ya se le dará 1 yema dos veces por semana, la clara comenzar a partir de los 12 meses.

Al año tomará: carne (3-4 veces/semana), pescado (2), hígado (1), huevo (1-2), legumbres con o sin verduras, dos raciones por semana condimentadas de la forma habitual y el yogurt de forma habitual al igual que el queso blando.

Desde los 15 meses podrá tomar comidas preparadas para el resto de la familia, siempre que no sean saladas, picantes o grasas, evitando los fritos, comidas muy dulces, derivados del cerdo (chorizo, hamburguesas, salchichón, menudos) hasta los 2 años.

Tener mucho cuidado no administrar alimentos con espinas, huesos y frutos secos por riesgo de atragantamiento.

Progresivamente, dejaremos al niño comer con utensilios adecuados a su edad, respetando el apetito del niño, procurando la mayor variedad posible de una dieta equilibrada y evitar la rutina y monotonía, no forzar a comer ni sustituir comidas por lácteos, derivados ni zumos,

No introducir leche de vaca y sus derivados antes del año de edad, y procurar no darle golosinas entre comidas (Perdomo Giraldi & de Miguel Durán, 2011).

4.3. Alimentación complementaria en los niños como grupo vulnerable dentro de la familia

La familia es el medio esencial en cuyo seno se organiza toda la vida del individuo y a lo largo del tiempo esta estructura básica experimenta diversos momentos evolutivos que influirán en los procesos de maduración individual (Tomas & Bargada, n.d.).

Los seres humanos no solo necesitamos de una alimentación adecuada y oportuna, es importante tener un bienestar integral con la familia, es así que la afectividad de los padres también estará íntimamente ligada al equilibrio emocional de los hijos y al desarrollo de su maduración. La evaluación y comprensión adecuada del funcionamiento y dinámica interrelacional de una familia es totalmente necesaria para conseguir tratar con éxito a un niño que aqueja cualquier clase de alteración sea esta patológica o psicológica (Tomas & Bargada, n.d.).

Es por ello que se debe evaluar a la familia, para entender los factores de riesgo a la que se expone el niño preescolar y con ello su alimentación. Entre ellas tenemos las siguientes:

- Niños de una familia monoparental
- Abandono
- Bajos recursos económicos
- Desempleo
- Bajo nivel de estudio (desconocimiento de una alimentación sana para los niños)
- Hábitos y cultura de la familia.

4.3.1. Atención individual

Debido a la prioridad de los grupos vulnerables, el MSP ha implementado la atención por ciclos de vida en la cual se encuentran los niños preescolares, donde la atención es multidisciplinaria.

Atención Individual.- Considerando un carácter multidimensional de la persona, cuyo desarrollo y necesidades de salud no se relacionan solamente con las condiciones biológicas sino que se enmarcan en un complejo sistema de relaciones biológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, ambientales que son procesadas a nivel individual generando elementos protectores o de riesgo para su salud y su vida, la atención integral individual se orienta a promover una cultura y una práctica de cuidado y autocuidado de la salud, de atención a las necesidades específicas en cada ciclo vital, su estilo de vida, garantizando continuidad para la recuperación de la salud en caso de enfermedad, rehabilitación de la funcionalidad y cuidados paliativos cuando ya la condición sea terminal. (Ministry of Public Health, 2012)

4.3.2. Atención familiar. La familia es fundamental para el cuidado de la salud o puede convertirse en un factor de riesgos y de enfermedad para sus miembros, en caso de ser presentar crisis. Es por ello que se debe identificar problemas y factores de riesgo de cada uno de sus miembros y de la familia en su conjunto, así como factores protectores y brindar una atención integral, promoviendo el autocuidado, brindando apoyo, seguimiento, educando y potenciando prácticas saludables.

4.3.3. Atención a la comunidad. La comunidad es donde se desarrolla la vida de las personas y las familias, donde interactúan y se procesan las condiciones sociales, económicas, ambientales generando potencialidades o riesgos para la salud. (Ministry of Public Health, 2012)

4.3.4. Atención al ambiente o entorno natural. La provisión de servicios debe incorporar también estrategias y acciones orientadas al cuidado ambiental como uno de los determinantes más importantes de la salud. El deterioro ambiental, la contaminación, el impacto del cambio climático están ocasionando graves riesgos y problemas de salud en la población que deben ser enfrenados con acciones de prevención, promoción de estilos de vida saludables, educación e información sobre los riesgos ambientales. El cuidado de la salud y el

entorno implica intervenciones intersectoriales y con la activa participación de la comunidad (Ministry of Public Health, 2012).

4.4. Lactancia materna

La lactancia materna exclusiva durante los seis meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre como;

- Protección frente a las infecciones gastrointestinales. El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal.
- Evitar el riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones, que puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial,
- La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses.
- La leche materna también es una fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, y reduce la mortalidad de los niños malnutridos (OPS, 2016).

Los niños y adolescentes que fueron amamantados tienen menos probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad. Además, obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia y tienen mayor asistencia a la escuela. La lactancia materna se asocia a mayores ingresos en la vida adulta. La mejora del desarrollo infantil y la reducción de los costos sanitarios gracias a la lactancia materna generan beneficios económicos para las familias y también para los países (OPS, 2016).

La mayor duración de la lactancia materna también contribuye a la salud y el bienestar de las madres. Reduce el riesgo de cáncer de ovarios y de mama y ayuda a espaciar los embarazos, ya que la lactancia exclusiva de niños menores de 6 meses tiene un efecto hormonal que a menudo induce la amenorrea. Se trata de un método anticonceptivo natural (aunque no exento de fallos) denominado Método de Amenorrea de la Lactancia.

Las madres y las familias necesitan apoyo para que sus hijos reciban una lactancia materna óptima. Entre las medidas que ayudan a proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna destacan:

- La adopción de políticas como el Convenio de la Organización Internacional del Trabajo sobre la Protección de la Maternidad (N.º 183) o la recomendación N.º 191 que complementa dicho convenio postulando una mayor duración de la baja y mayores beneficios.
- El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y las posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.

- La aplicación de los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural que se especifican en la iniciativa «Hospitales amigos del niño», tales como: contacto entre la piel del niño y de la madre inmediatamente después del parto e inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida; lactancia materna a demanda (es decir, tan a menudo como quiera el niño, tanto de día como de noche); alojamiento conjunto, para que la madre y el niño permanezcan juntos las 24 horas del día; interdicción de otros alimentos y bebidas, incluida el agua, a no ser que sea necesario por motivos médicos.

El apoyo de los servicios de salud, proporcionando asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño durante todos los contactos con los niños pequeños y sus cuidadores, como las consultas prenatales y posnatales, las consultas de niños sanos y enfermos o las vacunaciones.

El apoyo de la comunidad, como pueden ser grupos de apoyo a las madres o actividades comunitarias de promoción de la salud y educación sanitaria. Las prácticas de lactancia materna responden muy bien a las intervenciones de apoyo, y es posible mejorar en pocos años la prevalencia de la lactancia exclusivamente materna y su continuidad (OPS, 2016).

4.4.1. Riesgos de no alimentar con leche materna

A pesar de conocer las ventajas de la lactancia materna se deducen las desventajas de la alimentación artificial, se mencionan en forma ordenada para destacar aún más la inconveniencia de recurrir a ella para la alimentación del niño menor de 6 meses (C., Shellhorn; Valdés, 2012).

- Mala nutrición: Existen importantes diferencias entre la leche materna y la de fórmula, tanto en la cantidad como en la calidad de sus macro y micronutrientes que el niño recibe.
- Mala digestión: La leche de vaca no contiene lipasa, enzima necesaria para metabolizar y digerir las grasas. La mayor cantidad de caseína en la leche de vaca forma flóculos gruesos de difícil absorción. La mayor concentración de sus nutrientes produce estreñimiento y sobrecarga renal.
- Riesgo de contaminación: Hay muchos riesgos de contaminar los alimentos, y más aún si no se toman las precauciones pertinentes:
 - Manipulación de los alimentos con las manos sucias
 - Mal lavado de los utensilios usados
 - Secado de manos o utensilios con paños sucios o contaminados
 - Uso de agua contaminada
 - Transporte de gérmenes por moscas y otros vectores
 - Descomposición fácil de la leche al quedar en el medio ambiente, sin refrigerar
 - Fácil cultivo de gérmenes en chupones y mamaderas.
 - Dificultad para lavarlos bien.
- Incapacidad inmunológica: En la leche procesada (hervida, evaporada) se destruyen sus elementos bioactivos y desde el punto de vista inmunológico, las leches de fórmula pueden considerarse inertes. Los

niños alimentados con mamadera se enferman con mayor frecuencia de diarreas, enfermedades respiratorias, otitis y alergias.

- Capacidad alergénica: Las proteínas y otras sustancias extrañas al metabolismo del niño, pueden actuar como potentes alérgenos y sensibilizar al niño para toda la vida.

4.5. Estado nutricional

La evaluación del estado nutritivo consiste en la determinación del grado de salud de un individuo o de la colectividad desde el punto de vista de su nutrición.

4.5.1. Exploración antropométrica (antropometría nutricional)

La exploración antropométrica es un conjunto de mediciones corporales que permite conocer los diferentes niveles y grado de nutrición del individuo explorado. Evalúa el estado de nutrición mediante la obtención de una serie de medidas corporales cuya repetición en el tiempo y confrontación con los patrones de referencia permitirá: 1) el control evolutivo del estado de nutrición y su respuesta objetiva al tratamiento; 2) la detección precoz de desviaciones de la normalidad; 3) clasificación del estado nutritivo por exceso o defecto, y distinción entre trastornos nutritivos agudos y crónicos (R.E., 2014).

La recogida de los datos debe efectuarse siguiendo una técnica cuidadosa, según normas aceptadas internacionalmente, que, por un lado, minimicen el error sistemático de medición interobservador e intraobservador, aportando precisión y fiabilidad, y por otro, la unidad metodológica de las mismas permita la comparación y reproducibilidad de los resultados realizados para diferentes poblaciones.

Peso.- Constituye un indicador de la masa y volumen corporal y en la práctica es la media antropométrica más utilizada; se obtiene en los niños mayores, desnudos o con ropa interior, por la mañana y tras evacuación vesical previa. Existen multitud de tipos de balanzas que deben ser equilibradas periódicamente. La precisión en el peso debe ser de la decena en gramos en el lactante, y de 50 a 100 g en el niño. Puede aportar informaciones falsas, como sucede en los estados de deshidratación o de retención de agua y variar en relación al intervalo que media entre ingestas y excretas.

Talla/longitud.- Constituye la medida lineal básica y refleja el crecimiento esquelético. La talla puede medirse en posición de pie a partir de los 2/3 años. Antes de esta edad es preferible medir la longitud del cuerpo en decúbito supino para lo que se precisan dos observadores; para la obtención de la talla la posición del niño debe ser rigurosa con cuatro puntos de apoyo sobre el plano de medida (talones juntos, nalgas, hombros, occipucio), mirada horizontal e invitándole a que se estire, sin despegar los talones del suelo y haciendo el observador una moderada tracción sobre el ángulo mandibular. Un mismo niño debe ser medido siempre a la misma hora; la talla por la tarde es ligeramente inferior a la de por la mañana, con una diferencia que puede ser hasta de un centímetro. La precisión de una medida correcta es inferior al medio centímetro; es preciso, pues, evaluar los resultados en milímetros. El soporte debe ser absolutamente vertical y la

escuadra perfectamente horizontal, se prefieren los estadiómetros tipo Harpenden (R.E., 2014).

4.6. Familia

4.6.1. Definición

El hombre no puede estar solo tiene que vivir en interacción, es por ello que vive en familia, en la que nace, crece, desarrolla todas sus capacidades para interactuar en la sociedad, por tanto el bienestar de las poblaciones está muy relacionado con ella. La familia como sistema atraviesa una serie de fases normativas y propias de su ciclo vital (adolescencia, noviazgo y matrimonio; procreación; maduración; emancipación de los hijos; jubilación y muerte) las mismas que en algún momento pueden verse alteradas y presentar crisis paranormativas provocando un desequilibrio en la familia.

La importancia de las nociones evolutivas no radica solo en la caracterización de cada fase en sí y sus tareas de desarrollo, sino en las crisis que puede dar lugar en el paso de una fase a otra. La teoría evolutiva plantea que la familia pasa por crisis normativas y crisis paranormativas provocadas por eventos producidos en el contexto o situaciones no previsibles como la enfermedad, las separaciones y la muerte a destiempo. La teoría estructural desarrollada por Salvador Minuchin aporta los conceptos de límites o fronteras familiares internas los cuáles son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares.

La familia es un grupo compuesto por miembros que se encuentran en una dinámica particular, donde lo que ocurre a una persona afecta a toda la familia y a su vez, esta como sistema influye sobre la persona y la sociedad, y viceversa.

El papel de la familia en el proceso salud-enfermedad y el lugar prioritario que esta ocupa en la atención primaria de salud. Es muy importante ya que se debe abordar desde el punto de vista de la prevención es así que por la genética se transmiten algunas enfermedades pero la familia tiene patrones que interactúan repetidamente, los cuales regulan y modifican el comportamiento de cada uno de los miembros. Por eso, cada familia cuenta con su historia natural, que se conforma en el tránsito por las diferentes y sucesivas etapas del ciclo vital. En ella sus miembros van experimentando cambios, y por lo tanto, cada etapa de su ciclo de vida posee su propio proceso salud -enfermedad.

