

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO:

**CONOCIMIENTOS EN EL CUIDADOR SOBRE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU
INFLUENCIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS
NIÑOS DEL “CENTRO INFANTIL MUNICIPAL
MERCADO MAYORISTA”**

AUTORA:

Mayra Alejandra Mendoza Morocho

DIRECTORA:

Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz, Mg.Sc.

Tesis previa a la obtención del
título de Licenciada en Enfermería

Loja – Ecuador

2019

CERTIFICACIÓN

Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz, Mg.Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber asesorado, revisado y orientado en todas sus partes, el desarrollo de la tesis de investigación titulada: **CONOCIMIENTOS EN EL CUIDADOR SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DEL “CENTRO INFANTIL MUNICIPAL MERCADO MAYORISTA”**, de autoría de la Srta. Mayra Alejandra Mendoza Morocho, previa a la obtención de título de Licenciada en Enfermería misma que ha cumplido con los requisitos y la normativa vigente en la Universidad Nacional de Loja, razón por la cual autorizo su presentación, sustentación y defensa correspondiente.

Loja, 04 Julio del 2019

.....

Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz, Mg.Sc.

DIRECTORA

AUTORÍA

Yo, Mayra Alejandra Mendoza Morocho, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Mayra Alejandra Mendoza Morocho

Firma:

Cedula: 1150061115

Fecha: Loja, 04 Julio del 2019

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Mayra Alejandra Mendoza Morocho, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis titulada “**CONOCIMIENTOS EN EL CUIDADOR SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DEL “CENTRO INFANTIL MUNICIPAL MERCADO MAYORISTA”**”, como requisito para optar el grado de Licenciada en Enfermería; 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 sus contenidos de este trabajo en el RDI. En las redes de información del país y del exterior, con los cuales tengan 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 esta autorización, en la ciudad de Loja a los 4 días del mes de Julio de dos mil diecinueve, firma la autora.

Firma:

Autora: Mayra Alejandra Mendoza Morocho

Cedula: 1150061115

Dirección: Alfredo Mora y Benjamín Pereira

Correo electrónico: mayale_14_1995@hotmail.com

Teléfono: 2586567

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz, Mg.Sc.

TRIBUNAL DE GRADO

Presidente del tribunal: Lic. Denny Caridad Ayora Apolo, Mg. Sc.

Vocal: Lic. Balbina Enith Contento Fierro, Mg. Sc.

Vocal: Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg Sc.

DEDICATORIA

El presente trabajo en primer lugar se lo dedico a Dios, por darme la fuerza para culminar con mis estudios, a mi familia, principalmente a mis padres Byron y María, quienes han sido mi mayor motivo y pilar fundamental a lo largo de mi vida, por haberme formado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se los debo a ellos, por siempre estar pendiente de mí, por su cuidado, y apoyo en cada decisión que tomo. A mi hermana mayor por siempre darme ánimos de seguir adelante, de motivarme constantemente para alcanzar mis anhelos, a mis hermanos menores por cada palabra de aliento para no decaer y seguir adelante, y a mi pequeño sobrino que llevo a alegrarme los días y la vida. Todo esto se los dedico a ustedes por ser mi apoyo fundamental en todo este tiempo.

Mayra Alejandra Mendoza Morocho.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios, por darme salud por bendecirme en todo momento, a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños gracias a ellos por creer en mí, por su apoyo incondicional en el transcurso de mi carrera, a mis hermanos por siempre estar presentes en cada uno de mis pasos, a mis maestros porque día a día impartieron sus conocimientos. A mi directora de tesis por guiarme y supervisar mi trabajo, por su paciencia y motivación. Y para finalizar, también agradezco a mis amigos que a pesar de todas las adversidades que se presentaron durante la carrera, siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo. Gracias a ustedes eh logrado culminar con este estudio.

Mayra Alejandra Mendoza Morocho.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| CARÁTULA..... | i |
| CERTIFICACIÓN | ii |
| AUTORÍA..... | iii |
| CARTA DE AUTORIZACIÓN | iv |
| DEDICATORIA | v |
| AGRADECIMIENTO..... | vi |
| ÍNDICE..... | vii |
| 1. TITULO: | 1 |
| 2. RESUMEN..... | 2 |
| ABSTRACT..... | 3 |
| 3. INTRODUCCIÓN: | 4 |
| 4. REVISION DE LA LITERATURA | 7 |
| 4.1. Antecedentes de investigación..... | 7 |
| 4.2. Qué es conocimiento | 9 |
| 4.3. Qué es la alimentación, Nutrición y prácticas alimentarias | 10 |
| 4.4. Que es un lactante..... | 11 |
| 4.4.1. Que es la lactancia materna | 11 |
| 4.4.2. Beneficios de la lactancia para el bebé | 12 |
| 4.4.3. Beneficios de la lactancia para la madre | 12 |
| 4.4.4. Ventajas para la sociedad..... | 12 |
| 4.4.5. Cuáles son los requerimientos nutricionales de un lactante | 12 |
| 4.4.6. Nutrición en lactantes de menos de cuatro meses | 13 |
| 4.4.7. Infante | 14 |
| 4.5. Alimentación complementaria:..... | 14 |
| 4.6. Importancia de la alimentación complementaria | 15 |
| 4.7. Características de la alimentación complementaria | 16 |
| 4.8. Consistencia y textura de los alimentos | 20 |
| 4.9. Prácticas inadecuadas de alimentación complementaria | 25 |
| 4.10. Factores que influyen en la alimentación complementaria | 27 |
| 4.10.1. Rol de los padres en el inicio de la alimentación complementaria | 27 |
| 4.11. Estado nutricional..... | 30 |

| | |
|---|----|
| 4.11.1. Evaluación del estado nutricional | 30 |
| 4.11.2. Como evaluar el estado nutricional..... | 30 |
| 4.11.3. Evaluación antropométrica | 31 |
| 4.11.4. Clasificación del estado nutricional | 36 |
| 5. MATERIALES Y METODOS..... | 40 |
| 5.1. Tipo de estudio | 40 |
| 5.2. Población..... | 40 |
| 5.3. Técnica | 41 |
| 5.4. Instrumento de recolección de información..... | 41 |
| 5.5. Procedimiento: | 42 |
| 5.6. Análisis de datos..... | 43 |
| 5.6.1. Proceso de análisis de datos..... | 43 |
| 5.7. Área de estudio..... | 43 |
| 6. RESULTADOS | 44 |
| 7. DISCUSIÓN | 49 |
| 8. CONCLUSIONES | 51 |
| 9. RECOMENDACIONES | 52 |
| 10. BIBLIOGRAFÍA..... | 53 |
| 11. ANEXOS | 58 |

TÍTULO:

CONOCIMIENTOS EN EL CUIDADOR SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO
NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DEL “CENTRO INFANTIL MUNICIPAL
MERCADO MAYORISTA”

a. RESUMEN

Según la OMS la alimentación complementaria a la leche materna debe introducirse a partir de los 6 meses de vida. Conocer sobre cómo y cuándo se debe iniciar la alimentación complementaria es muy importante ya que esto definiría el estado nutricional del niño con el paso de los años. El presente estudio es de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, se planteó como objetivo, “Determinar los conocimientos que poseen los cuidadores de los niños del “Centro Infantil Municipal Mercado Mayorista” acerca de la alimentación complementaria y su influencia en el estado nutricional”; la población estuvo representada por 100 cuidadores y sus niños/a en edades de 6 meses a 3 años; para obtener la información en primera instancia se aplicó una encuesta a los cuidadores con la finalidad de identificar el conocimiento, determinando que un 76% tienen un conocimiento medio, un 18% conocimiento alto y un 6% conocimiento bajo y para calcular el índice de masa corporal (IMC) de los niños se tomó en cuenta el peso y talla, lo que permitió establecer que un 77% tienen un peso normal, un 10% sobrepeso, 9% con bajo peso y un 4% con obesidad. La tabulación de datos recolectados se procesó mediante el programa (SPSS), presentando los resultados a través de tablas; se realizó la prueba estadística de chi-cuadrado, concluyendo que el conocimiento que tiene el cuidador sobre alimentación complementaria tiene una relación estadísticamente significativa con el estado nutricional de los niños.

PALABRAS CLAVES: estado nutricional, conocimiento, cuidadores, niños.

ABSTRACT

According to the WHO, complementary feeding to breast milk should be introduced after 6 months of life. Knowing how and when to start complementary feeding is very important as this would define the nutritional status of the child over the years. The current study is descriptive, correlational and cross-sectional, it proposed as objective, "To determine the knowledge that the caregivers of the children from the Municipal Children's Center "Mercado Mayorista" have about the complementary feeding and its influence in the nutritional status "; the population was represented by 100 caregivers and their children aged from 6 months to 3 years; To obtain the information in the first instance, a survey was applied to the caregivers in order to identify the knowledge, determining that 76% have medium knowledge, 18% high knowledge and a 6% low knowledge and to calculate the body mass index (BMI) of children, weight and height were taken into account, which allowed to establish that 77% have a normal weight, 10% overweight, 9% with low weight and 4% with obesity. The tabulation of collected data was processed through the program (SPSS), presenting the results through tables; The chi-squared statistical test was carried out, concluding that the caregiver's knowledge about complementary feeding has a statistically significant relationship with the nutritional status of the children.

KEY WORDS: nutritional status, knowledge, caregivers, children.

b. INTRODUCCIÓN:

La alimentación complementaria es considerada como un periodo de inicio y adaptación para el desarrollo de los niños menores de un año, algunas de las madres inician esta fase con conocimientos muchas veces incipientes, siendo esto un grave problema ya que deberían estar informadas sobre el tema; a partir de los 6 meses de edad, las necesidades de energía y nutrientes del lactante comienzan a ser mayores, por lo que la leche materna ya no aporta lo suficiente; entonces, la alimentación complementaria se vuelve estrictamente necesaria; si no se los introduce o se administran de manera inapropiada, el crecimiento del niño se puede ver afectado.

Una adecuada alimentación complementaria va a depender en primera instancia de la Madre, la cual deberá ser capacitada e informado por especialistas en salud alimenticia, a través de los organismos nacionales y locales que les compete desarrollar programas de información a través del sistema de salud formal, centros de desarrollo infantil, medios de comunicación, entre otros, ya que según estudios realizados en el país existe poca información científica sobre estudios que revelen el conocimiento de los padres sobre la alimentación complementaria que se debe suministrar a los infantes luego de los seis meses de vida (énfasis, 2018).

En muchos países, el período de la alimentación complementaria se realiza a partir de los 6 a los 24 meses o hasta que se incorporan a la alimentación familiar, es el momento donde existe un pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas incluso después de la introducción de los alimentos, por otro lado la lactancia materna continúa siendo el alimento primordial para los niños pequeños. La alimentación complementaria óptima depende no solamente del con qué

se alimenta al niño; también depende del cómo, cuándo, dónde y quién lo alimenta (Bardales, 2013).