La Constitución Ecuatoriana en su Art. 37 menciona:

El Estado reconocerá y protegerá a la familia como célula fundamental de la sociedad y garantizará las condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Esta se constituirá por vínculos jurídicos o de hecho y se basará en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes. Las funciones Universales de la familia son: reproductora, protectora, afectiva, socializadora sería la unidad social básica en donde sus integrantes cooperan con actividades económicas, sociales y protectoras (Armas & Díaz, 2007)

4.6.2. Tipología Familiar

- 4.6.2.1. **Por el tamaño.-** De acuerdo al tamaño la familia se la clasifica en: Pequeña, con la presencia de 2-3 miembros de la familia. Mediana, cuenta con la presencia de 4-6 miembros. Grande, es la familia de 6 integrantes o más miembros (Galbán, Milagro, Hernández, 2003).
- 4.6.2.2. **Por la ontogénesis.-** La clasificación por la ontogénesis es la siguiente: Nuclear.- pareja con 1 o varios hijos o sin ellos: Extensa.- pareja con hijos en la cual uno de los hijos convive con su pareja en el mismo hogar con su descendencia o no, incluye (abuelos, nietos con o sin presencia de los padres): Mixta o Ampliada; incluyen amistades, empleadas/os: Monoparental.- padre o madre con hijos, debida a muerte de uno de los padres o separación, divorcio: Reconstituida.- parejas con hijos de matrimonios o relaciones previas: (Osorio & Alvarez, 2004)
- 4.6.2.3. **Por el ciclo de vida.-** Se compone de 4 etapas: Formación, desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo; por Extensión, desde el nacimiento del primer hijo hasta que el primer hijo sale del hogar; por contracción, desde que el primer hijo sale del hogar hasta la muerte del primer cónyuge; disolución, desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del segundo cónyuge (Rubinstein, 2006)

4.7. Marco Contextual

El MSP ha creado protocolos de seguimiento para los niños preescolares (menores de 5 años) en la cual se identifican todos sus antecedentes, prenatales, natales y post-natales, para el control de talla, peso e índice de masa corporal y de esta forma prevenir la desnutrición, sobrepeso y enfermedades que no permiten el crecimiento normal del niño (Msp, 2011).

En nuestro país, y en lo que nos corresponde la zona siete, el MSP y el MIES también se encuentra trabajando con los grupos de ciclo de vida y personas más vulnerables, es así que el MIES trabaja para precautelar el desarrollo de los ciudadanos desde su nacimiento y durante todo sus ciclos de vida, en especial con la población de atención prioritaria; entre las acciones más destacadas están: Servicios de Desarrollo infantil en sus dos modalidades, una corresponde a los Centros Infantiles de Buen Vivir (CIBV) y la otra modalidad corresponde a la Atención Domiciliaria No Institucionalizada denominada Creciendo con Nuestros Hijos (CNH); estos servicios atienden a niños y niñas de 0 a 36 meses de edad, priorizando a la población infantil en condiciones de pobreza y/o vulnerabilidad y beneficiarios del bono de desarrollo humano.

El MIES es la entidad rectora de la Política Pública de Desarrollo Infantil y le compete otorgar la Autorización de los Permisos de Funcionamiento a los Centros Infantiles públicos y privados que atienden a niñas y niños desde los 45 días a 36 meses de edad (MIES 2015).

4.7.1. Ubicación de las áreas de intervención de la zona 7

Las modalidades de Desarrollo Infantil Integral. La atención prioriza a los niños y niñas de 12 a 36 meses de edad, considerando que el primer año de vida debe crecer junto a la madre y dentro de su entorno familiar.

En los Centros Infantiles, se atienden diariamente a niños y niñas, durante 5 días de la semana, con horarios diferenciados: parcial de 2 a 4 horas, 4 a 6 horas, horario completo de 6 a 8 horas y en horario extendido por más de 8 horas; la infraestructura cumple con estándares de calidad en función de la cobertura de atención; las actividades se organizan de manera óptima en diferentes momentos educativos y de acuerdo a la edad de las niñas y niños; y la asistencia alimentaria se brinda en 4 períodos de comida.

Actualmente, funcionan 2.268 CIBV que atienden a 96.304 niños y niñas en todo el país: 2.274 CIBV son administrados bajo Convenio firmado con GADS y Organizaciones Sociales; y 39 CIBV, de atención directa, incluido los 10 CIBV emblemáticos. El monto de inversión para la construcción de 1.000 CIBV Emblemáticos es de \$ 500 millones; cada CIBV tiene un costo que fluctúa entre los 350 mil y 500 mil dólares.

Además, según la gerencia del proyecto, el Mies invertiría desde el 2014 al 2017 un monto de \$ 1,355'314,307 para las modalidades de CIBV y CNH. De esta manera, el MIES, para cumplir con la Política de Desarrollo Infantil necesita \$1.855'314.307. Es decir, cerca de \$2 mil millones para el 2017, para atender a 600 mil niñas y niños de nuestro país (MIES, 2016).

4.7.2. Centros infantiles del buen vivir

La población de estudio son los niños de 1- 3 años de edad, con el objetivo de estudiar los factores protectores y de riesgo en el inicio de la alimentación complementaria.

Considerando su importancia con la familiar y su entorno, por lo que se ha tomado la zona 7 (Loja, Zamora y el Oro) para su estudio.

En estos Centros el MIES se atenderá a niños y niñas de 0 a 3 años, provenientes de familias en situación de pobreza, que requieren apoyo para el cuidado integral de los infantes. Se priorizará a los sectores más pobres de la población y a hijos e hijas de madres adolescentes, madres o padres cabeza de hogar, niños y niñas en situación de riesgo, o que no tienen un adulto responsable que se encargue de su cuidado.

Los CIBV emblemáticos responden a un modelo en el cual se integran desde los espacios físicos (infraestructura civil y arquitectónica) hasta las normas de calidad para el cuidado de las y los infantes. Atenderán cinco días por semana, en horarios de 6 a 8 horas diarias, a un grupo entre 60 y 100 niños y niñas por Centro, a cargo de una educadora por cada 10 niños y bajo la dirección de una

parvularia profesional. Los servicios que ofrecen incluyen cuatro comidas al día (desayuno, refrigerio de media mañana, almuerzo y refrigerio de media tarde), así como un suplemento nutricional para prevenir la desnutrición y la anemia a quienes lo requieran (Ministerio de Inclusion Economica y Social, 2013).

4.7.3. Aspectos socioeconómicos de la zona de intervención.

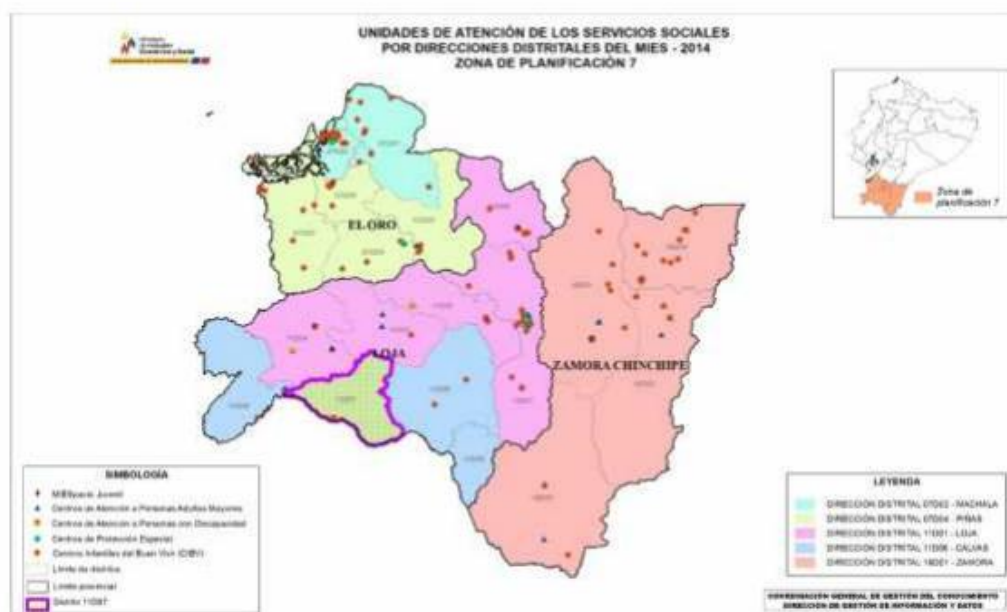
En la Zona 7 fueron atendidos a febrero 2013, 49 612 niños y niñas a través de los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBVs) y el programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH). Durante los tres primeros meses del año 2013 se suscribieron convenios de cooperación con 63 Gobiernos Autónomos Descentralizados y Patronatos, así como con 5 con Organizaciones de la sociedad Civil.

Se trabajó una propuesta para reducir el presupuesto de construcción y de equipamiento, optimizando espacios y manteniendo los estándares de calidad en ambos aspectos. El costo promedio por CIBV es de US\$350.000 con equipamiento. La meta es contar con 1000 CIBVs hasta el año 2016 (Ministerio de Inclusion Economica y Social, 2013).

4.7.4. Aspectos demográficos de la zona de intervención.

El Área de intervención es lo que corresponde la zona 7 (Loja, Oro y Zamora), distribuidoras en áreas rurales y urbanas.

Aspectos geográficos



(MIES, 2016)

5. Materiales y métodos

5.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, descriptivo, exploratorio y de cohorte transversal en 423 niños y niñas de 1 a 3 años, en los que se realizó una encuesta dirigida al tutor o cuidador sobre el tiempo de la lactancia materna exclusiva, entre otros factores que influyen en el inicio de la alimentación complementaria. Además, se constituyó en una investigación documental y de campo.

5.2. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra

De la población objetivo de 5032 niños/as de 1 a 3 años de edad, que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir de la Zona 7 del Ecuador que comprende a las provincias de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe, presentes en 118 CIBV. Información obtenida de la base de datos de MIES CIBV centros infantiles de buen vivir.

Población total de niños por provincia:

-Provincia de Loja: 1957 niños/as.

-Provincia de El Oro: 2045 niños/as.

-Provincia de Zamora Chinchipe: 1030 niños/as.

Población y porcentaje de CIBV por provincias:

-Provincia de Loja

Total de CIBV: 42 CIBV

$$42 \times 100 / 118 = 35,60 \%$$

-Provincia de El oro

Total de CIBV: 47 CIBV

$$47 \times 100 / 118 = 39,83 \%$$

Provincia de Zamora Chinchipe

Total de CIBV: 29 CIBV

$$29 \times 100 / 118 = 24,57 \%$$

Porcentaje de la población por CIBV y provincia

-Provincia de Loja

Total de población infantil en 42 CIBV: 1967 niños/as.

$$1957 \times 100 / 5032 = 38,89 \%$$

-Provincia de El oro

Total de población infantil en 47 CIBV: 2045 niños/as.

$$2045 \times 100 / 5032 = 40,64 \%$$

Provincia de Zamora Chinchipe

Total de población infantil en 29 CIBV: 1030 niños/as.

$$1030 \times 100 / 5032 = 20,47 \%$$

Cuadro provincias de población y número de CIBV

Provincias	Población por provincias	% Población	Número de CIBV	% de CIBV
El Oro	2045	40,64	47	39,83
Loja	1957	38,89	42	35,60
Zamora	1030	20,47	29	24,57
Total	5032	100,00	118	100

5.3. Muestra del estudio: Se trata de un muestreo aleatorio estratificado. Para determinar el número de casos a estudiar se tomará una muestra aleatorizada de la población total de niños de 1 a 3 años de los CIBV de la zona 7, la cual fue calculada mediante la fórmula de muestreo para proporciones, con una significancia del 95% de confiabilidad y un error del 5%, obteniéndose una muestra mínima de 388 niños/as a encuestar (Pita Fernández, 1990).

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n= tamaño de muestra.

N= población total.

Z= constante para el 95% de error

p = probabilidad de aparición del fenómeno.

q = probabilidad de que no aparezca el fenómeno.

5.4 Número de niños/as a encuestados por provincias:

En consideración al porcentaje de la población por provincias se obtuvo el número a niños a encuestar por provincias y se determinó el número de CIBV por provincias donde se deben aplicar las encuestas.