Desde muy temprana edad, a los niños se les ha brindado otros líquidos, ocupando el primer lugar la leche de fórmula, casi un 50% de los niños entre cero y un mes ya fueron integrados a esta práctica y para cuando llegan al rango de edad de 5 a 6 meses el 72% ya han ingerido otra leche distinta de la leche materna (ENSANUT, 2013).

Se calcula que a nivel mundial, 155 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento y 52 millones presentaban un peso bajo para su talla; 41 millones tenían sobrepeso o eran obesos. Son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; en muchos países, menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad (OMS, 2016).

En un estudio realizado por la Universidad San Francisco de Quito, en conjunto con el Ministerio de Salud Pública, el 57% de madres participantes mencionaron que la edad adecuada para la alimentación complementaria es a los seis meses y luego de haber recibido intervenciones de consejería por parte del personal de salud hubo un cambio poco significativo que fue del 55.1% (Florez, 2015).

Luego de la revisión exhaustiva realizada en diferentes bases de datos, se puede aseverar la existencia de escasos estudios de divulgación científica respecto al tema en la localidad, he ahí la importancia de realizar el siguiente estudio cuyo objetivo general es determinar los conocimientos que poseen los cuidadores de los niños del “Centro Infantil Municipal Mercado Mayorista” acerca de la alimentación complementaria y su influencia en el estado nutricional en el periodo Septiembre 2018 – Marzo 2019 con sus respectivos objetivos específicos: 1) Caracterizar a la población de cuidadores participantes involucrados

en el estudio sobre referentes de la alimentación complementaria y estado nutricional de los niños. 2) Identificar el estado nutricional de los niños. 3) Establecer la relación entre el conocimiento sobre alimentación complementaria y estado nutricional en los niños. Tras la revisión de la literatura se planteó la siguiente hipótesis: El conocimiento del cuidador sobre la alimentación complementaria influye en el estado nutricional de los niños

Por lo antes mencionado se pretende desarrollar la presente investigación en el “Centro Infantil Municipal Mercado Mayorista” para que los cuidadores puedan brindar una buena alimentación durante los primeros años de vida del niño, ya que está demostrado que una alimentación complementaria correcta y balanceada a partir de los 6 meses de edad, permitirá al niño desarrollarse de manera normal evitando así posibles retrasos en el crecimiento y muchas patologías como anemia, problemas gastrointestinales, sobrepeso, desnutrición entre otras, que de una u otra manera afectarían a los niños. En este contexto en la presente investigación se plantea la siguiente interrogante:

¿COMO EL CONOCIMIENTO SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LOS CUIDADORES, INFLUYE EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DEL “CENTRO INFANTIL MUNICIPAL MERCADO MAYORISTA”?

La presente investigación se constituye de relevante importancia debido a que se enmarca dentro de las líneas de investigación número dos, la alimentación y nutrición en la población de Loja y de la región sur del país, citada entre las prioridades de investigación de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja y se encuentra con los docentes preparados para realizar el desarrollo de la misma.

c. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1. Antecedentes de investigación

La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. Calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento. La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores.

La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y estimulación activa, que su cuidador responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma. A esto se le llama alimentación activa. Se recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, incrementando aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se apetezca (OMS, Nutricion , 2018).

El inicio de la alimentación complementaria siendo un periodo crítico en el crecimiento y desarrollo infantil, es importante resaltar que las carencias de nutrientes y las enfermedades, contribuyen a aumentar las tasas de desnutrición principalmente en menores de cinco años. El inicio temprano de la AC, es decir antes de los 6 meses de edad, se asocia con un aumento significativo en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en edades

posteriores, lo cual se debe entre otros orígenes a la transición nutricional que ha ocurrido en la mayoría de los países. En una revisión Cochrane, se encontró que el inicio temprano se asoció con mayor riesgo de infecciones gastrointestinales. El retraso en la introducción, tampoco es aconsejable, debido a que la leche materna después de los 6 meses, no proporciona suficiente energía y nutrientes, llevando a deterioro del crecimiento, desnutrición y al aporte inadecuado de micronutrientes.

En el mundo, el 35% de los lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 4 meses de vida y la alimentación complementaria suele comenzar demasiado pronto o demasiado tarde, 60% de los niños de 6-8 meses de edad recibe alimentos sólidos, semisólidos o blandos, mostrando las deficiencias en la introducción oportuna. Se ha estimado que el inicio de la alimentación complementaria es inapropiada en un 33% de los casos, encontrando un bajo consumo de frutas, verduras y un alto consumo de carbohidratos (Zúñiga, 2017).

Un informe de Naciones Unidas y el Programa Mundial de Alimentos-PMA, reconoce a América Latina y el Caribe por su diversidad, riqueza y contrastes y su producción suficiente para alimentar a sus 550 millones de habitantes. No obstante, cerca de 52 millones de personas no tienen acceso a alimentos suficientes para llevar una vida activa y sana. Además, nueve millones de niños y niñas menores de cinco años sufren de desnutrición crónica. Para estos niños, en su mayoría indígenas y afro-descendientes, la pobreza, el hambre y la pérdida de oportunidades, siguen siendo factores determinantes de su vida cotidiana. Se estima que al menos otros nueve millones de niños están en riesgo de desnutrirse (Vallejo-Solarte, Castro-Castro, & Cerezo, Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años, 2016).

En el Ecuador no se han realizado muchos estudios sobre los conocimientos de alimentación complementaria, en un estudio realizado en Latacunga en donde según informa el Ministerio de Coordinación y Desarrollo Social, es la provincia donde existe mayor prevalencia de desnutrición crónica. En el estudio dio como resultado que según la escala de Statones se midió el nivel de conocimientos, cuyos resultados muestran un mayor número de madres (51%), con un nivel de conocimientos en categoría media; mientras que un 29% de madres presentaron un nivel bajo de conocimientos sobre el tema y un 20% un nivel alto, siendo evidente la necesidad de educación nutricional sobre alimentación complementaria, ya que la falta de información repercute en el nivel de prácticas que la madre posea al respecto, sin ser este el único determinante.

Además en la investigación se obtuvo como resultado que más de la mitad de niños evaluados (57%) se encuentran con un estado nutricional normal, en cuanto al peso, talla e IMC para su edad, lo que permite estimar que dichos niños y niñas han gozado de una adecuada alimentación, tanto en calidad, cantidad y tiempo de introducción de los alimentos; sin embargo un número importante de los infantes evaluados están en riesgo o ya presentan una desnutrición crónica, diagnóstico que accede a pensar en posibles causantes de dicho estado nutricional, a una ingesta inoportuna de alimentos y nutrientes por un largo período de tiempo (Escobar, 2013)

1.2. Qué es conocimiento

El conocimiento es un proceso por el cual el hombre refleja en su cerebro las condiciones características del mundo circundante. Hay que entender, sin embargo, que no es un reflejo simple, inmediato y completo. Por el contrario, se nos hace útil observar el entrelazamiento

objetivo de por lo menos tres elementos que actúan dialécticamente, en desarrollo y movimiento:

- La Naturaleza
- El cerebro humano y
- La forma de reflejo del mundo en el cerebro humano. (Carvajal, 2014)

Conocimiento de la madre sobre alimentación infantil, es la noción y experiencia, lograda y acumulada por la madre sobre alimentación, que alcanza en el transcurso de vida mediante una buena recolección de datos e información, que ayudará a mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades. Además se dice que el conocimiento depende de factores como, el grado de instrucción, experiencias previas en el cuidado de niños y conocimientos que se adquieren del profesional de salud, influyen los consejos de la familia, que manejan un conjunto de creencias, muchas veces, erróneas, profundamente arraigadas en nuestra cultura. (Y.M. Zamora G., 2013)

Una vez conocidas las características del conocimiento podemos nombrar los tipos de conocimiento.

1.3. Qué es la alimentación, Nutrición y prácticas alimentarias

La alimentación es definida como el acto de brindar alimentos indispensables al cuerpo para que funcione y ejecute tareas básicas y la nutrición es el conjunto de procesos fisiológicos, donde el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias químicas de los alimentos. La alimentación infantil incluye la correcta preparación y almacenamiento seguro de los alimentos, para ello se necesita buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos como: lavado de manos, guardar en forma segura y servir inmediatamente, después de su preparación, utilizar utensilios limpios y evitar biberones, dado que es difícil mantenerlos

limpios. Así mismo tener en cuenta el tipo y variedad de alimentos, tamaño de las porciones, consistencia, frecuencia y densidad energética, entre otros.

Las prácticas alimentarias, por su parte, son el conjunto de actividades, influenciados por procesos socioeconómicos y culturales de la madre que se realizan para satisfacer necesidades alimentarias del niño. Supone un orden, sintaxis, desde la preparación hasta el consumo de los alimentos, que consiste en la disposición, selección, compra, conservación y preparación de estos. (Y.M. Zamora G., 2013)

1.4. Que es un lactante

De qué edad a qué edad se considera un lactante

En un estudio de la Universidad Pontificia de Chile se dice que el período de lactante se extiende desde los 28 días de vida hasta los 24 meses y se subdivide en:

- **Lactante Menor:** de los 28 días hasta los 12 meses.
- **Lactante Mayor:** de los 12 meses hasta los 24 meses.

Este período se caracteriza por:

- Un acelerado ritmo del crecimiento y de la maduración de los principales sistemas del organismo.
- Desarrollo de habilidades que le permiten al lactante responder al entorno.
- El perfeccionamiento de las capacidades motoras gruesas y finas

1.4.1. Que es la lactancia materna

La lactancia es un período de la vida en el que la madre ofrece al recién nacido un alimento adecuado a sus necesidades, la leche materna, no sólo considerando su composición sino también en el aspecto emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su bebé constituye una experiencia especial, singular y única. (Bienestar R. d., 2018)

1.4.2. Beneficios de la lactancia para el bebé

La leche materna contiene todo lo que el niño necesita durante los seis primeros meses de vida, favoreciendo su crecimiento, maduración y salud.

Muchos de los componentes de esta se encargan de protegerle mientras su sistema inmunitario completa su desarrollo, protegiéndole de enfermedades como catarrros, bronquiolitis, neumonía, diarreas, otitis, infecciones de orina, etcétera; además de enfermedades futuras como asma, alergia, obesidad, o diabetes, y favoreciendo el intelecto. (Bienestar R. d., 2018)

1.4.3. Beneficios de la lactancia para la madre

La lactancia materna acelera la recuperación, ya que la madre pierde el peso ganado durante el embarazo más rápidamente y es más difícil que padezca anemia tras el parto. También tienen menos riesgo de hipertensión y depresión posparto.

La osteoporosis y los cánceres de mama y de ovario son menos frecuentes en aquellas mujeres que amamantaron a sus hijos. (Masalán & Gonzalez , 2018)

1.4.4. Ventajas para la sociedad

La leche materna es un alimento ecológico, lo que significa que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse. Esto supone un ahorro de energía al mismo tiempo que se evita la contaminación del medio ambiente. Además, resulta un ahorro en alimentación a la familia. Puesto que hay una menor incidencia de enfermedades, disminuye a su vez el gasto sanitario. (Zapata, Fortino, & Carmuega, 2017)

1.4.5. Cuáles son los requerimientos nutricionales de un lactante

Los cuatro primeros meses de vida

En este período de tiempo, el bebé pasa la mayor parte del tiempo durmiendo (aproximadamente 20 horas diarias), despertándose sólo para comer.

Empieza a hacer uso de todos sus sentidos, de los cuales el tacto es el más desarrollado. Con los demás, el bebé puede reconocer el aroma de su mamá, identificar su voz y poder saborear acostumbrándose al sabor de la leche.

En estos primeros meses el bebé avanza muchísimo en su desarrollo y en el tercer mes puede controlar un poco los movimientos de su cabeza, y abrir y cerrar los puños de sus pequeñas manitas. Es a partir del cuarto mes de vida cuando puede estirar la mano hacia objetos. (Illinois, 2018)

1.4.6. Nutrición en lactantes de menos de cuatro meses

Lactante es el bebé que se alimenta exclusivamente de leche materna o, en su defecto, de preparados alimenticios para lactantes. La leche materna es superior a cualquier otro alimento, por ello es lo más recomendado y aconsejado durante sus primeros meses de vida, porque la composición de la leche materna se adapta a las limitaciones que tiene el tubo digestivo del niño, aportando además una serie de ventajas nutricionales, inmunológicas y psicológicas.

La Organización Mundial de la Salud aconseja que los recién nacidos sean alimentados sólo con leche materna hasta los seis primeros meses, pudiendo introducir otro tipo de alimento que contenga los nutrientes apropiados a partir de esa edad.

La OMS reconoce que hoy en día, debido al ritmo de vida que llevan casi todas las mujeres, trabajando o realizando otras labores, éstas no pueden o prefieren no seguir esa recomendación. Es por ello que existen preparados alimenticios para que el bebé no sufra

carencia de nutrientes, como las fórmulas artificiales y leches infantiles. (Zapata, Fortino, & Carmuega, 2017)

1.4.7. Infante

Cuando los niños aprenden a caminar son llamados infantes, es decir son los niños que tienen entre 1 y 2 años de edad. La etapa de infancia es muy importante en la vida del niño porque es cuando el niño aprende y crece de diferentes maneras. Cada cosa que sucede en la vida del niño tiene un gran significado. Con cada etapa o habilidad que el niño domina muy bien, una nueva etapa inicial. Este crecimiento es diferente en cada niño. Cada niño tiene su propio rango de tiempo. Durante la infancia, la mayoría de niños aprenden a caminar, hablar, resolver problemas y relacionarse con otros niños. Una de las mayores tareas del niño es aprender a ser independiente. Por esta razón los niños quieren hacer cosas por sí mismos, tienen sus propias ideas sobre cómo deben suceder ciertas cosas, y usan “NO” muchas veces al día.

La etapa de infancia se caracteriza por mucho crecimiento y cambios, el humor es variable y también algún negativismo. Los infantes entre 1 y 2 años son persistentes, pero tienen pocas habilidades. Los infantes con mucha energía y muchas ideas necesitan explorar su medio ambiente. Asegúrese que ellos puedan explorar un ambiente seguro. Ellos quieren ser independientes, pero todavía son muy dependientes. (Illinois, 2018)

1.5. Alimentación complementaria:

La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. La transición de la lactancia exclusivamente materna a los alimentos familiares, lo que se denomina

alimentación complementaria, normalmente abarca el período que va de los 6 a los 24 meses de edad. Este es un periodo crítico de crecimiento en el que las carencias de nutrientes y las enfermedades contribuyen a aumentar las tasas de desnutrición en los menores de cinco años a nivel mundial. (Aguilar., 2015)

1.6.Importancia de la alimentación complementaria

El niño durante su etapa de crecimiento y desarrollo adquiere y desenvuelve un sin número de habilidades, al mismo tiempo que incrementan sus requerimientos energéticos y nutricionales, por lo que la alimentación exclusiva con leche humana o artificial no puede ser igual en estas etapas de la edad pediátrica. Entre los objetivos que se persiguen con la introducción de la alimentación complementaria están:

- Promover un adecuado crecimiento y desarrollo neurológico, cognitivo, del tracto digestivo y el sistema neuromuscular.
- Proveer nutrientes que son insuficientes en la leche materna, tales como: hierro, zinc, selenio, vitamina D.
- Enseñar al niño a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes, así como a fomentar la aceptación de nuevos alimentos.
- Promover y desarrollar hábitos de alimentación saludable.
- Favorecer el desarrollo psicosocial, y la interrelación correcta entre padres e hijos.
- Conducir a la integración de la dieta familiar.
- Promover una alimentación complementaria que permita prevenir factores de riesgo para alergias, obesidad, desnutrición, hipertensión arterial, síndrome metabólico, entre otras.

Las necesidades y requerimientos nutricionales cambian proporcionalmente de acuerdo al crecimiento del niño. De manera característica, a partir del sexto mes de vida el bebé necesita un mayor aporte energético y de algunos nutrimentos específicos. Si la alimentación del niño no se ajusta a los requerimientos adicionales de estos nutrimentos, su crecimiento y desarrollo puede verse afectado. (Zapata, Fortino, & Carmuega, 2017)

1.7. Características de la alimentación complementaria

Inicio de la alimentación complementaria. Para iniciar la alimentación complementaria se deben tener en cuenta múltiples factores involucrados en el éxito de su buena implementación, tales como: la edad, la capacidad del niño para la digestión y absorción de los diferentes micro y macronutrientes presentes en la dieta, las habilidades sociales y motoras adquiridas, el medio socioeconómico en el que se encuentra y la incapacidad de la leche materna y de las fórmulas lácteas infantiles de asegurar un aporte energético adecuado de nutrimentos que garanticen el crecimiento y desarrollo adecuado del lactante. El proceso de nutrición implica la participación e interacción entre diferentes sistemas del cuerpo humano: digestivo, neurológico, renal e inmunológico, que desde la vida fetal se encuentran en constante desarrollo evolutivo.

Es importante conocer y reconocer estos procesos de evolución y adaptación con el fin de establecer recomendaciones para la introducción segura de diferentes alimentos de acuerdo al momento de maduración biológica del lactante, con el objetivo de no incurrir en acciones que sobrepasen su capacidad digestiva y metabólica.

- **Desarrollo neurológico:** Desarrollo neurológico En gran medida, la introducción de nuevos alimentos a la dieta se basa, en el desarrollo neurológico al momento de decidir iniciar la alimentación complementaria. Durante este proceso el lactante irá

perdiendo reflejos primarios como el de extrusión de la lengua, que inicialmente lo protegían, al tiempo que gana capacidades necesarias para la alimentación de alimentos no líquidos como la leche materna y las fórmulas lácteas infantiles. Los lactantes menores de cuatro meses expulsan los alimentos con la lengua, “reflejo de protrusión”; sin embargo, después de esa edad pueden recibir y mantener los alimentos en la boca con mayor facilidad, debido a que han desaparecido los reflejos primarios de búsqueda y extrusión.

A los seis meses, el lactante ha adquirido una serie de habilidades motoras que le permiten sentarse, al mismo tiempo que aparece la deglución voluntaria, que le permite recibir alimentos de texturas blandas: purés o papillas con cuchara. Transfiere objetos de una mano a otra, tiene sostén cefálico normal. Entre los siete y ocho meses se deben ir modificando gradualmente la consistencia de los alimentos, pasando de blandos a picados y trozos sólidos. A esta edad, el niño habitualmente ha adquirido la erupción de las primeras cuatro piezas dentarias (dos superiores y dos inferiores), ha mejorado la actividad rítmica de masticación, la fuerza y la eficacia con la que la mandíbula presiona y tritura los alimentos y deglute coordinadamente los alimentos sólidos triturados.

Por estas razones, actualmente se recomienda no retrasar el inicio de esta práctica más allá de los 10 meses, incluso a pesar de que el niño no presente erupción dentaria, ya que se ha visto que a esta edad, el niño es capaz de masticar y triturar los alimentos sólidos con las encías, y el retraso en la introducción de este tipo de alimentos puede condicionar la presencia de alteraciones de la masticación en etapas posteriores.

- **Maduración digestiva:** la función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o

hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).

- **Maduración renal:** a los 6 meses la filtración glomerular es del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses.
- **Desarrollo psicomotor:** hacia los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos. (Zapata, Fortino, & Carmuega, 2017)

Cantidad y Frecuencia. Es conveniente recordar que la capacidad gástrica del lactante es pequeña (aproximadamente 30 ml/kg de peso) por lo que es importante ofrecer alimentos de alta densidad energética y con una cantidad elevada de micronutrientes, en toma pequeña y frecuente. Teniendo en cuenta (para el cálculo de las cantidades de alimentación complementaria en el lactante en Europa a partir de los 6 meses) las necesidades de energía a esta edad (son menores en los lactantes amamantados, el aporte medio energético de la leche materna (entre 75 y 85 kcal/día), la ingesta media de leche materna (764 g/día) y la densidad calórica media de la alimentación complementaria, las necesidades estimadas de energía procuradas por la alimentación complementaria son:

- 130 kcal/día entre los 6-8 meses.

- 300 kcal/día entre los 9 y 11 meses.
- 580 kcal/día entre los 12 y 23 meses.

Se recomienda comenzar con raciones pequeñas, aumentando la cantidad a medida que el niño crece, mientras se continúa ofreciendo el pecho con frecuencia. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de éstas y la cantidad que consume en cada una de ellas. Como norma general para el lactante sano amamantado de nuestro medio, se aconseja:

- 2 a 3 comidas por día entre los 6 y 8 meses,
- 3 o 4 comidas entre los 9 y 11 meses,
- 3 o 4 comidas y 2 “aperitivos nutritivos” (pequeñas cantidades de alimentos a comer entre comidas, fáciles de preparar y que puedan comer por sí solos: pieza de fruta, pan con queso) durante todo el segundo año.

Para la mayoría de los lactantes amamantados, entre 6 y 12 meses, la introducción lenta y progresiva de pequeñas cantidades de otros alimentos sin forzar y en el momento en que están “listos” para aceptarlos (el bebé suele mostrar su interés por los alimentos que se presentan en la mesa familiar) no interfiere con las tomas de pecho, siempre que no se fuerce al lactante a comerlos cuando está muy hambriento o claramente muestra signo de querer el pecho. Durante todo el primer año, la leche materna debe ser el primordial alimento y es importante tener presente que la misión de la alimentación complementaria es brindar energía y nutrientes adicionales para complementar a la leche materna, pero no para sustituirla.