Porcentaje de población por provincias

Provincias	Población por provincias	% Población	Números de CIBV a encuestar	Niños/as a encuestar
El Oro	2045	40,64	16	158
Loja	1957	38,89	15	151
Zamora	1030	20,47	8	79
Total	5032	100,00	39	388

De tal modo tenemos:

Provincia de Loja

$(n)(\% \text{ de población de provincia Loja})/100 = \text{encuestas}$

$(388)(38,89)/100 = 151 \text{ encuestas.}$

HOJA DE RUTA DE LA PROVINCIA DE LOJA						
CANTÓN	PARROQUIA	CIBV	DÍA	GRUPOS	PERNOCTAR	NUMERO A ENCUESTAR
LOJA	SAN LUCAS	LANGA	23 de mayo	GRUPO 1	LOJA	10
	SAN LUCAS	LOS GERANITOS	23 de mayo	GRUPO 1	LOJA	10
SARAGURO	SARAGURO	EMBLEMATICO	23 de mayo	GRUPO 2	LOJA	10
	SARAGURO	Uchilla Wawa Kunapak Wasi	23 de mayo	GRUPO 2	LOJA	10
CELICA	CELICA	5 DE SEPTIEMBRE	24 de mayo	GRUPO 2	CELICA	10
ZAPOTILLO	ZAPOTILLO	ZAPOTILLO	24 de mayo	GRUPO 1	ZAPOTILLO	10
CATAMAYO	CATAMAYO	EL PORVENIR	25 de mayo	GRUPO 1	LOJA	10
	SAN JOSE	SAN JOSE	25 de mayo	GRUPO 1	LOJA	10
LOJA	VILCABAMBA	CARITAS DE ANGEL	25 de mayo	GRUPO 2	LOJA	10
LOJA	EL VALLE	ESTRELLITAS DEL FUTURO (PITAS)	26 de mayo	GRUPO 1	LOJA	10
	EL VALLE	CARITAS FELICES	26 de mayo	GRUPO 1	LOJA	10
	EL VALLE	BLANCA RUIZ DE GODOY	26 de mayo	GRUPO 1	LOJA	10
	SAN SEBASTIAN	INFANCIA UNIVERSITARIA (TARDE)	26 de mayo	GRUPO 2	LOJA	10
	SUCRE	PEDESTAL	26 de mayo	GRUPO 2	LOJA	11
	EL SAGRARIO	JOSÉ CARRIÓN MORA	26 de mayo	GRUPO 2	LOJA	10
						151

Provincia de El oro

$(n)(\% \text{ de población provincia El Oro})/100 = \text{encuestas}$

$(388)(40,64)/100 = 158 \text{ encuestas.}$

HOJA DE RUTA DE LA PROVINCIA DE EL ORO						
CANTÓN	PARROQUIA	CIBV	DÍA	GRUPOS	PERNOCTAR	NUMERO A ENCUESTAR
MACHALA	MACHALA	Canguritos	16 de mayo	GRUPO 1	MACHALA	10
	PUERTO BOLIVAR	Mi segundo hogar puerto	16 de mayo	GRUPO 2	MACHALA	10
	PUERTO BOLIVAR	Manitas Inquietas	17 de mayo	GRUPO 1	MACHALA	10
	LA PROVIDENCIA	Lucerito	16 de mayo	GRUPO 2	MACHALA	10
	9 DE MAYO	Pedacito de cielo	17 de mayo	GRUPO 2	MACHALA	10
	MACHALA	Fernando Ugarte	16 de mayo	GRUPO 1	MACHALA	10
HUAQUILLAS	MILTON REYES	Alicia de Poveda	18 de mayo	GRUPO 2	MACHALA	10
	HUALTACO	Amiguitos de Winnie Pooh	18 de mayo	GRUPO 2	MACHALA	10
ARENILLAS	ARENILLAS	Magdalena Cabezas	18 de mayo	GRUPO 1	MACHALA	10
SANTA ROSA	SANTA ROSA	María de la Paz	18 de mayo	GRUPO 1	MACHALA	10
EL GUABO	EL GUABO	Raquel Aguilar de Serrano	19 de mayo	GRUPO 1	MACHALA	10
	EL CAMBIO	Super Niño	19 de mayo	GRUPO 1	MACHALA	10
PASAJE	OCHOA LEÓN	Avelina Calderon	19 de mayo	GRUPO 2	MACHALA	10
CHILLA	CHILLA	26 de Agosto	20 de mayo	GRUPO 2	CHILLA	10
PORTOVELO	PORTOVELO	Dulces Sueños	20 de mayo	GRUPO 1	PORTOVELO	9
	PORTOVELO	Rayitos de Oro	20 de mayo	GRUPO 1	PORTOVELO	9
						158

Provincia de Zamora Chinchipe

(n)(% de población provincia Zamora Chinchipe)/100= encuestas

(388)(20,47)/100= 79 encuestas.

HOJA DE RUTA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE						
CANTÓN	PARROQUIA	CIBV	DÍA	GRUPOS	PERNOCTAR	NUMERO A ENCUESTAR
ZAMORA	GUADALUPE	Arca de los pequeños traviesos	4 de Julio	GRUPO 1	ZAMORA	8
YANTZAZA	CHICANA	Copitos de Nieve	4 de Julio	GRUPO 2	ZAMORA	8
PAQUISHA	PAQUISHA	Rayitos de Luz	5 de Julio	GRUPO 1	ZAMORA	8
NANGARITZA	GUAYSIMI	La Semilla	5 de Julio	GRUPO 2	ZAMORA	8
EL PANGUI	PACHICUTZA	Franciscana	6 de Julio	GRUPO 2	ZAMORA	8
	EL PANGUI	Los Solecitos	6 de Julio	GRUPO 1	ZAMORA	8
YACUAMBI	28 DE MAYO	San Jose	7 de Julio	GRUPO 2	ZAMORA	8
ZAMORA	ZAMORA	Caritas de angel	7 de Julio	GRUPO 1	ZAMORA	8
PALANDA	PALANDA	San Francisco del bergel	8 de Julio	GRUPO 1	PALANDA	8
PALANDA	PALANDA	Nueva Esperanza	8 de Julio	GRUPO 2	PALANDA	7
						79

Para la investigación se tomó la base de datos de personas a las cuales se dirija la investigación a los Centros Infantiles Buen Vivir, la cual será proporcionada por la Coordinación Zonal 7 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Cada una de estas parroquias tiene características ambientales particulares, por lo que se considerarán cuatro características de interés: altitud, temperatura, precipitación y necesidades básicas insatisfechas. Cada característica de interés será dividida en rangos con el propósito de que cada estrato cumpla con al menos un rango dentro de cada características de interés.

5.5. Técnicas

Recopilación de información primaria.- Para la realización del estudio se diseñó una consulta médica en el CIBV e horario matinal, donde se procedió a la evaluación de los niños en estudio, se tuvo en consideración el ambiente apropiado vestimenta apropiada y el acompañamiento de su madre o cuidadora para evitar la distracción exaltación, o miedo en los niños posteriormente se efectuó una encuesta semi estructurada, dirigida a los participantes e involucrados de la investigación.

Recopilación de Información Secundaria, Se remitiremos a los documentos e información sobre el contexto de trabajo, reportes, mapas, de ser posible y de existir, también nos remitiremos a los archivos comunitarios sobre la temática, información en línea, donde se haya planteado el tema de la generación, innovación y operatividad de estrategias para la solución de la problemática, esto se realizará para corroborar la información recopilada de manera primaria.

5.6. Instrumentos

5.6.1. Encuesta. Para obtener una mejor información y de primera mano de parte de los participantes e involucrados se diseñó (ver anexos) una encuesta semiestructurada, en relación a la temática. La utilización de estas herramientas permitirá alcanzar los objetivos planteados en esta investigación. La recolección de los datos se realizó de mayo a junio de 2016.

La información fue recolectada mediante un instrumento (ENCUESTA) que en la primera parte estuvo dirigido a los padres cuidador o informante con datos sociodemográficos, la segunda parte dirigida a la madre con datos de información relevante como tipo de parto, tiempo y tipo de lactancia entre otras preguntas que corresponden a variables asociadas al inicio de la alimentación complementaria; encuesta del INEC del Ecuador para determinar la condición socioeconómica de la población. Esta encuesta y sus instrumentos fueron diseñados de forma estructurada. EL formulario contenía un instructivo que fue manejado por los entrevistadores. (Postgradistas de Macro proyecto Salud Pediátrica) El control de calidad de la información se efectuó mediante una prueba piloto por los investigadores realizada en el mes de marzo del 2016 con 30 preescolares. Con base a la prueba se realizaron ajustes a los formularios previos a la impresión. También se incluyó el consentimiento informado, considerando respeto, autodeterminación y el derecho de la madre a la confidencialidad de toda la información obtenida. Se anexa la nota de consentimiento informado que firmaron los padres o cuidadores de los niños involucrados en el estudio.

5.7. Equipo y materiales

Aspectos administrativos

Talento humano.

Posgradista postulante: Md. Janina Cecibel Medina Espinosa.

Director de Tesis: Dra. Cristina Aldaz Barreno.

Asesor Metodológico: Ing. José Eduardo González Estrella.

Recursos Materiales.

Se utilizaron para el estudio del niño, toma de peso balanza calibrada, tallimetro, guantes de manejo, lámpara de bolsillo, materiales de escritorio como lápiz, esfero, almohadilla digital, las copias de encuestas, ropa adecuada para las largas jornadas de sol y de lluvia.

5.8. Sistematización, tabulación y análisis de la Información. Se utilizará matrices en base al programa informático **SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)** versión 16 o posterior, las mismas que permitirán dar validez y confiabilidad a los instrumentos y validar las hipótesis planteadas, cumpliendo lo propuesto en los objetivos.

Operacionalización de Variables

Variable	Escala	Tipos de variable	Instrumento
1.Edad	1 hasta 3 años	Cuantitativa discreta	Encuesta de datos. Historia Clínica Ficha Familiar
2.Género	1. Femenino. 2. Masculino	Cualitativa Nominal	Encuesta de datos. Historia clínica Ficha Familiar
3.Área de procedencia	1. Rural. 2.Urbano	Cualitativa Nominal	Encuesta Historia Clínica Ficha Familiar
4.Nivel de Educación de los Padres (Madre)	1. Sin enseñanza educacional. 2. Educación Básica. 3. Primer año de Bachillerato. 4. Segundo año de Bachillerato. 5. Tercer año de Bachillerato 6. Estudios Universitarios 7. Maestría/Posgrado	Cuantitativa Nominal	Encuesta Historia Clínica Ficha Familiar
5.Tipo de parto	1. Vaginal. 2. Cesárea	Cuantitativa Nominal	Encuesta de datos Historia Clínica
6.Lactancia materna	1. hasta 6 meses. 2. menos de 6 meses	Cuantitativa Razón	Encuesta de datos Historia Clínica
7.Tipos de Lactancia	1. Ninguna 2. Leche Materna. 3. Leche de fórmula 4. Leche de vaca	Cuantitativa Nominal	Encuesta de datos Historia Clínica
8. Alimentación Complementaria.	1.< 4meses 2. 6 meses. 3. 1 año de edad 4. > de 1año	Cuantitativa Razón	Encuesta de datos Historia Clínica
9. Suplemento Alimenticio	1. Si 2. No	Cuantitativa	Encuesta de datos Historia Clínica
10..Estado nutricional	1. Bajo peso 2.Normal 3.Sobrepeso 4.Obesidad	Cualitativa Ordinal	Balanza y tallímetro estandarizada por el INEN. Curvas de Peso, Talla y perímetro cefálico según la OMS
11. Tipología familiar según el tamaño	Pequeña Mediana Grande	De 1 a 3 personas De 4 a 6 personas Superior a 6 personas	Encuesta de Datos
12. Tipología familiar según ontogénesis	Nuclear Monoparental Reconstituida Extensa Ampliada	Cualitativa	Encuesta de Datos

6. Resultados

6.1. Caracterización de los niños investigados

Cuadro 1. Sexo de los niños

VARIABLES	Frecuencia	Total	%
SEXO			
Niño	74	224	17,49
Niña	64	199	15,13
Total	138	423	32,62

FUENTE: Investigación Directa (2016), Recopilación de Información en los Centros Infantiles de Buen Vivir de la Zona 7.

ELABORACION: Md. Janina C. Medina

Análisis e interpretación:

El mayor porcentaje en el inicio de la alimentación complementaria, según el sexo, se encuentra en los niños con un porcentaje de 17.49%, se concluye que tanto niños como niñas se encuentran propensos a tener algún tipo de factor protector o de riesgo en el inicio de la alimentación complementaria.

Cuadro 2. Provincia de residencia

PROVINCIA	Frecuencia	Total	%
Loja	50	163	11,82
El Oro	58	170	13,71
Zamora	30	90	7,09
Total	138	423	32,62

FUENTE: Investigación Directa (2016), Recopilación de Información en los Centros Infantiles de Buen Vivir de la Zona 7.

ELABORACION: Md. Janina C. Medina

Análisis e interpretación:

En cuanto a la provincia de residencia, el porcentaje mayor del inicio de la alimentación complementaria es en la provincia del Oro con un 13, 71%, en relación a las provincias de Loja y Zamora Chinchipe.

Cuadro 3. Cuartiles del inicio de la alimentación complementaria cantón de residencia

Cantón	Frecuencia	Total Niños	Prevalencia	Tasa/1000	Cuartil De Riesgo
ARENILLAS	3	11	27,27	272,73	Q 2
CATAMAYO	7	22	31,82	318,18	Q 2
CELICA	4	11	36,36	363,64	Q 3
CENTINELA DEL CONDOR	3	8	37,50	375,00	Q 3
CHILLA	1	5	20,00	200,00	Q 1
GUABO	6	22	27,27	272,73	Q 2
HUAQUILLAS	3	22	13,64	136,36	Q 1
LOJA	33	97	34,02	340,21	Q 3
MACHALA	22	67	32,84	328,36	Q 3
NANGARITZA	2	7	28,57	285,71	Q 2
PALANDA	8	17	47,06	470,59	Q 4
PANGUI	5	17	29,41	294,12	Q 2
PAQUISHA	3	8	37,50	375,00	Q 3
PASAJE	3	11	27,27	272,73	Q 2
PORTOVELO	3	21	14,29	142,86	Q 1
SANTA ROSA	1	11	9,09	90,91	Q 1
SARAGURO	7	21	33,33	333,33	Q 3
YACUAMBI	5	11	45,45	454,55	Q 4
YANZATZA	3	6	50,00	500,00	Q 4
ZAMORA	7	16	43,75	437,50	Q 4
ZAPOTILLO	9	12	75,00	750,00	Q 4
Total	138,00	423,00	32,62	326,24	

FUENTE: Investigación Directa (2016), Recopilación de Información en los Centros Infantiles de Buen Vivir de la Zona 7.