La frecuencia de las comidas debe aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente

consumidas durante cada comida. Al niño amamantado sano se le debe proporcionar 2 a 3 comidas al día entre los 6 y 8 meses de edad y 3 a 4 comidas al día entre los 9 y 11 meses así como entre los 12 y 24 meses de edad. Además, las meriendas nutritivas (como una fruta, un pedazo de pan o pan árabe con pasta de nueces) pueden ser ofrecidas 1 o 2 veces al día, según lo desee el niño. Las meriendas se definen como alimentos consumidos entre comidas, siendo generalmente alimentos que los niños consumen por sí mismos y que son convenientes y fáciles de preparar. Si la densidad energética o la cantidad de alimentos en cada comida es baja, o el niño ya no es amamantado, es posible que se requiera de comidas más frecuentes. (Vasco-Nav, 2016;)

1.8.Consistencia y textura de los alimentos

Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños. Los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los 6 meses de edad. A los 8 meses, la mayoría de los niños también pueden consumir alimentos que se pueden comer con los dedos (meriendas que pueden servirse los niños por si solos). A los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia (teniendo en cuenta su necesidad de alimentos densos en nutrientes. Deben evitarse los alimentos que puedan causar que los niños se atoren o atraganten (es decir, alimentos cuya forma y/o consistencia implica el riesgo de que pudieran bloquear la tráquea, por ejemplo, nueces, uvas, zanahorias crudas, etc.)

Dar una diversidad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales. Debe consumirse carne, aves, pescado o huevos diariamente o, de no ser posible, lo más frecuentemente posible. Las dietas vegetarianas no logran cubrir las necesidades

nutricionales a esta edad, a menos que se utilicen suplementos nutricionales o productos fortificados. Las frutas y verduras ricas en vitamina A deben ser consumidas a diario. Proveer dietas con un contenido adecuado de grasa. Evitar la administración de bebidas o jugos con un bajo valor nutritivo, como té, café y sodas. Limitar la cantidad de jugo ofrecido para así evitar reemplazar o desplazar alimentos más nutritivos. (Vasco-Nav, 2016;)

Pautas de inicio de la alimentación complementaria. Existen múltiples pautas para el inicio de alimentación complementaria, no habiendo ninguna evidencia de que sea más adecuado comenzar con un alimento antes que con otro. En determinadas circunstancias, como es el caso de los niños que reciben lactancia materna, se recomienda ofrecer de forma precoz alimentos ricos en hierro (carne junto al puré de verdura). Se deben tener en cuenta las circunstancias sociales y culturales de la familia, respetando sus hábitos, siempre y cuando no haya una transgresión dietética. Es deseable que no se den normas rígidas, sino que se den recomendaciones. Lo ideal es comenzar por un grupo de alimentos y si se tolera bien, dar un nuevo grupo en 1 o 2 semanas, y así sucesivamente. Siempre se deben dar pequeñas cantidades con aumento progresivo, sin una cronología rígida. (Romero-Velarde, Villalpando-Carrión, & Pérez, 2016)

- **Gluten:** en los últimos años se ha dado la recomendación general de no introducir el gluten antes de los 4 meses ni después de los 7 meses. Sin embargo, artículos recientes con muy buen rigor científico han mostrado que la introducción del gluten entre los 4 y 6 meses no protege de enfermedad celiaca, mientras que la introducción del gluten al año de edad no aumenta el riesgo de celiaquía. Se recomienda administrarlo entre los 4 y 12 meses, comenzando con pequeñas cantidades (no específica cantidad) y aumentándolo en cantidades progresivas. Hoy en día, siempre y cuando se comience con pequeñas cantidades, se puede iniciar directamente la toma de cereales con gluten

(en lugar de sin gluten). Una posible excepción en la que se podría comenzar con cereales sin gluten sería el niño que empezara a tomar cereales de forma precoz (4 meses) y en cantidades altas.

- Alergias: cada vez hay más evidencia de que el retraso de introducción de alimentos más alérgicos aumenta el desarrollo de alergias, incluso en individuos de riesgo. Además, puede tener consecuencias nutricionales. Clásicamente se ha introducido el pescado de forma tardía. Sin embargo, es un alimento rico en ácidos grasos poliinsaturados que intervienen en la función cognitiva, sistema inmune, metabolismo lipídico.

También hay datos que muestran que el empleo de hidrolizados extensos de caseína y parcialmente hidrolizados de suero, puede disminuir el riesgo de alergia posterior, concretamente el riesgo de dermatitis atópica. Sin embargo, de momento hay poca evidencia para recomendar su uso en la población general con el fin de disminuir el riesgo de alergia posterior incluso en individuos de no riesgo.

- Leches de crecimiento: en los últimos años, estamos asistiendo al aumento de consumo de fórmulas artificiales que se administran más allá del año de edad. Son las llamadas “leches de crecimiento”, que se administran entre el año y los 3 años de edad, teniendo una presentación en polvo o líquida. No hay ninguna normativa específica aplicable a estas fórmulas por lo que nos encontramos grandes diferencias entre ellas. En general, tienen menos proteínas y sales y más calcio, vitamina D y ácidos grasos poliinsaturados.

Son nutricionalmente más adecuadas que la leche de vaca para este periodo de vida, pero la decisión de darlas o no dependerá del tipo de paciente y la situación económica

familiar. En general, en el niño que sigue una dieta variada y equilibrada no serían tan necesarias como en el niño mal alimentado. Además, hay muchos intereses comerciales en ellas e información un tanto confusa, por lo que debemos insistir en las familias en que lo importante es realizar una dieta sana, variada y equilibrada. (Aguinaga Rosa, 2013)

- Leche de vaca: no se debe administrar antes del año de edad, ya que puede producir déficit de hierro o ganancia de peso acelerada. La ESPGHAN aconseja que en caso de administrarla previo al año de vida sea en pequeños volúmenes y no como bebida principal (por ejemplo, yogur a los 9 meses). Debemos tener en cuenta que los llamados “yogures para bebés” tienen un etiquetado a veces confuso y en general no son 100% leche de continuación. Además, tiene más calorías, sacarosa, proteínas. El exceso de azúcar puede hacer reducir el umbral del sabor dulce en épocas precoces de la vida, requiriendo más azúcar posteriormente para endulzar sus comidas. Este hecho también ocurre con la introducción precoz de sal.
- Proteínas: las ingestas recomendadas de proteínas son entre 1-1,5 g/kg/día. Sin embargo, la ración proteica habitual es excesiva: los niños toman un exceso de lácteos, carnes, embutidos, salchichas. Cada vez hay más evidencia de que la ingesta elevada de proteínas está relacionada con obesidad y síndrome metabólico en épocas posteriores de la vida, por lo que debemos aconsejar un consumo moderado de proteínas. Se debe además recomendar no ingerir más de medio litro de lácteos al día con el fin de no aumentar el consumo proteico.
- Dietas vegetarianas: debemos advertir del grave riesgo de dietas vegetarianas, ya que conllevan un alto riesgo de déficits nutricionales, retraso del crecimiento y retraso

psicomotor. Así mismo, si el niño está recibiendo lactancia materna de una madre que sigue una dieta vegetariana, puede tener alteraciones de desarrollo cognitivo.

- Agua para biberones: si en el medio en el que se encuentra la familia hay un buen control sanitario del agua, puede preparar los biberones con agua del grifo sin necesidad de hervirla. En el caso de agua envasada, debe ser baja en sodio (menos de 25 mg/L de sodio en fórmula tipo I y menos de 50 mg/L en fórmula tipo II) sin necesidad de hervirla en nuestro medio (la OMS recomienda calentarla a 70°C en determinadas circunstancias por riesgo de contaminación del polvo de la fórmula, pero no nos parece una medida adecuada en nuestro medio por el bajo índice de contaminación del polvo de fórmulas que generen clínica digestiva). (Romero-Velarde, 2016)

Requisitos de los alimentos complementarios.

- Oportunos, cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural, exclusiva y frecuente;
- Adecuados, deben proporcionar energía, proteínas grasas, carbohidratos y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño/a en crecimiento
- Inocuos, deben conservar, preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias y utilizando utensilios limpios, y no biberones y tetinas;
- Suficientes, es decir, se deben dar en base a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el método de alimentación (alentar activamente al niño/a que, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos

suficientes según la edad permitiendo la utilización de sus dedos, los dedos, una cuchara o alimentándose por sí mismo) los alimentos deben ser adecuados para su edad. (Mendoza CA, 2017)

Etapas de la alimentación complementaria.

- **Inicial:** Donde los nuevos alimentos deben comportarse como complemento del régimen lácteo, ya que el mayor aporte de energía y nutrientes proviene de la leche.
- **Intermedia:** Llamada también de mantenimiento; donde los alimentos progresivamente se convierten en suplementos de alimentación láctea, pasando la leche de ser complementos de nuevos alimentos.
- **Final:** Que consiste en el empalme con la alimentación habitual del hogar o la familia. (Suárez Castillo, 2014)

Tipos de alimentación complementaria.

- **Alimentos transicionales:** Son los que están preparados expresamente para cubrir las necesidades nutricionales específicas del niño pequeño.
- **Alimentos familiares:** Son los mismos alimentos que conforman parte de la dieta de la familia. (Suárez Castillo, 2014)

1.9.Prácticas inadecuadas de alimentación complementaria

- **Introducción temprana de alimentos complementarios.**

Se considera introducción temprana de alimentos complementarios cuando se inicia antes de la semana 17 de vida. Antes de esta edad, la inmadurez de diferentes sistemas como: gastrointestinal, renal, neuromuscular e inmunológico, puede traer riesgos para la salud a corto y largo plazo.

Los riesgos a corto plazo son: interferencia de la alimentación exclusiva con leche materna; incremento de infecciones gastrointestinales por reducción del efecto protector de la leche humana y por la introducción de alimentos contaminados; desaceleración del crecimiento y desnutrición debido a disminución del volumen de consumo de leche materna y/o fórmula láctea, con introducción de alimentos de pobre densidad energética o nutricional; incremento del riesgo de presentar dermatitis atópica, sibilancias o alergia a la proteína de la leche de vaca; incremento del riesgo de presentar deficiencia de hierro y anemia, y deficiencia de zinc, debido a disminución del consumo de leche humana y/o fórmula láctea que cubren la ingesta diaria recomendada (IDR) para la edad; y por introducción de alimentos que no son fuentes adecuadas de estos nutrientes; incremento de la presencia de enfermedades respiratorias; posible daño renal por aumento en la carga de solutos.

Los riesgos a largo plazo son: aumento de la adiposidad; predisposición a desarrollar hipertensión y obesidad; modificación de las preferencias alimentarias saludables y la nutrición futura del individuo; desarrollo de hábitos alimenticios no saludables; alergia alimentaria, la introducción temprana de alimentos y bebidas dulces es un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad (Ximena, 2013)

- **Introducción tardía de la alimentación complementaria.**

Se considera tardía la introducción de la alimentación complementaria después de la semana 26 de vida; puede tener efectos negativos, como: desaceleración del crecimiento y

desnutrición debido a que la lactancia materna exclusiva no satisface los requerimientos de energía y proteínas después de los 6 meses de edad; deficiencia de hierro, anemia y deficiencia de zinc, debido a la introducción tardía de alimentos fuente de estos minerales como las carnes rojas y cereales fortificados; trastornos de la conducta alimentaria de lactantes, como rechazo a sólidos, vómitos por aversión a los alimentos y atragantamiento aparente. (Ximena, 2013)

1.10. Factores que influyen en la alimentación complementaria

En el inicio de la alimentación complementaria está influido por una serie de factores anatómicos, fisiológicos ya mencionados, y otros no menos importantes que deben tenerse en cuenta en la práctica diaria, como la incorporación de la madre al trabajo, el tiempo disponible de los padres, el nivel adquisitivo familiar, la cultura de los padres, las costumbres propias de cada región y el ámbito rural o urbano.

En Europa existe una amplia variación en la edad de introducción de alimentos complementarios: el 34% de las madres en Italia introducen la alimentación complementaria antes de los cuatro meses; en Alemania el 16% a los tres meses; en el Reino Unido el 51% la han iniciado antes de los cuatro meses. Sin embargo, también hay registros de introducción tardía de la alimentación complementaria. Un estudio alemán mostró que alrededor del 20% de las madres alemanas pensaba que la lactancia materna exclusiva se debía continuar más allá de los seis meses. (Mendoza CA, 2017)

1.10.1. Rol de los padres en el inicio de la alimentación complementaria

El ser padres responde a ser responsables prioritariamente de la nutrición, educación, afecto, estimulación y desarrollo del niño, por lo mismo el cuidar a los niños es una ardua

responsabilidad lo cual ha repercutido frecuentemente en el rol de las mujeres y más aún si se trata de una madre sola.

Muchos teóricos relacionan esta responsabilidad con el apego del niño hacia la madre y el tiempo permanente de ella con el niño. Es por eso que dependerá de la madre y sus cuidados el desarrollo saludable de su hijo teniendo como eje primordial la alimentación y el afecto que le brinda aun antes del nacimiento lo cual repercutirá a nivel cognitivo, social, y lenguaje, de esta manera la mujer en su rol de madre posee objetivos primordiales dentro de la sociedad.

Estas son algunas características que debe tener la madre como cuidadora:

El cuidado que debe brindar la madre debe ser afectivo ya que es importante no sólo para la supervivencia del niño sino también para su óptimo desarrollo físico, mental, y para una buena adaptación, contribuyendo al bienestar general y felicidad del niño, que en otras palabras es una buena calidad de vida.

La madre que realiza el cuidado de su niño debe contar con una buena salud física, emocional y social. No debe mostrarse ante él con preocupaciones, irritabilidad, o tristeza. Debe presentarse ante él con alegría y cariño. Debe brindarle seguridad, protección al niño, pero a la vez estimulando la autonomía del niño.

Las madres deben ser siempre precavidas, proteger a su niño de cualquier peligro y estar siempre alertas. (Realpe Silva, 2014)

Con respecto a su alimentación la madre debe saber que es un factor central en las primeras relaciones de ella y el niño. La madre pronto descubre que alimentando al niño consigue que se tranquilice y retorne a una situación de bienestar. A la vez el niño descubre que algo sucede cuando siente un malestar importante (hambre) y llora. Lo cual es calmado cuando la madre

le brinda alimentación al niño. En los primeros meses el niño, irá descubriendo esta respuesta y progresivamente el hambre será mejor tolerado, porque va percibiendo que su alimentación es regular y estable. La madre debe ser paciente hasta que el niño se acostumbre a la alimentación complementaria, tener conocimiento de cómo reaccionará su niño a la nueva introducción de alimentos le ayudará a realizar mejor su cuidado nutricional del niño.

Por ejemplo, la madre debe saber que cuando se introducen alimentos semisólidos a un lactante que aún no es capaz de mantenerse sentado, es recomendable que ella se sienta frente a una mesa donde haya colocado el plato con el alimento y la cuchara, siente a su hijo sobre sus piernas y le permita recargarse contra su brazo izquierdo. Con la cuchara en la mano derecha puede golpear el borde del plato para llamar la atención de su hijo con este sonido. La cuchara, ya cargada con el alimento, se acerca a la boca del niño a una altura que pueda seguirla con los ojos. Se introduce el alimento suavemente, sin forzar al niño para que abra la boca. Se espera a que trague perfectamente y se inicia una nueva cucharada o se interrumpe si el niño muestra resistencia a continuar alimentándose.

Esta nueva experiencia es vivida por el niño en estrecho contacto físico con su madre y en una forma compleja en que se integran estímulos afectivos, táctiles, sonoros, visuales y gustativos. Hacia los siete u ocho meses, el niño intenta tomar los alimentos con su mano, y también con la cuchara. Esta iniciativa representa el inicio de la autonomía en la alimentación y es conveniente que la madre respete y estimular esos intentos. A esta edad, puede ofrecérsele los líquidos en vaso o taza y permitirle que los tome él mismo, aunque derrame gran parte del contenido. De este modo, alrededor del año, el niño es capaz de alimentarse adecuadamente por sí solo.

De este modo la madre con conocimiento de estas pautas permitirá que su niño obtenga un óptimo crecimiento y desarrollo a nivel cognitivo, emocional y social. (Lizbeth., 2016)

1.11. Estado nutricional

El estado nutricional es el resultado del balance entre la ingesta y las necesidades energéticas y de nutrientes del organismo, lo que expresa diferentes grados de bienestar de las personas y que, en sí mismos, son dependientes de la interacción entre la dieta, los factores relacionados con la salud y el entorno físico, social, cultural y económico (Vallejo-Solarte, Castro-Castro, & Cerezo, 2016).

1.11.1. Evaluación del estado nutricional

Se puede realizar a partir de la aplicación de diversos métodos, que tienen alcances y limitaciones específicos y con diferentes niveles de profundidad. Consiste en la interpretación de estudios bioquímicos, antropométricos, alimentarios y/o clínicos para determinar la situación nutricional de individuos. Es decir, requiere de la utilización de diferentes parámetros. En los pacientes que requieren atención ambulatoria o en aquellos internados, el instrumento o herramienta en el cual se volcará toda la información es la Historia Clínica.

1.11.2. Como evaluar el estado nutricional

Midiendo el peso, la estatura o la cantidad de grasa que posee el cuerpo de una persona de acuerdo a su edad y sexo. Estas medidas, llamadas antropométricas, son útiles y prácticas, y al compararlas con un patrón de referencia, permiten evaluar si la persona tiene un estado nutricional normal (peso de acuerdo a la estatura), o tiene un déficit, sobrepeso u obesidad. (FAO, 2016)

1.11.3. Evaluación antropométrica

Objetivos de la antropometría:

- Evaluación del estado nutricional actual.
- Control del crecimiento y desarrollo en niños y adolescentes.
- Evaluación del efecto de las intervenciones nutricionales.

Características generales de la antropometría:

- Constituye un método en cierto grado objetivo y no invasivo de medir la constitución y composición corporal en general y de partes específicas.
- Las medidas son relativamente sencillas, rápidas y económicas.
- Los datos antropométricos son capaces de reflejar cambios en la ingesta nutricional producidos a largo plazo.
- Los resultados obtenidos deben evaluarse comparando con referencias estándar de acuerdo con la edad y sexo del individuo, aunque el propio individuo en ocasiones puede tomarse como referencia.

Parámetros antropométricos más usuales:

- Peso-talla

El peso que mide la masa corporal y la talla, destacan como las más frecuentes. Estos parámetros siguen utilizándose porque ha mejorado su precisión, su costo sigue siendo bajo y son accesibles a los sujetos de estudio; pero además, porque se pueden generar indicadores para el cuidado de la salud si se comparan con un valor de referencia, estableciendo puntos de corte apropiados. El peso debe obtenerse con el individuo en bipedestación, descalzo, en ropa interior ligera. Existen en el mercado distintos dispositivos que permiten determinar el peso en personas encamadas o que no pueden mantenerse de pie. Es deseable que se utilicen

balanzas homologadas, bien calibradas y precisas 100 g. Para estimar el peso en niños pequeños se utilizan balanzas pesa-bebés específicas.

- Talla

La talla se determina también en bipedestación con la ayuda de estadiómetros o tallímetros homologados bien calibrados. Existen tallímetros adecuados para medir la talla en bebés. Cuando el sujeto no puede permanecer de pie pueden realizarse estimaciones de la talla a partir de otras mediciones, como envergadura de los brazos o la altura de la rodilla, dimensiones que presentan una elevada correlación con la altura vertical. La altura de la rodilla puede medirse con el individuo sentado o encamado.

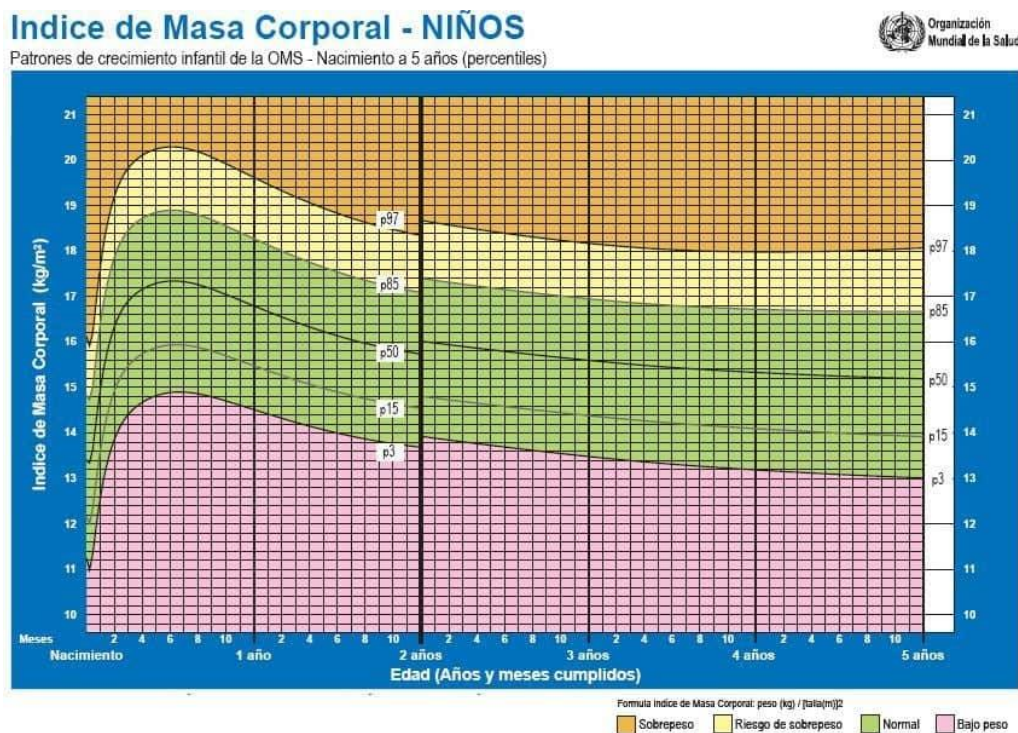
- IMC

Han sido muchas las fórmulas utilizadas en función de la edad y la talla y según el sexo para establecer lo que impropiamente se ha denominado peso ideal. En la actualidad, sociedades científicas, organismos internacionales y documentos de consenso recomiendan el empleo del índice de masa corporal (IMC) o índice de Quételet en los estudios poblacionales, especialmente para estimar la prevalencia de obesidad. (Roman, 2016)

- $IMC = \text{Peso} / \text{Talla}^2$

Fotografía 1:

Clasificación de la OMS del estado nutricional de niños de 0 a 5 años según el IMC



El IMC de los niños se calcula de la misma manera que la de los adultos, aplicando una sencilla fórmula en la que se divide el peso de un niño en Kg por su altura al cuadrado en metros.