ELABORACION: Md. Janina C. Medina

Análisis e interpretación:

En referencia a los cuartiles en el inicio de la Alimentación Complementaria por cantón en la zona 7, los cantones Yacuambi, Yanzatza, Zamora, Palanda y Zapotillo se encuentran en el cuartil Q4 de riesgo, correspondiente a la mayor tasa específica por cada mil niños; los cantones Loja, Célica, Saraguro, Machala, Paquisha, Centinela del Cóndor, se ubican en el cuartil Q3 de riesgo; los cantones El Guabo, Pasaje, Arenillas, Nangaritza, El Panguí, Catamayo se pertenecen al cuartil Q2 normal, mientras que los cantones Chilla, Huaquillas, Portovelo y Santa Rosa pertenecen al cuartil Q1 normal que corresponde al de menor tasa de prevalencia por mil niños. En el cuadro y mapa respectivo se puede identificar la ubicación de las zonas de acuerdo a la tasa específica y el cuartil de riesgo respectivo según los colores semáforo (ver cuadro 3).

Cuadro 4. Área de procedencia por parroquia

Área de procedencia	Frecuencia	Total	%
Urbana	96	308	22,70
Rural	42	115	9,93
Total	138	423	32,62

FUENTE: Investigación Directa (2016), Recopilación de Información en los Centros Infantiles de Buen Vivir de la Zona 7.

ELABORACION: Md. Janina C. Medina

Análisis e interpretación:

En cuanto al lugar de procedencia, urbano y rural, en el área urbana es mayor con un 22.7%, en relación al área rural un 9.93%, por lo tanto, existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a las parroquias urbanas y rurales (ver cuadro 4).

Cuadro 5. Familia según el número de integrantes

Tamaño de la familia	Frecuencia	Total	%
Pequeña	35	104	8,27
Mediana	74	253	17,49
Grande	29	66	6,86
Total	138	423	32,62

FUENTE: Investigación Directa (2016), Recopilación de Información en los Centros Infantiles de Buen Vivir de la Zona 7.

ELABORACION: Md. Janina C. Medina

Análisis e interpretación:

En cuanto a la familia según el número de integrantes, el mayor porcentaje se obtuvo en las familias medianas con un 17,49%, en las familias pequeñas de 8.27%; familias grandes 6,86% lo cual es mínima la diferencia.

Cuadro 6. Familia por la ontogénesis

ONTOGENESIS	Frecuencia	Total	%
Ampliada	4	18	0,95
Extensa	32	100	7,57
Nuclear	34	124	8,04
Monoparental	62	166	14,66
Reconstituida	6	15	1,42
Total	138	423	32,62

FUENTE: Investigación Directa (2016), Recopilación de Información en los Centros Infantiles de Buen Vivir de la Zona 7.

ELABORACION: Md. Janina C. Medina

Análisis e interpretación:

En referencia al porcentaje del inicio de la alimentación complementaria en la familia por su ontogénesis, en la familia monoparental es mayor con un 14,66%; mientras que el menor porcentaje corresponde a las familias ampliadas con un 0,95%; en las familias extensas 7,57%; las familiar nucleares 8,04; familia reconstituidas 1,42 (ver cuadro 6).

Cuadro 7. Condiciones de vida

Condición de vida	Frecuencia	Total	%
Condición de vida alta	10	26	2,36
Condición de vida baja	128	397	30,26
total	138	423	32,62

FUENTE: Investigación Directa (2016), Recopilación de Información en los Centros Infantiles de Buen Vivir de la Zona 7.

ELABORACION: Md. Janina C. Medina

Análisis e interpretación:

De acuerdo a lo detallado en el cuadro 7, los niños que viven en condiciones de vida baja presentaron un mayor porcentaje 30,26%, en relación con el inicio de la alimentación complementaria, mientras que los niños que viven en condiciones de vida alta presentan un 2,36%, determinando que el grupo de niños con condiciones de vida baja estuvieron más propensos a tener un inadecuado inicio de la alimentación complementaria.

6.2. Análisis inferencial del problema estudiado

Se han definido las variables dependientes e independientes de acuerdo a los objetivos planteados al inicio de la investigación, el análisis correspondiente considera el cruce de variables y la determinación de la asociación, dependencia y la razón de oportunidades y/o riesgo; los resultados se presentan a continuación:

Cuadro 8. Tabla de contingencia lactancia materna y ablactación

Lactancia Materna	Ablactación		Total
	Ablactación no adecuada	Ablactación Adecuada	
Lactancia materna no apropiada	100,00%	0,00%	100,00%
Lactancia materna	0,00%	100,00%	100,00%
Total	32,60%	67,40%	100,00%

Chi ²	Valor de P	V de Cramer	Odd Ratio	IC del OR al 95%	
				LC inferior	LC Superior
423,0	5,42 x 10 ⁻⁹⁴	1,0			

FUENTE: Investigación Directa (2016), Recopilación de Información en los Centros Infantiles de Buen Vivir de la Zona 7.

ELABORACION: Md. Janina C. Medina

Análisis e interpretación:

En cuanto a la relación entre la lactancia materna y la ablactación, los preescolares que tienen lactancia materna no apropiada se corresponde al total de los individuos del estudio, en comparación a los niños que tienen lactancia materna exclusiva. En lo que se refiere a la asociación de las variables se calculó el valor de Chi cuadrado de 423,00 a 1 grado de libertad y valor de $p < 0,05$ ($5,42 \times 10^{-94}$) superior al valor de Chi cuadrado tabulado de 3,841 ubicándolo dentro de la zona de rechazo de la H_0 . En lo que se refiere a la magnitud del efecto la dependencia es perfecta, las variables son dependientes una de otra.

Cuadro 9. Tabla de contingencia condición de vida y ablactación

Condición de vida	ABLACTACION		Total
	Ablactación no adecuada	Ablactación Adecuada	
Condición de vida malo	32,20%	67,80%	100,00%
Condición de vida bueno	38,50%	61,50%	100,00%
Total	32,60%	67,40%	100,00%

Chi ²	Valor de P	V de Cramer	Odd Ratio	IC del OR al 95%	
				LC inferior	LC Superior
0,42	0,51	0,03	0,76	0,33	1,72

FUENTE: Investigación Directa (2016), Recopilación de Información en los Centros Infantiles de Buen Vivir de la Zona 7.

ELABORACION: Md. Janina C. Medina

Análisis e interpretación:

El 32,2% de los niños que no tienen una adecuada ablactación corresponden a una mala condición de vida en relación con el 38,5% de los niños que no tienen una adecuada ablactación que corresponden a una condición de vida bueno, con Chi cuadrado de 0,42 el cual es menor al esperado de la tabla de 0,70 a un grado de libertad, valor dentro de la zona de aceptación de la Ho; así mismo se encontró un valor de $p > 0.05$ (0,51) lo cual no es estadísticamente significativo y por lo tanto no hay relación entre las variables en estudio.; en cuanto la fuerza de asociación entre las variables es baja (V de Cramer = 0,03). La condición de vida, desde la perspectiva de ventaja de oportunidades, no constituye un factor protector o de riesgo para presentar un adecuado o inadecuado inicio de la alimentación complementaria con un valor no significativo de OR de 0,76 con un índice de Confianza al 95%; (Límite inferior 0,33 – Límite superior 1,72), lo que significa, que la condición de vida no interfiere en el inicio de la alimentación complementaria.

Cuadro 10. Tabla de contingencia ontogénesis y ablactación

Ontogénesis	ABLACTACION		Total
	Ablactación no adecuada	Ablactación Adecuada	
Ampliada	22,20%	77,80%	100,00%
Extensa	32,00%	68,00%	100,00%
Monoparental	37,30%	62,70%	100,00%
Reconstituida	40,00%	60,00%	100,00%
Nuclear	27,40%	72,60%	100,00%
Total	32,60%	67,40%	100,00%

Chi ²	Valor de P	V de Cramer	Odd Ratio	IC del OR al 95%	
				LC inferior	LC Superior
4,4	0,3	0,10	-	-	-

FUENTE: Investigación Directa (2016), Recopilación de Información en los Centros Infantiles de Buen Vivir de la Zona 7.

ELABORACION: Md. Janina C. Medina

Análisis e interpretación:

El 40,0% de los niños que no tienen una adecuada ablactación pertenecen a una familia reconstituida en relación con el 60% que igualmente corresponden a una familia reconstituida pero presentan ablactación adecuada, seguida de las familias monoparentales con 37,3% con inadecuada ablactación y 62,7% con adecuada ablactación, y con un valor menor en las familias ampliadas con 22,2% de niños con inadecuada ablactación y 77,8%, con Chi cuadrado de 4,4 el cual es menor al esperado de la tabla de 4.87 a 4 grados de libertad, valor dentro de la zona de aceptación de la Ho; así mismo se encontró un valor de $p > 0.05$ (0,3) lo cual no es estadísticamente significativo y por lo tanto no hay relación entre las variables en estudio.; en cuanto la fuerza de asociación entre las variables es baja (V de Cramer = 0,10).

Cuadro 11. Tabla de contingencia estado nutricional y ablactación

Estado Nutricional	ABLACTACION		Total
	Ablactación no adecuada	Ablactación Adecuada	
Mal estado nutricional	38,90%	61,10%	100,00%
Buen estado nutricional	30,90%	69,10%	100,00%
Total	32,60%	67,40%	100,00%

Chi ²	Valor de P	V de Cramer	Odd Ratio	IC del OR al 95%	
				LC inferior	LC Superior
2,04	0,15	0,06	1,42	0,87	2,3

FUENTE: Investigación Directa (2016), Recopilación de Información en los Centros Infantiles de Buen Vivir de la Zona 7.

ELABORACION: Md. Janina C. Medina

Análisis e interpretación:

El 38,9% de niños que tienen un mal estado nutricional presentan un inicio inadecuado de la alimentación complementaria en relación con el 30,9% de niños que tienen un buen estado nutricional y que presentan un inicio de alimentación complementaria inadecuada, se puede observar que no existe asociación estadísticamente significativa (Chi cuadrado de 2,04 y un valor de $p > 0,05$ (0,15), encontrándose en el área de aceptación de la H_0 de 2,07; en cuanto a la fuerza de asociación entre las variables estado nutricional e inicio de alimentación complementaria, esta es baja (V de Cramer = 0,06). El estado nutricional, desde la perspectiva de ventaja de oportunidades, no constituye un factor protector o de riesgo para presentar un adecuado e inadecuado inicio de alimentación complementaria con un valor no significativo de OR de 1,42 con un índice de Confianza al 95%; (Límite inferior 0,87 – Límite superior 2,3), lo que significa, que el estado nutricional no interfiere ni se relaciona con el inicio de la alimentación complementaria.

Cuadro 12. Tabla de contingencia factores de riesgo y ablactación

Variable /Categorías	Intervalo de Confianza al 95%					
	Chi2	P	V de Cramer	Odds Ratio	Límite Inferior	Límite Superior
Sexo	0,03	0,84	0,00	1,04	0,69	1,56
Área de procedencia	1,09	0,29	0,05	0,78	0,50	1,23
Ocupación de la madre						
Ninguna						
Empleada domestica						
Empleada publica						
Por cuenta propia	0,57	0,45	0,03	0,81	0,47	1,39
Empleada privada						
Trabajadora no remunerada						
Instrucción de la madre						
Ninguno						
Primaria						
Secundaria	0,01	0,91	0,00	0,97	0,61	1,55
Superior						
Posgrado						
Tipo de parto	0,57	0,44	0,03	1,17	0,77	1,76
Suplementos(Vit A y multivitaminas, minerales, Zinc)	2,20	0,13	0,07	1,39	0,89	2,15

FUENTE: Investigación Directa (2016), Recopilación de Información en los Centros Infantiles de Buen Vivir de la Zona 7.

ELABORACION: Md. Janina C. Medina

Análisis e interpretación:

De igual forma, se ha hecho un análisis estadístico de todos los factores que pueden influir en el inicio de la alimentación complementaria como es el sexo en el cual, se puede observar que no existe asociación estadísticamente significativa con un Chi cuadrado de 0,03 y un valor de $p > 0,05$ (0,84), encontrándose en el área de aceptación de la H_0 ; en cuanto a la fuerza de asociación entre las variables sexo e inicio de alimentación complementaria, esta es baja (V de Cramer = 0,00); el sexo, desde la perspectiva de ventaja de oportunidades, no constituye un factor protector o de riesgo para presentar un adecuado e inadecuado inicio de alimentación complementaria con un valor no significativo de OR de 1,04 con un índice de Confianza al 95%; (Límite inferior 0,69 – Límite superior 1,56), lo que significa, que el sexo no interfiere ni se relaciona con el inicio de la alimentación complementaria.