Clasificación del percentil:

- Menor de 3: niño o niña en situación de bajo peso.
- Entre 3 y 85: niño o niña con peso normal.
- Entre 85 y 97: niño o niña con sobrepeso.
- Mayor de 97: niño o niña con obesidad.

De esto se desprende que todo lo que no esté entre el percentil 3 y el percentil 85 debería ser valorado por un pediatra, para actuar en consecuencia si es necesario, aportando pautas de alimentación y consejos educativos que ayuden a conseguir unos hábitos saludables que repercutan en el peso (en la mayoría de personas, unos hábitos saludables provocan un peso normal).

Peso para edad: Es un índice usado comúnmente en el control del crecimiento de los niños, en las historias clínicas y carnés de crecimiento.

Sus principales ventajas son:

- Es fácil de obtener con poco margen de error.
- Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal de un niño
- Es el índice más conocido por los trabajadores de salud.

Sin embargo, también tiene desventajas importantes:

- En niños mayores de un año puede sobre estimar la desnutrición
- No permite diferenciar adelgazamiento (desnutrición aguda) de retardo del crecimiento (desnutrición crónica). Un niño de la misma edad y peso puede estar adelgazado, tener un peso adecuado para su talla o incluso ser obeso, dependiendo de la talla.

Talla para la edad: El incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente.

Las ventajas de este índice son:

- Refleja la historia nutricional del sujeto
- Estima el grado de desnutrición crónica Las principales desventajas son las siguientes: - Requiere conocer con exactitud la edad
- La talla es más difícil de medir que el peso y tiene un mayor margen de error
- No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda.

Peso para edad: Es un índice usado comúnmente en el control del crecimiento de los niños, en las historias clínicas y carnés de crecimiento.

Sus principales ventajas son:

- Es fácil de obtener con poco margen de error.
- Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal de un niño.
- Es el índice más conocido por los trabajadores de salud.

Sin embargo, también tiene desventajas importantes:

- No permite diferenciar adelgazamiento (desnutrición aguda) de retardo del crecimiento (desnutrición crónica). Un niño de la misma edad y peso puede estar adelgazado, tener un peso adecuado para su talla o incluso ser obeso, dependiendo de la talla.

Talla para la edad: El incremento de talla es más lento que el incremento de peso.

Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente.

Las ventajas de este índice son:

- Refleja la historia nutricional del sujeto

- Estima el grado de desnutrición crónica Las principales desventajas son las siguientes: - Requiere conocer con exactitud la edad
- La talla es más difícil de medir que el peso y tiene un mayor margen de error
- No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda.

Peso para la talla: Este índice compara el peso de un individuo con el peso esperado para su talla y esto permite establecer si ha ocurrido una pérdida reciente de peso corporal (desnutrición aguda). (Castro, 2016)

1.11.4. Clasificación del estado nutricional

- Desnutrición. La desnutrición es definida como la patología derivada de la subutilización de los nutrientes esenciales en las células del cuerpo. Es el resultado de la disponibilidad inadecuada de energía y nutrimentos en el organismo y/o consumo deficiente de alimentos o nutrimentos. La pérdida de peso y las alteraciones en el crecimiento son las principales manifestaciones del mal estado nutricional y basados en el peso esperado del niño (de acuerdo a su edad o estatura) se hace el cálculo que determina el grado de desnutrición
- Marasmo (desnutrición no edematosa). En este tipo de desnutrición severa, causado por pérdida de masa muscular y grasa, el niño o niña está severamente emaciado y tiene apariencia de «piel y huesos». La cara del niño o niña luce como la de un anciano con pérdida de grasa subcutánea; sin embargo, puede ser que los ojos se mantengan alertas. Las costillas pueden verse fácilmente. Es posible la presencia de pliegues de piel en los glúteos y piernas (signo de pantalón), que lo hacen verse como si el niño o niña llevara puesto un «pantalón holgado». El P/E e IMC/E de estos niños o niñas son muy bajos.

- Kwashiorkor (desnutrición edematosa). En este tipo de desnutrición severa, los músculos están emaciados, pero no es notorio debido a que presentan edema generalizado (hinchazón por causa del exceso de líquido en los tejidos). El niño o niña está retraído, irritable, notoriamente enfermo y se niega a comer. La cara luce redonda (debido al edema) y presenta pelo fino, escaso y a veces decolorado. La piel tiene manchas simétricas decoloradas posteriormente se agrieta o se descama. Un niño o niña con kwashiorkor usualmente tiene bajo P/E, pero el edema puede enmascarar su verdadero peso.
- Peso bajo. Disminución del peso en los niños/as debido al desequilibrio entre el aporte de nutrientes a los tejidos, ya sea por una dieta inapropiada o utilización defectuosa por parte del organismo
- El bajo peso corporal puede ser resultado de nuestros genes y la constitución que cargamos desde que nacemos, pues en este caso, sí la alimentación es sana y equilibrada los riesgos se reducen grandemente, pero en los casos en que el bajo peso corporal es causado por una enfermedad o por la obsesión de estar “delgado” a expensas de dietas estrictas y ejercicio intenso, estas consecuencias son más frecuentes
- Normal: si los indicadores peso para la edad, peso para la talla y talla para la edad se encuentran entre los puntos de cohorte de normalidad (+2 a -2), se le considera como niño eutrófico.
- Sobrepeso. Caracterizado por la acumulación excesiva de grasa en el organismo. El organismo aumentará de peso por recibir y asimilar exceso de alimentación, o por gastar poco de lo asimilado. Esto se deberá a factores causales exógenos

(alimentación excesiva e inactividad) y también puede deberse a factores endógenos (glandular y endocrino). Hay diversos factores que contribuyen al sobrepeso y que pueden actuar aislada o conjuntamente. Pueden estar implicados los factores genéticos, el estilo de vida, o ambos al mismo tiempo. A veces, el exceso de peso obedece a problemas endocrinos, síndromes genéticos y/o determinados medicamentos.

- El sobrepeso en la infancia es una realidad y el riesgo de desarrollar esta patología en aumento en las últimas décadas a nivel mundial, tanto en países desarrollados como en vía en desarrollo, se ha descrito diferentes factores de riesgo asociados con esta patología, los cuales difieren en las distintas poblaciones. Cuando el indicador peso para la talla es de $< +3$ desviaciones estándar de acuerdo a la población de referencia.
- Obesidad. La obesidad, se define como una enfermedad crónica no transmisible que se caracteriza por el exceso de tejido adiposo en el organismo, que se genera cuando el ingreso energético (alimentario) es superior al gasto energético (actividad física) durante un periodo suficientemente largo. La obesidad resulta de un desequilibrio entre el consumo y el gasto de energía, aunque también está asociada a factores sociales, conductuales, culturales, fisiológicos, metabólicos y genéticos.
- Obesidad infantil. La obesidad infantil es una enfermedad que actualmente preocupa a los pediatras y a los profesionales de la salud por que representa un factor de riesgo para un número creciente de enfermedades crónicas en la etapa adulta. Es importante saber que es normal que a los cuatro meses de edad se tenga gran cantidad de grasa, que disminuya de forma constante entre los dos y seis años y aumente alrededor de los siete años. Sin embargo, si un niño es obeso entre los seis meses y siete años de

edad, la probabilidad de que sigan siendo obesos en la edad adulta es del 40%, si un niño es obeso entre los diez y trece años, las probabilidades son 70%. Esto se explica porque las células que almacenan grasa (adipocitos) se multiplican en esta etapa de la vida por lo cual aumenta la posibilidad del niño de ser obeso cuando adulto. Un niño (de 6 hasta 19 años) se considera obeso cuando su peso supera en más de un 20% el peso medio ideal para su edad, talla y sexo (Ordoñez, 2017)

d. MATERIALES Y MÉTODOS

1.12. Tipo de estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo, permitiendo describir las características de la población referente a los conocimientos sobre alimentación complementaria y la relación que tiene con el estado nutricional en los niños del “Centro Infantil Municipal Mercado Mayorista”, y de corte transversal porque se evaluó las variables en una población específica en un tiempo determinado; también se considera que es de tipo correlacional, puesto que estableció una relación entre las categorías conocimiento de alimentación complementaria y su influencia en el estado nutricional.

1.13. Población

La población objetivo estuvo conformado por los 100 cuidadores, que son las madres, padres o representantes y los 100 niños/a que asisten al “CENTRO INFANTIL MUNICIPAL MERCADO MAYORISTA” en edades comprendidas entre los 6 meses a 3 años, ya que es un número manejable para trabajar con el 100% de la población en estudio. La técnica de muestreo utilizado es probabilística ya que todos los cuidadores y niños/a tienen la misma probabilidad de participar, durante la fase de recolección de datos.

1.13.1. Criterios de inclusión

- Cuidadores que son las madres, padres o representantes de los niños/a del “Centro Infantil Municipal Mercado Mayorista”.
- Niños que asisten al “Centro Infantil Municipal Mercado Mayorista”

1.13.2. Criterios de exclusión

- Maestros
- Familiares que no tenga convivencia con el niño.

1.14. Técnica

La recopilación de información en primera instancia se llevó a cabo una encuesta semiestructurada dirigida a las participantes, donde se pidió su colaboración para la constancia del cuestionario el cual constó de diversos ítems con opciones de respuesta, relacionadas al tema investigado.

Para recolectar los datos sobre el estado nutricional de los niños se utilizó, el peso y la talla del niño/a, aplicando la fórmula para establecer el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso [kg]} / \text{talla}^2 \text{ [m]}$). Con los resultados se determinó si el niño/a se encuentra con bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, según tablas con patrones de crecimiento que se obtuvieron de la página de la OMS.

1.15. Instrumento de recolección de información

Se aplicó la técnica de la encuesta para la recolección de datos que consta de un cuestionario de 13 preguntas con diversos ítems con opciones de respuestas, de las cuales 10 ítems corresponden a conocimiento y 3 corresponden a opinión, en la cual cada ítem de conocimiento se le colocó una puntuación de 1 punto por pregunta. En cuanto a la calificación se situó diferentes puntuaciones, de 1 a 3 corresponde conocimiento bajo, de 4 a 7 corresponde conocimiento medio, y de 8 a 10 corresponde a un conocimiento alto. Esta se aplicó a los cuidadores de los niños que acuden al “Centro Infantil Municipal Mercado Mayorista” durante período de Septiembre 2018- Marzo 2019, para verificar el conocimiento sobre alimentación complementaria.

Para el cálculo del estado nutricional de los niños se peso y tallo a cada uno de ellos, aplicando la fórmula para determinar el IMC, una vez obtenido el mismo de cada niños/a, colocamos a cada individuo en el percentil que corresponde, menor de 3 niño/a en situación

de bajo peso, entre 3 y 85 niño/a con peso normal, entre 85 y 97 con sobrepeso y mayor a 97 niño/a con obesidad.