En cuanto a el área de procedencia no existe una asociación estadísticamente significativa con un Chi cuadrado de 1,09 y un valor de $p > 0,05$ (0,29), encontrándose en el área de aceptación de la H_0 con un valor de 1,32; en cuanto a la fuerza de asociación entre las variables área de procedencia e inicio de alimentación complementaria, esta es baja (V de Cramer = 0,05); el área de procedencia, desde la perspectiva de ventaja de oportunidades, no constituye un factor protector o de riesgo para presentar un adecuado e inadecuado inicio de alimentación complementaria con un valor no significativo de OR de 0,78 con un índice de Confianza al 95%; (Límite inferior 0,50 – Límite superior 1,23), lo que significa, que el área de procedencia no interfiere ni se relaciona con el inicio de la alimentación complementaria.

En lo que se refiere a la ocupación de la madre no existe una asociación estadísticamente significativa con un Chi cuadrado de 0,57 y un valor de $p > 0.05$ (0,45), encontrándose en el área de aceptación de la H_0 con un valor de 0,57; en cuanto a la fuerza de asociación entre las variables ocupación de la madre e inicio de alimentación complementaria, esta es baja (V de Cramer = 0,03); la ocupación de la madre, desde la perspectiva de ventaja de oportunidades, no constituye un factor protector o de riesgo para presentar un adecuado e inadecuado inicio de alimentación complementaria con un valor no significativo de OR de 0,81 con un índice de Confianza al 95%; (Límite inferior 0,47 – Límite superior 1,39), lo que significa, que la ocupación de la madre no interfiere ni se relaciona con el inicio de la alimentación complementaria.

Se determinó que con la instrucción de la madre no existe una asociación estadísticamente significativa con un Chi cuadrado de 0,01 y un valor de $p > 0.05$ (0,91), encontrándose en el área de aceptación de la H_0 ; en cuanto a la fuerza de asociación entre las variables instrucción de la madre e inicio de alimentación complementaria, esta es baja (V de Cramer = 0,00); la instrucción de la madre, desde la perspectiva de ventaja de oportunidades, no constituye un factor protector o de riesgo para presentar un adecuado e inadecuado inicio de alimentación complementaria con un valor no significativo de OR de 0,97 con un índice de Confianza al 95%; (Límite inferior 0,61 – Límite superior 1,55), lo que significa, que la instrucción de la madre no interfiere ni se relaciona con el inicio de la alimentación complementaria.

Se analizó que en cuanto al tipo de parto no existe una asociación estadísticamente significativa con un Chi cuadrado de 0,57 y un valor de $p > 0.05$ (0,44), encontrándose en el área de aceptación de la H_0 con un valor de 0,70; en cuanto a la fuerza de asociación entre las variables tipo de parto e inicio de alimentación complementaria, esta es baja (V de Cramer = 0,03); el tipo de parto, desde la perspectiva de ventaja de oportunidades, no constituye un factor protector o de riesgo para presentar un adecuado e inadecuado inicio de alimentación complementaria con un valor no significativo de OR de 1,17 con un índice de Confianza al 95%; (Límite inferior 0,77 – Límite superior 1,76), lo que significa, que el tipo de parto no interfiere ni se relaciona con el inicio de la alimentación complementaria.

En cuanto a los suplementos (Vit A y Chispas) no existe una asociación estadísticamente significativa con un Chi cuadrado de 2,20 y un valor de $p > 0.05$ (0,13), encontrándose en el área de aceptación de la H_0 con un valor de 2,70; en cuanto a la fuerza de asociación entre las variables suplementos e inicio de alimentación complementaria, esta es baja (V de Cramer = 0,07); los suplementos, desde la perspectiva de ventaja de oportunidades, no constituye un factor protector o de riesgo para presentar un adecuado e inadecuado inicio de alimentación complementaria con un valor no significativo de OR de 1,39 con un índice de Confianza al 95%; (Límite inferior 0,89 – Límite superior 2,15), lo que significa, que los suplementos no interfiere ni se relaciona con el inicio de la alimentación complementaria.

7. Discusión

En la investigación realizada la población total estudiada fue de 423 niños preescolares, quienes cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, encontrándose 138 niños que presentaron un inicio inadecuado de la alimentación complementaria y por ende estos niños no tuvieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

Considerando que una adecuada alimentación complementaria disminuye las probabilidades de padecer alteraciones nutricionales, mejorar el desarrollo infantil y reducir los costos sanitarios, generando beneficios económicos para las familias y también para los países (OPS, 2016).

Un buen inicio de la alimentación complementaria nos asegura un buen estado nutricional del niño; sin embargo existen factores asociados que deben ir de la mano para un adecuado crecimiento y desarrollo de los niños: como las situaciones familiares, económicas y de enfermedad que el infante pueda atravesar durante su crecimiento.

Según la OMS un 45% de las defunciones de niños se asocia a alteraciones nutricionales principalmente desnutrición, debido a una inadecuada alimentación complementaria ya que no existe un aporte nutricional y calórico acorde a la edad y necesidades del niño, a nivel mundial, 161,5 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento y 50,8 millones presentaban un peso bajo para su talla; 41,7 millones tenían sobrepeso o eran obesos.

Los resultados obtenidos en el estudio realizado por Molina y Morales (2015), concuerdan en gran medida con este trabajo investigativo, puesto que se estudió en una población similar en la que el inicio de la alimentación complementaria no guardaba relación, con los factores nutricionales, económicos y familiares; se determinó que del 71,6% del total de la muestra del estudio, el 35,8% de niños que presentaron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y por ende un inicio de alimentación adecuada corresponden a familias con condiciones de vida alta y el 39,6% corresponden a niños que viven en familias de condiciones de vida baja, con un inadecuado inicio de la alimentación complementaria, lo cual no fue estadísticamente significativo (D, 2015). Existiendo una similitud con la actual investigación donde se observa niños que pertenecen a condiciones de vida bajo sin embargo no interfiere significativamente con el inicio de la alimentación complementaria, determinado 32,2% de niños con un inadecuado inicio de alimentación complementaria correspondientes a condiciones de vida bajo, y un 38,5% de niños con una adecuada alimentación complementaria que pertenecen a una buena condición de vida la cual no es estadísticamente significativo para una población de 138 niños en el estudio, debido a que fue realizado en los Centros infantiles del buen vivir, en los cuales independientemente de las condiciones de vida a los que pertenezcan el cuidado es el equitativo para todos.

En resultado obtenidos por Castro y Sulla (2016) en cual se estudió una población de 185 niños institucionalizados de 2 a 3 años de edad en los cuales,

se relacionó el estado nutricional actual y el inicio de la alimentación complementaria, en donde el 34% presentaron buen estado nutricional, 46% de los niños presentaron mal estado nutricional lo cual no se relacionó con el inicio de la alimentación complementaria, lo que es igual con nuestro estudio, considerando que en niños institucionalizados los cuidados son programados y establecidos semanalmente (Sullca, 2016).

De acuerdo a la Unicef (2011) la desnutrición infantil es el resultado del consumo insuficiente de alimentos. En el Ecuador entre los años 2000-2010, la desnutrición descendió del 30% al 23%. La población menor de 5 años de las regiones urbanas fue la que más disminuyó esta medición, cuya desnutrición se redujo al 16%. Los esfuerzos para combatir este problema desde las competencias del MIES se centran en el servicio de desarrollo infantil integral, especialmente dentro de los CIBV, que están destinados a la atención a niñas y niños de 12 a 36 meses de edad. En el cual se ha considerado los grupos vulnerables en condición de pobreza, desnutrición, o sujetos a múltiples vulnerabilidades, brindando asistencia alimentaria-nutricional a través de cuatro ingestas diarias, asegurando las necesidades nutricionales y energéticas de los niños (M, 2014)

8. Conclusiones

Como resultado de la implementación de diversas acciones en el proceso de recopilación, sistematización, tabulación, análisis e interpretación de datos, se puede concluir en lo siguiente:

- El mayor porcentaje en cuanto al sexo de los preescolares con un inadecuado inicio de la alimentación complementaria, se encuentra en los niños.
- De acuerdo a la provincia de residencia o procedencia, en la provincia del Oro se presentaron el mayor porcentaje de preescolares. Así mismo, el lugar de procedencia con mayor frecuencia se hallaron en las áreas urbanas.
- En referencia a los cuartiles de riesgo de inicio de alimentación complementaria por cantón en la zona 7, los cantones Yacuambi, Yanzatza, Zamora, Palanda y Zapotillo, se encuentran en el cuartil Q4 de riesgo.
- En el tipo de familia por ontogénesis, el mayor porcentaje se terminó en las familias monoparentales; en este contexto, los preescolares de condición socioeconómica baja son los que tienen mayor porcentaje en relación con las condiciones socioeconómicas altas.
- En lo referente al tipo de familia por tamaño, la mayor proporción está en las familias medianas.
- En lo concerniente a la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria, tiene una estrecha relación y son estadísticamente dependientes una de la otra.
- Existen muy pocos estudios que relacionan los factores sociodemográficos, culturales y nutricionales con el inicio de la alimentación complementaria en niños menores de 5 años de edad en la zona de influencia e intervención de la zona 7.

9. Recomendaciones

En base a las conclusiones se ha generado las siguientes recomendaciones:

- Es prioritario generar y proporcionar la información necesaria a las familias que tienen a preescolares en los CIBV, una estrategia viable es la planificación e implementación de charlas, acompañadas de visitas domiciliarias. Y de esta forma generar soluciones a los problemas que acechan a cada familia en determinado momento la misma que es fundamental para el cuidado de la salud.
- Establecer de manera coordinada y a nivel interinstitucional, la realización de jornadas de concientización de apoyo a la familia, donde el líder de estas reuniones sea el médico familiar y comunitario, identificando problemas y factores de riesgo de cada uno de los miembros de la familia, así como factores protectores, brindando apoyo con una atención integral, promoviendo un estado de nutrición equilibrado y saludable acorde a la edad del niño.
- Concienciar la necesidad de desarrollar estudios sobre esta problemática, para apoyar prácticas y políticas públicas en favor de los niños, para que sus derechos no se vulneren, como aporte al Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- Realizar consejería a la madre y el trabajador de salud acerca de acciones factibles a tomar para mejorar el estado nutricional del niño y establecer indicaciones importantes y factibles, motivar a la madre a mejorar hábitos de alimentación, preparación de alimentos que puedan asegurar un adecuado desarrollo del niño, en caso de las familias con bajo recursos se debe buscar redes de apoyo para mejorar dicho problema.
- Se recomienda al personal de atención primaria, y en caso de existir un médico familiar, establecer estrategias para incentivar y promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad e indicar las ventajas tanto para el lactante, como para la madre, e identificar los antecedentes familiares, personales, crisis familiares que puedan estar relacionadas con el adecuado desarrollo de los niños ya que no depende solo de la nutrición sino también del entorno familiar en el cual se desarrollan.

10. BIBLIOGRAFÍA

- C., Shellhorn; Valdés, V. (2012). La Leche Humana, Composición, Beneficios Y Comparación Con La Leche De Vaca. *Manual de Lactancia Para Profesionales de La Salud*.
- Comité de Lactancia Materna AEP. (2012). Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. [Internet]. [cited 2015 Dec 4]. Available from: http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_26-1-2012.pdf.
- Consejería De Salud Del Gobierno De La Rioja. (2010). Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. *Rioja Salu*
- Dalmau Serra, J., Martorell Aragonés, a., & Suárez Cortina, L. (2008). Alergia a proteínas de leche de vaca: prevención primaria. Aspectos nutricionales. *Anales de Pediatría*, 68(3), 295–300. <http://doi.org/10.1157/13116713>
- D, M. O. (2015). Estado nutricional y factores asociados. 41.
- Enrique, P., Sánchez, B., Damian, E., Moscoso, C., Rudicindo, B., Tigre, C., ... Sanchez, B. (2015). Universidad De Cuenca, 1–93.
- Hern, N., & Cerd, N. (2015). *Alimentación y cerebro*.
- Jobe, A. H. (2015). Age of weaning and infant growth. *The Journal of Pediatrics*, 167(2), 317. <http://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.06.021>
- Ministry of Public Health. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI), 64 – 72. Retrieved from http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
<http://www.cerebroperiferico.com/msp/normatizacion.html>
- Msp, N. (2011). Protocolo de Atención y Manual de Consejería para el crecimiento del niño y la niña, 104.
- M, C. F. (2014). *Desarrollo infantil integral*. Quito: Pedro Ponce Hernesto Mirt.

- MIES. (2016). *MIES*. Obtenido de MIES.
- Ministerio de Inclusion Economica y Social. (Abril de 2013). *MIES*.
- OMS. (2016). *OMS*. Organizaciob Mundial de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud 2016
- Perdomo Giraldi, M., & de Miguel Durán, F. (2011). Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatría Integral*, 15(5), 344–350.
- R.E., C. (2014). Valoración del Estado Nutricional. *Asociación Española de Pediatría*, 7-14.
- Tomas, J., & Bargada, M. (n.d.). Valoración de la familia en situación de crisis.
- Unicef. (2012). Lactancia Materna. *Unicef*, 1, 55.
- Zapata, M., Fortino, J., Palmucci, C., & Padros, S. (2015). Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria , según los indicadores básicos propuestos por la OMS , en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario , Argentina Differences in breastfeeding and complemen, 33(150), 12–20.

11. ANEXOS

ANEXO Nº 1

Encuesta:

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

DATOS GENERALES:

Nombre del encuestador: _____

Código de la encuesta: _____

Fecha de la encuesta: _____

Provincia de residencia: 1. Loja 2. El Oro 3. Zamora Chinchipe

Área de procedencia: 1. Urbano 2. Rural

INFORMACION DE LA FAMILIA:

1. Cuantas personas viven en la casa incluido el niño: _____

2. Con quienes convive el niño en su hogar:

1. Vive con padre y madre, con o sin hijos

2. Viven padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tiene hijos de su unión anterior

3. Viven el padre o la madre con hijos

4. Vive con padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco

5. Vive con padre y madre con hijos, más otras personas sin parentesco

3. Autoidentificación de la familia:

1. Indígena

2. Afroecuatoriano

3. Negro

4. Mulato

5. Montubio

6. Mestizo

7. Blanco

8. No sabe o no responde

DATOS DE LA MADRE

18. Fecha de nacimiento: _____

19. Edad gestacional al parto:
_____semanas

DATOS DEL CUIDADOR/RA:

23. Fecha de nacimiento:

24. Quien cuida al niño:

1. Madre
2. Padre
3. Abuelo/a
4. Tía/o
5. Prima/o
6. No parentesco

25.Cuál es el nivel de instrucción:

1. Sin estudios
2. Primaria Incompleta
3. Primaria Completa
4. Secundaria Incompleta
5. Secundaria Completa
6. Hasta 3 años de educación superior
7. Cuatro o más años de educación superior (sin postgrado)

20. Tipo de Parto: 1. VaginaL 2. Cesárea

21. Edad de la madre al momento del parto: _____años.

22. Tiene o ha tenido asma: 1. Si 2. No

8. Postgrado

26.Cuál es la ocupación:

1. Personal directivo de la administración pública y de empresas
2. Profesionales científicos o intelectuales
3. Técnicos y profesionales de nivel medio
4. Empleados de oficina
5. Trabajador de los servicios y comerciantes
6. Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros
7. Oficiales operarios y artesanos
8. Trabajadores no calificados
9. Fuerzas armadas Desocupados
10. Inactivos

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

FAMILIARES:

1. Si
2. No

27. Antecedente de alergia: :

1. Si
2. No

DATOS DEL NIÑO/A:

29. Fecha de nacimiento del niño:

30. Sexo del niño: 1. Hombre 2. Mujer

31. Peso al nacer: _____ gr

32. Talla al nacer: _____ cm

33. Peso del niño actual: _____ kg

34. Talla del niño actual: _____ cm

35. Índice de masa corporal para la edad:

1. Mayor a +3DE
2. Mayor a +2DE pero menor +3DE
3. Entre -2DE y +2DE

39. Su hijo recibió lactancia materna:

1. Si
2. No

40. Tipo de leche que recibió hasta los 6 meses de edad:

1. Materna exclusiva
2. Mixta

28. El padre tiene o ha tenido asma:

1. Si
2. No

4. Entre -2DE y +2DE

5. Menos a -2DE

36. Peso para la edad:

1. Mayor a +2DE
2. Entre -2DE y +2DE
3. Menos a -2DE
4. Menos a -3DE

37. Talla para la edad:

1. Menos a -2DE
2. Entre -2DE y +2DE

38. Estado nutricional del niño/a:

1. Obesidad
2. Sobrepeso
3. Normal
4. Bajo Peso

3. Formula

4. Leche de vaca

41. Durante cuánto tiempo recibió

solamente leche materna, sin ningún otro líquido o complemento alimenticio:

1. Nunca

2. Menos de los 5 meses
 3. De 6 meses y mas
42. A los cuantos meses inicio con otros alimentos diferentes a la leche:
1. Menor de 5 meses
 2. A los 6 meses
3. Al año de edad
 4. Más de 1 año
43. Edad de caída del cordón umbilical:
1. Hasta los 7 días
 2. Después de los 7 días
 - a. Recibió micronutrientes:
 1. Si
 2. No

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

PERSONALES:

94. Ha tenido infecciones respiratorias virales (rinorrea ,eyección conjuntival):

1. Si 2. No

95. Le ha pitado o silbado el pecho al niño por tres o más ocasiones, no relacionados con gripe:

1. Si 2. No

96. Ha tenido el niño diagnostico medico de dermatitis atópica o alergia alimentaria:

1. Si 2. No

97. A tenido el diagnostico de dos neumonías en el año:

1. Si 2. No

98. A tenido el diagnostico de ocho otitis en el año:

1. Si 2. No

99. A sido hospitalizado por algún tipo de infección:

1. Si 2. No

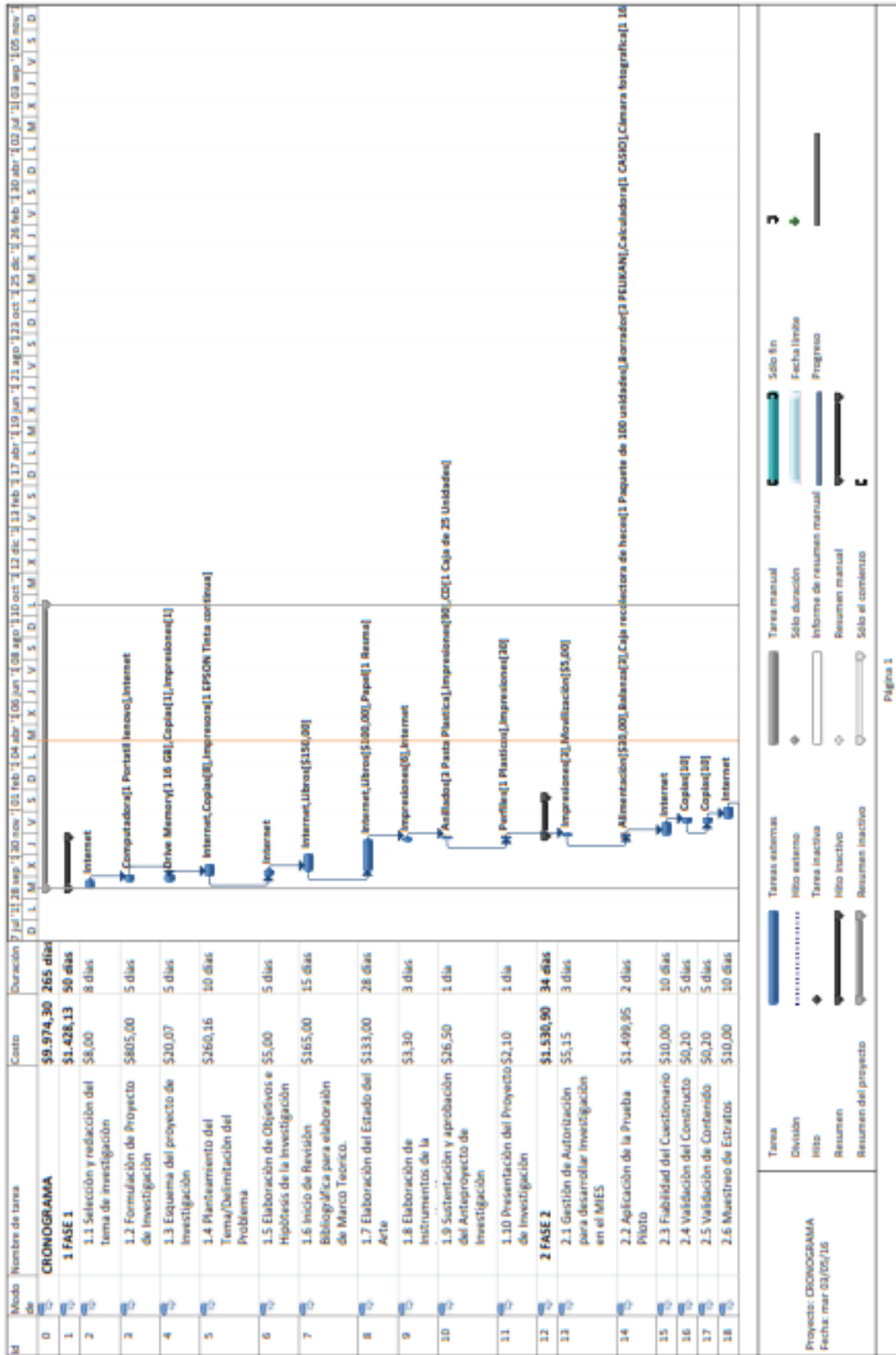
100. Cuando fue la última vez que su niño/a tuvo diarrea:

1. Menos de 1 semana
2. Una semana al mes
3. Más de un mes
4. No corresponde

101. Su niño ha presentado infecciones de la piel (granitos, granitos con pus, picazón del cuerpo):

1. Si 2. No

Cronograma



Id	Modo de	Nombre de tarea	Costo	Duración	Fecha
19		2.7 Elaboración de la Hoja de Ruta	\$0,35	5 días	19 feb - 24 feb
20		2.8 Notificación de CIBV Seleccionados al MIES	\$5,05	2 días	20 feb - 22 feb
21		3 FASE 3	\$6.825,20	113 días	
22		3.1 Finalización de Elaboración de Marco Teórico	\$165,00	15 días	22 feb - 07 mar
23		3.2 Recolección Información por Estratos	\$6.595,50	15 días	23 feb - 09 mar
24		3.3 Sistematización de Información	\$0,20	20 días	24 feb - 14 mar
25		3.4 Tabulación de Datos	\$29,00	30 días	25 feb - 15 mar
26		3.5 Ingreso de Datos a SPSS	\$10,30	10 días	26 feb - 06 mar
27		3.6 Análisis e Interpretación de Resultados	\$20,00	20 días	27 feb - 17 mar
28		3.7 Elaboración de Conclusiones y	\$0,50	10 días	28 feb - 09 mar
29		3.8 Revisión de Avances por Director de Tesis.	\$3,70	3 días	29 feb - 02 mar
30		4 FASE 4	\$190,07	70 días	
31		4.1 Elaboración del Informe Final	\$45,50	30 días	31 feb - 21 mar
32		4.2 Socialización del Informe Final	\$10,05	5 días	01 mar - 06 mar
33		4.3 Elaboración del Artículo Científico	\$29,50	20 días	02 mar - 21 mar
34		4.4 Revisión e implementación de correcciones	\$2,52	10 días	03 mar - 13 mar
35		4.5 Sustentación y defensa de Tesis	\$80,00	3 días	04 mar - 07 mar
36		4.6 Publicación de Tesis	\$5,50	1 día	05 mar - 05 mar
37		4.7 Entrega del Informe Final al MIES	\$7,00	1 día	06 mar - 06 mar

Proyecto: **ORNOGAMA**
 Fecha: mar 03/05/16

Tareas
 Tareas enserias: Tarea manual Solo fin
 Hitos enserias: Solo duracion Tarea libre
 Tareas inactivas: Informe de resumen manual Progreso
 Hitos inactivos: Resumen manual
 Resúmenes inactivos: Solo el contenido

ANEXO Nº 3

Presupuesto y Financiamiento

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO (USD)	COSTO TOTAL (USD)	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
COSTOS DIRECTOS					
ELABORACIÓN DE PROYECTO	1,00	GLOBAL	1101,53	1101,53	Recursos propios
PRESENTACIÓN Y APROBACION PROYECTO	1,00	USD	92,32	92,32	Recursos propios
RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN SECUNDARIA	1,00	GLOBAL	185,40	185,40	Recursos propios
RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN PRIMARIA	1,00	GLOBAL	3072,00	3072,00	Recursos propios
SISTEMATIZACIÓN, TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	1,00	GLOBAL	90,00	90,00	Recursos propios
ELABORACIÓN DE DOCUMENTO TESIS	1,00	GLOBAL	85,05	85,05	Recursos propios
PRESENTACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN DE TESIS	1,00	Documentos	50,00	50,00	Recursos propios
DEFENSA PRIVADA Y PUBLICA DE TESIS	1,00	GLOBAL	130,00	130,00	Recursos propios
ASESOR PRINCIPAL DE TESIS	1,00	USD	0,00	0,00	Disponible
ASESOR EXTERNO	1,00	USD	0,00	0,00	Disponible
TOTAL COSTOS DIRECTOS				4806,30	
COSTOS INDIRECTOS					
MOVILIZACIÓN	15,00	VIAJES Y TRASLADOS	1625,00	1625,00	Recursos propios
ALIMENTACION Y HOSPEDAJE	15,00	VIAJES	3430,00	3430,00	Recursos propios
INTERNET	12,00	MENSUAL	113,00	113,00	Recursos propios
TOTAL COSTOS DIRECTOS				5168,00	
TOTAL COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS				9974,30	
IMPREVISTOS (3%)				299,23	
TOTAL				10273,53	

Año	Trimestre	Semana	Costo	Costo acumulado
2015	4		2.935,23	2.935,23
Total 2015			2.935,23	2.935,23
2016	1	Semana 53	0,00	2.935,23
		Semana 1	5,00	2.940,23
		Semana 2	3,16	2.943,39
		Semana 3	2,24	2.945,63
		Semana 4	5,00	2.950,63
		Semana 5	3,14	2.953,77
		Semana 6	0,21	2.953,98
		Semana 7	60,05	3.014,03
		Semana 8	55,00	3.069,03
		Semana 9	55,00	3.124,03