Para la validación y el análisis de fiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto en 15 cuidadores; posterior a ello se hizo uso del programa SPSS, para la determinación del Alfa de Cronbach, el resultado obtenido fue de: 0,606 que nos da una fiabilidad adecuada.

1.16. Procedimiento:

Se realizó una encuesta a cada cuidador de los niños/a, en las cuales ellas contestaron de acuerdo a su conocimiento, se explicó el objetivo de la investigación, con la confiabilidad de que los resultados sean adecuados para tabular los datos.

Para pesar a los niños se utilizó una báscula digital de marca ACCUWEIGHT, que se la colocó en un piso plano y consistente, al niño/a se lo subió con la menor cantidad de prendas de vestir, su mirada al frente, con los pies juntos, en el centro de la báscula. Para medir adecuadamente la estatura, en el mismo piso consistente y plano, y con la ayuda de una cinta métrica se procedió a medir a los niños/a descalzos, el niño/a se paró con los pies juntos y contra la pared, las piernas bien rectas, los brazos a los lados y los hombros en el mismo nivel, con la mirada al frente. Se usó un objeto plano que se colocó sobre la cabeza para formar un ángulo de 90° grados con la pared y bajar hasta que toque finalmente la corona de la cabeza, y se registró la talla.

Para medir a los niños menores de un año, se colocó la cinta métrica a un costado de una mesa con bordes laterales, en la cual se recostó al niño con su cabeza contra el borde superior de la mesa, sus piernas bien estiradas y utilizando un objeto plano contra el talón de los pies del niño se logró conseguir la talla del niño.

1.17. Análisis de datos

1.17.1. Proceso de análisis de datos

El análisis e interpretación de los datos obtenidos a través del instrumento fueron ingresados al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), mediante el cual se tabuló y se obtuvieron las tablas. Finalmente, mediante el programa mencionado anteriormente, se realizó la prueba estadística de chi - cuadrado para determinar la relación entre las variables conocimiento del cuidador sobre alimentación complementaria y estado nutricional de los niños, obteniéndose un p valor de 0,004 ($p= 0.5$) demostrándose que tienen una relación estadística significativa.

1.18. Área de estudio

El área de estudio es el “Centro Infantil Municipal Mercado Mayorista”, cuyo centro tiene 30 años de funcionamiento, se encuentra ubicado al norte de la ciudad de Loja en las calles Av. Nueva Loja y Guaranda en el Mercado Mayorista, el cual ofrece cuidado integral a menores desde seis meses hasta tres años de edad, con una capacidad de 100 niños a los cuales les brindan alimentación diaria que cumple con las disposiciones específicas impartidas por la nutricionista de la institución, cuatro aulas debidamente equipadas y amplias instalaciones para el desarrollo del aprendizaje de los niños; éste trabajo lo desarrollan 15 educadoras en diferentes campos de formación en áreas de parvularia, psicólogas, psicorehabilitadoras para recibir todos estos beneficios las madres de los niños que asisten al centro pagan una cuota mensual.

e. RESULTADOS

Tabla 1

Conocimiento del cuidador sobre alimentación complementaria.

| PREGUNTAS ACERTADAS | CONOCIMIENTO | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|----|--------------|-----|-------------|-----|--------------|------|
| | BAJO | | MEDIO | | ALTO | | TOTAL | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| 1-3 | 6 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0% | 6 | 6% |
| 4-7 | 0 | 0% | 76 | 76% | 0 | 0% | 76 | 76% |
| 8-10 | 0% | 0% | 0 | 0% | 18 | 18% | 18 | 18% |
| TOTAL | 6 | 6% | 76 | 76% | 18 | 18% | 100 | 100% |

Fuente: Encuesta

Elaboración: Mayra Alejandra Mendoza Morocho

En relación al conocimiento sobre alimentación complementaria, destacamos que la mayoría de los cuidadores poseen un conocimiento medio tomando en cuenta que existe entre 4 a 7 preguntas correctas, de igual manera una quinta parte acertó de 8 a 10 preguntas que conciernen a un conocimiento alto, además se evidencia un bajo conocimiento debido a que hay entre 1 a 3 aciertos de la encuesta realizada.

Tabla 2*Caracterización del cuidador sobre referentes de alimentación complementaria*

| CARACTERIZACIÓN | | CONOCIMIENTO | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------|----------|--------------|----------|-------------|----------|
| | | BAJO | | MEDIO | | ALTO | |
| | | f | % | f | % | f | % |
| SEXO DEL CUIDADOR | FEMENINO | 4 | 4% | 55 | 55% | 14 | 14% |
| | MASCULINO | 4 | 4% | 21 | 21% | 2 | 2% |
| EDAD DEL CUIDADOR | 15 A 25 | 1 | 1% | 34 | 34% | 9 | 9% |
| | 26 A 35 | 4 | 4% | 31 | 31% | 9 | 9% |
| | 36 A MÁS DE 40 | 1 | 1% | 11 | 11% | 0 | 0% |
| ESTADO CIVIL | SOLTERA | 7 | 7% | 32 | 32% | 1 | 1% |
| | CASADA | 6 | 6% | 34 | 34% | 3 | 3% |
| | UNIÓN LIBRE | 5 | 5% | 10 | 10% | 1 | 1% |
| | DIVORCIADA | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| LUGAR DE PROCEDENCIA | LOJA | 15 | 15% | 52 | 52% | 6 | 6% |
| | FUERA DE LOJA | 3 | 3% | 24 | 24% | 0 | 0% |
| NIVEL DE ESTUDIO | PRIMARIA | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| | SECUNDARIA | 10 | 10% | 26 | 26% | 4 | 4% |
| | UNIVERSITARIA | 8 | 8% | 49 | 49% | 2 | 2% |
| | OTRO | 0 | 0% | 1 | 1% | 0 | 0% |

*Fuente: Encuesta**Elaboración: Mayra Alejandra Mendoza Morocho*

De la población total encuestada se puede evidenciar que la mayoría de cuidadores con conocimiento medio son de sexo femenino, con edades comprendidas entre 15 a 25 años, en un mayor porcentaje son de estado civil casados, en cuanto al lugar de procedencia son de Loja y poseen un nivel de estudio universitario.

Tabla 3

Caracterización del cuidador sobre referentes con el estado nutricional de los niños del “Centro Infantil Municipal Mercado Mayorista”.

| CARACTERIZACIÓN | REFERENTES | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------|----|-------|----|------|---|-----------------------------|---|-------------|----|-----------|---|----------|---|----|
| | CONOCIMIENTO | | | | | | ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO | | | | | | | | |
| | Bajo | | Medio | | Alto | | Bajo peso | | Peso normal | | Sobrepeso | | Obesidad | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | |
| RELACIÓN CON EL NIÑO | MADRE | 12 | 12% | 49 | 49% | 3 | 3% | 5 | 5% | 50 | 50% | 6 | 6% | 3 | 3% |
| | PADRE | 4 | 4% | 18 | 18% | 2 | 2% | 3 | 3% | 18 | 18% | 3 | 3% | 0 | 0% |
| | HERMANA/O | 2 | 2% | 5 | 5% | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 5% | 1 | 1% | 1 | 1% |
| | ABUELITOS | 0 | 0% | 1 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| | OTRO | 0 | 0% | 3 | 3% | 1 | 1% | 1 | 1% | 3 | 3% | 0 | 0% | 0 | 0% |

Fuente: Encuesta

Elaboración: Mayra Alejandra Mendoza Morocho

Se puede apreciar con respecto al conocimiento sobre alimentación complementaria que el porcentaje más alto es el de las madres con un conocimiento medio, así mismo en relación al estado nutricional del niño se evidencia que la mitad se encuentran en un peso normal.

Tabla 4

Estado nutricional según el IMC de los niños/a del “Centro Infantil Municipal Mercado Mayorista”.

| ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS | f | % |
|--|----------|----------|
| BAJO PESO | 9 | 9% |
| PESO NORMAL | 77 | 77% |
| SOBREPESO | 10 | 10% |
| OBESIDAD | 4 | 4% |
| TOTAL | 100 | 100% |

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Mayra Alejandra Mendoza Morocho.

Se evidencia que la mayoría de niños/a que asisten al “Centro Infantil Municipal Mercado Mayorista” se encuentran con un peso normal, llama la atención que también existen casos con sobrepeso, bajo peso y obesidad, aunque en menor porcentaje.

Tabla 5

Relación entre el conocimiento sobre alimentación complementaria y estado nutricional de los niños del “Centro Infantil Municipal Mercado Mayorista”.

| CONOCIMIENTO | ESTADO NUTRICIONAL | | | | | | |
|---------------------|---------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|----------|
| | BP | PN | SP | OB | CH2 | gl | p |
| CONOCIMIENTO | 4 | 2 | 0 | 0 | | | |
| BAJO | | | | | | | |
| CONOCIMIENTO | 3 | 64 | 6 | 3 | | | |
| MODERADO | | | | | 19,071 | 6 | 0,004 |
| CONOCIMIENTO | 2 | 11 | 4 | 1 | | | |
| ALTO | | | | | | | |
| TOTAL | 9 | 77 | 10 | 4 | | | |

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Mayra Alejandra Mendoza Morocho

Al aplicar la prueba estadística de chi-cuadrado existe un $p= 0,004$ ($p= 0.05$) lo que nos permite determinar la relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y estado nutricional; observándose que el cuidador al tener un conocimiento medio sobre alimentación complementaria los niños se encontraran en un peso normal.

f. DISCUSIÓN

El conocimiento del cuidador sobre la alimentación complementaria en niños y niñas en edades de 6 meses a 3 años, es de gran importancia, debido a que a cierta edad la leche materna es insuficiente de aportar los nutrientes necesarios para lograr un adecuado estado nutricional en los niños/a, hay que tener un pleno conocimiento del alimento complementario adecuado, que permitirá el normal crecimiento y disminuirá la morbilidad en las primeras etapas de vida.