		Semana 10	2.198,83	5.322,86
		Semana 11	2.198,83	7.521,70
		Semana 12	1.759,07	9.280,76
		Semana 13	439,81	9.720,57
		Total T1	6.785,34	9.720,57
2		Semana 14	0,05	9.720,62
		Semana 15	0,05	9.720,67
		Semana 16	0,05	9.720,72
		Semana 17	3,88	9.724,60
		Semana 18	4,83	9.729,43
		Semana 19	4,83	9.734,26
		Semana 20	4,83	9.739,10
		Semana 21	3,87	9.742,96
		Semana 22	4,83	9.747,80
		Semana 23	8,02	9.755,82
		Semana 24	10,15	9.765,97
		Semana 25	7,06	9.773,03
		Semana 26	5,00	9.778,03
		Total T2	57,46	9.778,03
3		Semana 27	2,15	9.780,18
		Semana 28	0,25	9.780,43
		Semana 29	3,80	9.784,23
		Semana 30	7,58	9.791,81
		Semana 31	7,58	9.799,40
		Semana 32	6,07	9.805,46
		Semana 33	7,58	9.813,05
		Semana 34	7,58	9.820,63
		Semana 35	7,58	9.828,21
		Semana 36	9,56	9.837,77
		Semana 37	7,91	9.845,68
		Semana 38	7,37	9.853,05
		Semana 39	7,37	9.860,43
		Total T3	82,40	9.860,43
4		Semana 40	7,37	9.867,80
		Semana 41	2,48	9.870,29
		Semana 42	1,26	9.871,55
		Semana 43	95,75	9.967,30
		Semana 44	7,00	9.974,30
		Total T4	113,87	9.974,30
Total 2016			7.039,07	9.974,30

Tareas	Todos
--------	-------

Año	Trimestre	Semana	Costo acumulado	Costo	
2015	4	Semana 43	5,00	5,00	
		Semana 44	338,03	333,03	
		Semana 45	887,10	549,07	
		Semana 46	1.051,68	164,58	
		Semana 47	1.208,48	156,80	
		Semana 48	1.287,23	78,75	
		Semana 49	1.343,98	56,75	
		Semana 50	1.367,73	23,75	
		Semana 51	1.391,48	23,75	
		Semana 52	1.428,13	36,65	
		Semana 53	2.935,23	1.507,10	
Total T4			2.935,23	2.935,23	
Total 2015			2.935,23	2.935,23	
2016	1	Semana 53	2.935,23	0,00	
		Semana 1	2.940,23	5,00	
		Semana 2	2.943,39	3,16	
		Semana 3	2.945,63	2,24	
		Semana 4	2.950,63	5,00	
		Semana 5	2.953,77	3,14	
		Semana 6	2.953,98	0,21	
		Semana 7	3.014,03	60,05	
		Semana 8	3.069,03	55,00	
		Semana 9	3.124,03	55,00	
		Semana 10	5.322,86	2.198,83	
		Semana 11	7.521,70	2.198,83	
		Semana 12	9.280,76	1.759,07	
	Semana 13	9.720,57	439,81		
	Total T1			9.720,57	6.785,34
	2	Semana 14	9.720,62	0,05	
		Semana 15	9.720,67	0,05	
		Semana 16	9.720,72	0,05	
		Semana 17	9.724,60	3,88	
		Semana 18	9.729,43	4,83	
		Semana 19	9.734,26	4,83	
		Semana 20	9.739,10	4,83	
		Semana 21	9.742,96	3,87	
		Semana 22	9.747,80	4,83	
		Semana 23	9.755,82	8,02	
		Semana 24	9.765,97	10,15	
Semana 25		9.773,03	7,06		
Semana 26		9.778,03	5,00		
Total T2			9.778,03	57,46	
3	Semana 27	9.780,18	2,15		
	Semana 28	9.780,43	0,25		
	Semana 29	9.784,23	3,80		
	Semana 30	9.791,81	7,58		
	Semana 31	9.799,40	7,58		
	Semana 32	9.805,46	6,07		
	Semana 33	9.813,05	7,58		
	Semana 34	9.820,63	7,58		

		Semana 35	9.828,21	7,58
		Semana 36	9.837,77	9,56
		Semana 37	9.845,68	7,91
		Semana 38	9.853,05	7,37
		Semana 39	9.860,43	7,37
	Total T3		9.860,43	82,40
	4	Semana 40	9.867,80	7,37
		Semana 41	9.870,29	2,48
		Semana 42	9.871,55	1,26
		Semana 43	9.967,30	95,75
		Semana 44	9.974,30	7,00
	Total T4		9.974,30	113,87
Total 2016			9.974,30	7.039,07
Total general			9.974,30	9.974,30

ANEXO Nº 4

PROYECTO DE TESIS

TEMA: FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, EN LOS NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS DE EDAD.

PREGUNTA INVESTIGATIVA

Determinar los factores protectores y de riesgo en el inicio de la alimentación complementaria, en los niños de 1 a 3 años de edad.

1. OBEJTIVO GENERAL:

Identificar los factores protectores y de riesgo y su relación en el inicio de la Alimentación Complementaria en los niños de 1 a 3 años de edad de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la Región Sur del Ecuador

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir las características sociodemográficas, económicas, clínicas, individuales y familiares que se asocian con el inicio de la alimentación complementaria.
2. Identificar los factores protectores que influyen en el inicio de la alimentación complementaria de los y las niñas de 1 a 3 años de edad..
3. Identificar los factores de riesgo que influyen en el inicio de la alimentación complementaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La nutrición en los niños es de fundamental importancia ya que de ello depende su desarrollo físico, mental y psico-social, de allí la importancia de abordar este tema, de acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, todos los lactantes y niños tienen derecho a una buena nutrición. Un 45% de las defunciones de niños se asocia a la desnutrición.

Se calcula que en 2013, a nivel mundial, 161,5 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento y 50,8 millones presentaban un peso bajo para su talla; 41,7 millones tenían sobrepeso o eran obesos. (OMS 2013).

Es así que todas estas alteraciones nutricionales se deben a que son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional ya que influyen múltiples factores, como económicos, culturales, y familiares ya que se la persona que se encuentra encargada de los niños y sobre todo de su alimentación son generalmente sus madres, y el conocimiento de una adecuada alimentación acorde a su edad en algunos casos se la desconoce, es por esta razón que las personas más involucradas en la alimentación infantil es la

familia y con ello garantizar un buen desarrollo y prevención de enfermedades inmunitarias, patologías agudas, desnutrición y obesidad, propias de las edades preescolares.

Actualmente debido a la situación económica de nuestro país y del mundo, en nuestra sociedad la búsqueda de fuentes de trabajo de hombres y mujeres, a causado un gran impacto en la familia, cambiando los roles dentro de esta, siendo los encargados de los niños, un hermano mayor o en muchos de los casos los niños acuden a centros de cuidados infantiles, tales situaciones no garantizan un cuidado y alimentación adecuado a los niños. La cifra estimada de muertes de niños debidas a la desnutrición es de 3,1 millones, lo cual representa el 45% de todas las muertes de niños. Considerando que la alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables.(OMS 2013)

JUSTIFICACION

La nutrición de los niños es un parámetro de gran importancia ya que de ello depende su desarrollo biopsicosocial, Según la OMS la Alimentación Complementaria se define como el proceso que inicia cuando la leche materna ya no es suficiente para cubrir todas las necesidades nutrimentales del niño y por lo tanto otros alimentos son necesarios para complementarla.

En la familia es muy importante capacitar a la madre o persona que se encuentra al cuidado de los niños, los riesgos que implica la práctica de introducir, de manera prematura alimentos sólidos a la dieta de niño, entre estos riesgos destacan: Que interfiere con la alimentación con leche materna, la disminución de la producción de leche materna y del tiempo de lactancia. Además de las cantidades inadecuadas de nutrientes o excesivos como la sal, que en los niños pequeños es incapaz de expulsar a través de la orina la ingesta excesiva de determinados nutrientes, especialmente proteínas y sodio, trastornos de la regulación del apetito, posibilidad de contener en los alimentos ciertos constituyentes perjudiciales, aditivos y contaminantes para los niños, incremento en el riesgo de infecciones, de alergias, desnutrición o malnutrición, y el impacto que esto representa en la economía familiar, conllevando a crisis familiares.

Los objetivos que persigue la alimentación complementaria, son prevenir las deficiencias debidas a la disociación entre la disponibilidad de nutrimentos y los requerimientos del niño en función de su crecimiento, principalmente en lo que se refiere al hierro y al zinc, procurando desarrollar su gusto por las diferentes texturas, olores y sabores de los alimentos, al mismo tiempo que desarrollamos en él, buenos hábitos de alimentación y habilidades que le permitan tanto la autonomía de su alimentación, como la autorregulación de los alimentos que consume. Y con ello fortalecer su sistema inmunitario para prevenir la incidencia de enfermedades alérgicas, desnutrición y obesidad.

En el Ministerio de salud pública, se ha identificado, las enfermedades alérgicas en los niños/as de 1 – 4 años, como la séptima causa de morbilidad en este grupo etario en la zona 7. Por esta razón se realiza este estudio que pretende investigar la

relación de la alimentación complementaria y el estado inmunológico en los niños/as de 1 – 4 años de los centros infantiles del buen vivir de la región sur del Ecuador.

Como médico de familia mi labor está orientada a determinar los factores protectores y de riesgo de la alimentación complementaria y de esta forma mejorar el estado nutricional de los niños y con ello mejorar su estado inmunitario evitando patologías alérgicas y mejorar la calidad de vida de los niños/as y sus familias.

FUNDAMENTO TEÓRICO (argumentación, respuestas posibles, hipótesis)

La Alimentación Complementaria

La alimentación en los primeros años de vida, es fundamental, es por ello que el inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida; lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida; introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos años o más.

Sin embargo, muchos lactantes y niños no reciben una alimentación óptima. Por ejemplo, por término medio solo aproximadamente un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses recibieron lactancia exclusivamente materna durante el periodo de 2007-2014. (OMS –UNICEF 2014)

El estado nutricional de un niño menor de dos años y su sobrevivencia hasta los 5 años, depende directamente de su alimentación. Ya que una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para garantizar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. Y con ello asegurar un buen desenvolvimiento en la familia y la sociedad. La evidencia demuestra que las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, es una de las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez. (Zapata, Fortino, Palmucci, & Padros, 2015).

Uno de los puntos importantes para garantizar el inicio de la alimentación complementaria es el destete que debe realizarse lentamente y de forma progresiva para aprovechar los factores protectores presentes en la lactancia materna que son;

- Los anticuerpos
- Lactoferrina
- Diversas hormonas (leptina y ghrelina), etc.

Y en el caso de los niños alimentados con fórmula adaptada, se debería adelantar la Alimentación Complementaria con el objetivo de aumentar los aportes de nutrientes. De la misma forma, un destete súbito puede molestar al niño, que se ve forzado a un cambio sin período de adaptación y puede ser incómodo para la madre, debido a la acumulación de leche en los senos sin vaciar. (Perdomo Giraldi & de Miguel Durán, 2011)

Es por ello que la introducción de la Alimentación Complementaria puede aumentar el valor energético en una menor unidad de volumen de alimento proporcionado y aporta otros nutrientes, como: hierro, cinc, calcio, fósforo, ácido linoleico y vitaminas;

aun así, la ingesta mínima diaria de leche no debe ser inferior a 500 mL que sería un 50% la ingesta energética, aproximadamente y de esta forma suministrar el calcio suficiente para una eficaz osteogénesis, siendo los requerimientos de calcio en el segundo semestre de 500 a 600 mg/día, además de proporcionar los requerimientos proteicos mínimos, como de vitamina A. El inicio de la Alimentación Complementaria es hoy en día muy controversial ya que existen factores geográficos, económicos, sociales y culturales, y una gran variabilidad individual en los requerimientos relacionados con la edad y sexo; ya que, éstos son por unidad de peso corporal, muy superiores durante los primeros meses de vida, es así que en el año de 1981 el ESPGAN (Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica) recomendaron que el inicio de la AC debería ser de 4-6 meses de edad, siendo aconsejable a los 6 meses, sin embargo basado en varios estudios, no se encontró ninguna ventaja, por lo que se decidió, respetar la particularidad de cada niño, y las costumbres familiares. Sin embargo es importante destacar que la introducción temprana de los alimentos puede causar ciertas desventajas como las siguientes.

- Actividad competitiva con la lactancia materna
- Riesgo de hipersensibilidad y alergia alimentaria
- Introducción precoz del gluten enmascarado
- Efectos adversos de aditivos
- Falta de control de la ingesta
- Riesgo de trastornos de la regulación del apetito
- Riesgo de sobrealimentación
- Tendencia a vómitos y/o diarreas
- Accidentes por deficiente coordinación oral motora
- Situaciones carenciales por déficit de absorción (Fe, Zn,...)
- Sobrecarga renal de solutos
- Aumento del riesgo de infecciones
- Síndrome del biberón
- Desarrollo del hábito por el azúcar y sal en un futuro
- Diarrea por mala calidad del agua o alimentos contaminados
- Aporte energético insuficiente (malnutrición)
- Aumento de aporte de fibra dietética

- Aporte de compuestos potencialmente perjudiciales: sacarosa, gluten, contaminantes, nitratos. (Perdomo Giraldi & de Miguel Durán, 2011)

Es importante recalcar que en algunos estudios se recomienda no empezar antes de los 6 meses de edad la alimentación complementaria y no exponer al niño a un destete precoz ya que esto predispone al sobrepeso y en algunos casos desnutrición. (Jobe, 2015)

Además es de fundamental importancia saber cuándo, cómo y a qué edad debemos introducir los alimentos al niño.

- La lactancia materna se ha de mantener el máximo tiempo posible
- La lactancia materna o las fórmulas de inicio cubren todas las necesidades del lactante sano, como alimento exclusivo, hasta los 4-6 meses de vida
- El cambio de la leche de inicio a la de continuación se realiza a los 4-6 meses poco a poco, sustituyendo cada día un cacito de la fórmula de inicio por la de continuación.
- La administración de alimentos distintos a la leche será de forma gradual, firme y sin forzar al niño.
- Todos los cambios dietéticos serán bien admitidos si los realiza lentamente y con intervalos para cada nuevo alimento entre 7 y 15 días
- Cereales sin gluten: sobre los 4-5 meses se añaden 2 a 4 cacitos en el último biberón del día preparado como habitualmente.
- Poco a poco puede llegar a darse una papilla con cuchara cuando el niño tenga 5-6 meses.
- PC con gluten: deben introducirse a partir de los 7 meses. Otros alimentos con gluten son las galletas, pan.
- Papilla de frutas: sobre el 5º mes empezar con zumo de naranja, luego añadir una nueva cada día, manzana, pera, plátano o frutas maduras. El primer año no dar fresas, kiwi y otras, pues producen más alergia. La fruta puede ser natural o en compota (cocida).
- No añadir azúcar ni miel. Es recomendable en la toma de la tarde. Se puede preparar también con la fórmula láctea habitual del niño o suplementarla después con ésta hasta alcanzar la cantidad de una toma habitual. Debe darse recién preparada.
- Puré de verduras: sobre el 5º-6º mes comenzar con caldo de verduras y seguir con la patata, zanahoria, calabacín, calabaza, apio, puerro, judías verdes, etc., evitando verduras de hoja larga (espinacas, acelgas, col, remolacha, espárragos, nabos).
- Es mejor darlas al mediodía y añadirles un chorrito de aceite de oliva crudo antes de comer. No deben llevar sal ni azúcar ni colorantes. Pueden congelarse en tarros bien cerrados.
- Carne: comenzar a partir de los 6 meses añadiendo unos 25-50 g/día de pollo, posteriormente ternera, pavo o cordero. Se le darán junto con la verdura. Al igual que el jamón de York.
- Los higaditos se pueden dar a partir del año, en sustitución de la carne.

- Pescado: introducir a partir del 10^o mes, comenzando con pescados blancos que son menos grasos (merluza, lenguado, pescada, dorada...). Los azules dejarlos para cuando tenga 15 meses. Se adicionará al puré de verduras en lugar de la carne (unas 2 veces por semana).
- Huevo: yema: comenzar a los 10 meses añadiendo a la verdura 1/4 parte de yema cocida 2 veces por semana. La segunda semana será 1/2 yema y la tercera ya se le dará 1 yema dos veces por semana. La clara: comenzar a partir de los 12 meses.
- Al año tomará: carne (3-4 veces/semana), pescado (2), hígado (1), huevo (1-2)
- Legumbres: a partir de los 12 meses añadir en sustitución o con las verduras, dos raciones por semana (lentejas, garbanzos, alubias,...). Pasadas por pasapurés al principio y condimentadas de la forma habitual.
- Yogurt (de postre) con fórmula de continuación a partir de los 6 meses y de forma habitual a partir del año de edad, al igual que el queso blando
- Desde los 15 meses podrá tomar comidas preparadas para el resto de la familia, siempre que no sean saladas, picantes o grasas.
- Evitar los fritos y comidas muy dulces. Tener cuidado con espinas, huesos y frutos secos. Se deberá ir aumentando su textura progresivamente. Evitará ciertos derivados del cerdo (chorizo, hamburguesas, salchichón, menudos,...) hasta los 2 años.
- Progresivamente, dejaremos al niño comer con utensilios adecuados a su edad. Se respetarán los gustos del niño, procurando la mayor variedad posible de la dieta para que ésta sea equilibrada y evitar la rutina y monotonía. No forzar a comer ni sustituir comidas por lácteos o derivados ni zumos,
- Dar aproximadamente unos 500 cc de leche y derivados al día. No introducir leche de vaca antes del año y sería recomendable prolongar la fórmula de continuación hasta los 2-3 años.
- Procurar no darle comidas, tentempiés ni chucherías entre comidas. (Perdomo Giraldi & de Miguel Durán, 2011)

RELACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y EL ESTADO INMUNITARIO EN LOS NIÑOS COMO GRUPO VULNERABLE DENTRO DE LA FAMILIA

La familia es el medio esencial en cuyo seno se organiza toda la vida del individuo y a lo largo del tiempo esta estructura básica experimenta diversos momentos evolutivos que influirán en los procesos de maduración individual. (Tomas & Bargada, n.d.)

Los seres humanos no solo necesitamos de una alimentación adecuada y oportuna, es importante tener un bienestar integral con la familia, es así que la afectividad de los padres también estará íntimamente ligada al equilibrio emocional de los hijos y al desarrollo de su maduración. La evaluación y comprensión adecuada del funcionamiento y dinámica interrelacional de una familia es totalmente necesaria para conseguir tratar con éxito a un niño que aqueja cualquier clase de alteración sea esta patológica o psicológica. (Tomas & Bargada, n.d.)

Es por ello que se debe evaluar a la familia, para entender los factores de riesgo a la que se expone el niño preescolar y con ello su alimentación. Entre ellas tenemos las siguientes:

- Niños de una familia monoparental
- Abandono
- Bajos recursos económicos
- Desempleo
- Bajo nivel de estudio (desconocimiento de una alimentación sana para los niños)
- Hábitos y cultura de la familia

Por lo que el MSP ha implementado la atención de acorde a la familia y por ciclos de vida en la cual se encuentran los niños 1 a 4 años de edad, donde la atención es multidisciplinaria.

Atención Individual.- Considerando un carácter multidimensional de la persona, cuyo desarrollo y necesidades de salud no se relacionan solamente con las condiciones biológicas sino que se enmarcan en un complejo sistema de relaciones biológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, ambientales que son procesadas a nivel individual generando elementos protectores o de riesgo para su salud y su vida, la atención integral individual se orienta a promover una cultura y una práctica de cuidado y autocuidado de la salud, de atención a las necesidades específicas en cada ciclo vital, su estilo de vida, garantizando continuidad para la recuperación de la salud en caso de enfermedad, rehabilitación de la funcionalidad y cuidados paliativos cuando ya la condición sea terminal. (Ministry of Public Health, 2012)

Atención Familiar.- La familia es fundamental para el cuidado de la salud o puede constituirse por cualquier tipo de disfuncionalidad en un factor de riesgos y enfermedad para sus miembros. Es por ello que se debe identificar problemas y factores de riesgo de cada uno de sus miembros y de la familia en su conjunto, así como factores protectores y brindar una atención integral, promoviendo el autocuidado, brindando apoyo y seguimiento, educando y potenciando prácticas y relaciones saludables.

Atención a la Comunidad.- La comunidad es donde se desarrolla la vida de las personas y las familias, donde interactúan y se procesan las condiciones sociales, económicas, ambientales generando potencialidades o riesgos para la salud. (Ministry of Public Health, 2012)

Atención al ambiente o entorno natural,- la provisión de servicios debe incorporar también estrategias y acciones orientadas al cuidado ambiental como uno de los determinantes más importantes de la salud. El deterioro ambiental, la contaminación, el impacto del cambio climático están ocasionando graves riesgos y

problemas de salud en la población que deben ser enfrenados con acciones de prevención, promoción de estilos de vida saludables, educación e información sobre los riesgos ambientales. El cuidado de la salud y el entorno implica intervenciones intersectoriales y con la activa participación de la comunidad. (Ministry of Public Health, 2012)

Así también el MSP ha creado protocolos de seguimiento para los niños preescolares (menores de 5 años) en la cual se identifican todos sus antecedentes, prenatales, natales y post-natales, para el control de talla, peso e índice de masa corporal y de esta forma realizar, identificar y realizar prevención contra la desnutrición y sobrepeso, así también como enfermedades que no permitan al crecimiento normal del niño. (Msp, 2011)

En nuestro país, y en lo que nos corresponde la zona siete, el MSP y el MIES también se encuentra trabajando con los grupos de ciclo de vida y personas más vulnerables, es así que el MIES trabaja para precautelar el desarrollo de los ciudadanos desde su nacimiento y durante el ciclo de vida, en especial con la población de atención prioritaria. Entre las acciones más destacadas están: Servicios de Desarrollo infantil en sus dos modalidades, una corresponde a los Centros Infantiles de Buen Vivir (CIBV) y la otra modalidad corresponde a la Atención Domiciliaria No Institucionalizada denominada Creciendo con Nuestros Hijos (CNH); estos servicios atienden a niños y niñas de 0 a 36 meses de edad, priorizando a la población infantil en condiciones de pobreza y/o vulnerabilidad y beneficiarios del bono de desarrollo humano. El MIES es la entidad rectora de la Política Pública de Desarrollo Infantil y le compete otorgar la Autorización de los Permisos de Funcionamiento a los Centros Infantiles públicos y privados que atienden a niñas y niños desde los 45 días a 36 meses de edad. (MIES 2015)

DESCRIPCION GENERAL DE LA METODOLOGIA

Se realizará un estudio de Investigación correlación, de corte transversal de Enero a Junio del 2016 en los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) de la Región Sur del Ecuador. Para el estudio se tomará la población de preescolares, con una muestra de 1 a 4 años, la cual será por conglomerados que se determinará por el paquete estadístico EPI-INFO, con un significancia del 95% de probabilidad y un 85% de especificidad.

Se procederá a la solicitud del permiso en el Ministerio de Inclusión Económica y Social de la Región Sur del Ecuador, para él estudio se tomaran criterios de inclusión y de exclusión, con el objetivo de reducir al mínimo los sesgos que afecten el resultado investigativo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Niños/as de 1-4 años que se encuentren en el CIBV.
- Niños/as de 1- 4 años que se encuentren en los CIBV cuya permanencia sea superior a los 6 meses.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Niños/as de las edades de 1- 4 años que se encuentren en los CIBV cuya permanencia sea menor a los 6 meses.

- Padres o tutelados negados.
- Niños cuyos datos se encuentre incompleto o no aporten la información requerida.
- Niños que abandonen los CIBV durante el estudio.
- Padres que no cooperen con el proceso de investigación.

PROCEDIMIENTO GENERAL:

Para llevar a cabo el estudio se brindará atención médica en los diferentes Centros infantiles del Buen Vivir en el horario pertinente en que se encuentren los niños/as en estudio, los que cumplen con criterios de inclusión, considerando un ambiente adecuado para evitar la distracción, exaltación, pánico o miedo de los niños.

La atención médica será efectuada por el equipo de posgradistas que realizan la investigación, no se usaran distintivos identificativos que contribuyan el rechazo del niño.

Para la evaluación de las variables se elaboraran dos directrices de trabajo:

1.- Directriz de la Evaluación Nutricional:

La cual contempla: El peso del niño en kilogramos, la talla en centímetros y la circunferencia cefálica en centímetros según establece la OMS. Para el desarrollo de esta actividad se utilizará una balanza y un tallímetro estandarizado por el INEN, clasificando a los niños en cinco subgrupos de estudio: niños bajo peso, bajo peso severo, normal, sobrepeso y obesidad.

2.- Directriz de compilación informativa:

En ésta, a través de la revisión documental establecido para cada niño en el CIBV y en el Centro de Salud se recopilaran todas las variable necesarias para el desarrollo del estudio, de ser necesario se procederá a la obtención de las mismas a través de preguntas directas al familiar, padre ò tutelar.

Procesamiento Estadístico de los Datos:

La información compilada será depositada en procesadores estadísticos como el SPSS (Statistical Package for Social Sciences), para la identificación del factor riesgo o de protección se establecerá a través del Odd Ratios, se les aplicará el método porcentual y la prueba no paramétrica del chi-cuadrado para determinar asociación y dependencia entre las variables, para la interpretación de los resultados de p se tomaron los siguientes criterios de rango:

* Si $p < 0,05$ la relación es significativa.

* Si $p > 0,05$ no existe relación significativa.

Se determinará la V de Cramer para determinar el grado de asociación de las variables cuando estas demuestran asociación por el chi-cuadrado.

ANEXO Nº 5

Fotos de la realización del trabajo de campo





CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN

CERTIFICACION

ARQUITECTA,
ANA BELÉN GONZÁLEZ COSTA
ENGLISH PROFICIENT (FINED TUNED ENGLISH INSTITUTE)

CERTIFICA:

HABER ASESORADO Y REALIZADO LA TRADUCCIÓN DEL RESUMEN DE LA TESIS INTITULADA: **“FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS DE EDAD”**, DE LA AUTORÍA DE LA MD. JANINA CECIBEL MEDINA ESPINOSA.

ES TODO CUANTO PUEDO CERTIFICAR EN HONOR A LA VERDAD, FACULTANDO AL INTERESADO HACER USO DE LA PRESENTE EN LO QUE CREYERE CONVENIENTE.

LOJA, 2 DE FEBRERO DEL 2017



ARQ. ANA BELÉN GONZÁLEZ COSTA
ENGLISH PROFICIENT (FINED TUNED ENGLISH INSTITUTE)
C.I. 1105227498
E.MAIL: gonzalezcostaanabe@gmail.com - 0980702668