En cuanto a la caracterización de los cuidadores el mayor porcentaje de cuidadores tienen conocimiento medio, en un 55% son de sexo femenino, un 34 % con edades comprendidas de 15 a 25 años, un 34% de estado civil casadas, el 49% con un nivel de estudio universitario. Lo cual se corrobora con un estudio que demuestra que lo más relevante fue el 54% de madres con edades comprendidas entre 26 a 30 años, el 74% en unión libre, y un 58% con un nivel de estudio secundario. (Castro, 2016)

Al calcular el IMC para obtener el estado nutricional, se determinó que en un 77% los niños/a tienen un peso normal, enfatizando que un 10% con sobrepeso, un 9% con bajo peso y un 4% con obesidad, en comparación con un estudio realizado en Babahoyo la mayoría de los niños clasificaron dentro del rango de la normalidad y la cantidad de desnutridos no resultó alarmante. Un hallazgo importante fue el porcentaje de sobrepeso encontrado, coincidente con la tendencia mundial a la obesidad en los niños pequeños. (Valencia, 2017)

La adaptación de la alimentación complementaria depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. Las prácticas alimentarias inadecuadas son a menudo un determinante de la ingesta insuficiente en los niños. En el presente estudio los cuidadores tienen un conocimiento medio sobre alimentación complementaria en un 76%, seguido de un 18% con conocimiento alto y un conocimiento bajo en un 6%, el cual es adverso al estudio realizado en el centro de salud N3 en el cual un gran porcentaje de madres de lactantes no saben o tienen una idea errónea de este proceso, esto se ha podido demostrar mediante los datos obtenidos en donde el 53% de madres entrevistadas tienen un nivel de conocimiento malo, el 30% de madres encuestadas tienen buenos conocimientos y finalmente un 17% de encuestadas tienen conocimientos regulares. (Gonzales, 2015)

En esta investigación tenemos que el conocimiento en los cuidadores es medio en un 76%, un conocimiento alto en un 18% y a los niños/a con un estado nutricional normal en un 77% que es una cantidad casi similar, mientras que en un 9% los niños con bajo peso coinciden con las madres que tienen un conocimiento bajo estableciendo una relación que a más conocimiento mejor estado nutricional. Por lo cual coincidimos con un estudio en él se observó que en cuanto a la relación entre el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños tenemos que el 24% corresponde a las madres con un nivel alto de conocimientos y a los niños con un estado nutricional normal, de igual forma tenemos al 2% de madres que tienen conocimiento bajo y a los niños con desnutrición sumado al 2% de niños con sobrepeso. (Castro, 2016)

g. CONCLUSIONES

Una vez terminado el estudio de investigación he llegado a determinar las siguientes conclusiones en base a todo el estudio y el análisis:

- Dentro de la población encuestada la mayoría de cuidadores tienen un conocimiento medio sobre alimentación complementaria, del total de los encuestados predomina el sexo femenino; en edades comprendidas entre 15 a 25 años, de estado civil casadas, en gran parte con procedencia de Loja y poseen un nivel de estudio universitario.
- Al apreciar que el conocimiento de las madres en su mayoría es medio, se manifiesta una relación con el estado nutricional del niño, el cual en un gran porcentaje se encuentran en un peso normal.
- Al evaluar el estado nutricional de los niños se obtuvo un mayor porcentaje de niños/a con peso normal seguido de un porcentaje representativo de niños/a con sobrepeso, bajo peso y obesidad, lo que refleja que los niños/a del “Centro Infantil Municipal Mercado Mayorista” se alimentan de manera adecuada.
- Según los resultados obtenidos se puede concluir que los niños/a se encuentran en su mayoría en un estado nutricional normal, debido a que sus cuidadores en un gran porcentaje tienen un conocimiento medio de la alimentación complementaria, esto quiere decir que existe una relación entre el conocimiento del cuidador con el estado nutricional de los niños, al tener mayor conocimiento, sus hijos tendrán un mejor estado nutricional.

h. RECOMENDACIONES

- Los docentes de dicha institución deben realizar periódicamente capacitaciones a los cuidadores de los niños/a, sobre la alimentación complementaria y sus beneficios para evitar problemas de salud en lo posterior.
- A la directora del “Centro Infantil Municipal Mercado Mayorista” realizar convenios con organismos competentes o personal de salud para llevar un control de peso y talla de los niños durante su estancia.
- Es importante que la universidad tenga en cuenta que podría ayudar de cierta manera a instituciones como estas en las que los niños empiezan sus primeros años de vida ya que pueden involucrar a estudiantes a brindar charlas a sus cuidadores para que sus niños tengan un buen inicio en la alimentación y evitar complicaciones futuras.

i. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar., H. (2015). *Alimentación Coplementaria. Curso de actualización de pediatria* . Obtenido de Curso de actualización de pediatria : Obtenido de: <https://www.aepap.org/sites/default/files/complementaria.pdf>
- Aguinaga Rosa, J. X. (2013). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador Coordinación Nacional de Nutrición*. Obtenido de Normas y protocolos de alimentación para niños y niñas menores de 2 años: Obtenido: <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutrici>
- Bardales, M. I. (2013). *NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS DE*. Obtenido de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/395/1/Terrones_mi.pdf
- Bienestar, R. d. (2018). *Dieta nutrición y alimentación en las etapas de la vida*. Obtenido de Obtenido de: <https://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/alimentacion-en-las-etapas-de-la-vida/nutricion-en-los-cuatro-primeros-meses>
- Bienestar, R. d. (2018). *Lactancia materna*. Obtenido de Obtenido de: <https://www.webconsultas.com/bebes-y-ninos/el-bebe/lactancia/lo-mejor-778>
- Carvajal, L. (Septiembre de 2014). *Conocimientos y actividades de investigación y desarrollo*. . Obtenido de Obtenido de: <http://www.lizardo-carvajal.com/conocimiento/>
- Castro, k. (2016). *Conocimientos sobre alimentación complementaria y surelación con el estado nutricional del niño menor de 2 años*. Obtenido de Conocimientos sobre alimentación complementaria y surelación con el estado nutricional del niño menor de 2 años: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4699/Castro_sk.pdf?sequence=1
- enfasis, r. (2018). *Es importante la alimentación complementaria*. Obtenido de <http://www.alimentacion.enfasis.com/notas/15782-es-importante-la-alimentacion-complementaria>

- ENSANUT. (2013.). Obtenido de Obtenido de: https://www.unicef.org/ecuador/ENSANUT_2011-2013_tomo_1.pdf.
- Escobar, M. (SEPTIEMBRE de 2013). *RELACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA CON EL ESTADO NUTRRICIONAL DE LOS NIÑAS Y NIÑOS*. Obtenido de RELACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA CON EL ESTADO NUTRRICIONAL DE LOS NIÑAS Y NIÑOS: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7510/8.29.001725.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- FAO. (2016). *nutricion y salud modulo 3*. Obtenido de nutricion y salud modulo 3: <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s04.pdf>
- Florez, M. R. (2015). *Alimentación complementaria y programas de alimentación dirigidos a niños entre 6 a 24 meses de edad en Ecuador*. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4958/1/122701.pdf>
- GARNICA, J. E. (2015). *DIVERSIDAD ALIMENTARIA EN LOS NIÑOS ENTRE 6 Y 23 MESES DE EDAD EN EL AREA DE HOSPITALIZACIÓN DE*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25360/1/TESIS.pdf>
- Gonzalez, P. (2015). *Conocimientos y practicas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el centro de salud N3 de la ciudad de Loja*. Obtenido de Obtenido de: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123>
- Illinois, E. d. (2018). *Guía para el negocio del cuidado de niños*. Obtenido de Obtenido de: https://extension.illinois.edu/babysitting_sp/age-toddler-sp.cfm
- Lizbeth., L. Y. (2016). Obtenido de Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de alimentación complementaria en mades de nisños de 6 a 24 meses en el centro de salud “Baeza” .: Obtenido de: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/5672/1/06>

- Masalán, P., & Gonzalez , R. (2018). *Lactancia universidad pontifica de chile*. Obtenido de http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/grales/aut_frame.htm
- Mendoza CA, V.-L. M.-M.-L.-B. (2017). *Acta Pediatr Mex. 2017;38(3):182-201*. Obtenido de Actualidades en alimentación complementaria.: Obtenido: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedm>
- OMS. (2016). Obtenido de Datos y cifras sobre obesidad infantil. : Obtenido de: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
- OMS. (2018). *Nutricion* . Obtenido de alimentacion complementaria: http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
- Ordoñez, M. (2017). *“Estado nutricional en menores de 5 años que acuden en el Hospital Universitario de Motupe*. Obtenido de “Estado nutricional en menores de 5 años que acuden en el Hospital Universitario de Motupe: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19661/1/TESIS%20MARLO%20PATRICIO%20ORDO%20C3%91EZ.pdf>
- Realpe Silva, F. (2014). Obtenido de Universidad pontifica del ecuador Influencia de conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los cuidadores en el hogar, en el estado nutricional de los niños y niñas en edad preescolar que asisten al Centro.
- Roman, C. (2016). *estado nutricional y actividad fisica en los niños de la ciudad de loja*. Obtenido de estado nutricional y actividad fisica en los niños de la ciudad de loja: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12063/1/CINDY%20ROM%20C3%81N.pdf>
- Romero-Velarde. (2016). *revisa Scielo*. Obtenido de Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. Bol Med Hosp Infant : Obtenido: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v73n5/1665-1146-bmim-73-05-00338.pdf>
- Romero-Velarde, E., Villalpando-Carrión, S., & Pérez, A. B. (Septiembre de 2016). *Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. pages 338 – 356*. Obtenido

de Boletín médico del hospital infantil volumen .:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S16651146>

Suárez Castillo, Y. S. (2014). Obtenido de Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años. : Obtenido de: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream>

Vallejo-Solarte, M. E., Castro-Castro, L. M., & Cerezo, M. (18 de marzo de 2016). *Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años*. Obtenido de Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a12.pdf>

Vallejo-Solarte, M. E., Castro-Castro, L. M., & Cerezo, M. (18 de marzo de 2016). *Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años* . Obtenido de Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a12.pdf>

Vasco-Nav. (48: 28-30. de 2016;). *Actualización en alimentación complementaria: unificación de las hojas informativas en la CAV Bol. S.* Obtenido de Obtenido de: http://www.svnp.es/sites/default/files/alimentacion_complementaria.pdf

Ximena, J. V. (Abril de 2013). Obtenido de Relación entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional de niñas y niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al centro de salud N10 de Rumiñahui.

Ximena, J. V. (Septiembre de 2013). *Relación entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional de niñas y niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al centro de salud N10 de Rumiñahui.*

Y.M. Zamora G., E. R. (enero, vol 11(1): 38-44. de 2013). *Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad.* . Obtenido de Enferm. investig. desarro: Obtenido de: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/fa>

Zapata, L. M., Fortino, J., & Carmuega, E. (2017). *Actualidades en alimentación complementaria*.

Obtenido de scielo, revista: Obtenido de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-

[23912017000300182&lng=es&nrm=iso#B4](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912017000300182&lng=es&nrm=iso#B4)

Zúñiga, M. F. (Diciembre de 2017). *Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria*.

Obtenido de Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria:

file:///C:/Users/Mayra/Downloads/Dialnet-

ConocimientosMaternosSobreAlimentacionComplementar-6226402%20(4).pdf

j. ANEXOS

- **ANEXO # 1: Encuesta**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA**

TEMA: CONOCIMIENTOS EN EL CUIDADOR SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DEL “CENTRO INFANTIL MUNICIPAL MERCADO MAYORISTA”.

INTRODUCCION: El siguiente cuestionario tiene como objetivo determinar, como el conocimiento del cuidador influye en el estado nutricional del niño. La siguiente encuesta se ejecuta con fines académicos previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería.

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA QUE CREA USTED CONVENIENTE

SECCION I

Datos del cuidador

- Sexo

Masculino..... Femenino.....

- Edad:.....

- Relación con el niño

Madre () Padre() Hermano/a() Abuela/o() Otro()

- Estado civil

Soltero/a() Casado/a() Unión libre () Divorciado/a() Otro()

- Nivel de estudio

Primaria () Secundaria () Universitaria () Otro ()

- Lugar de procedencia

Loja ()

Fuera de Loja ()

SECCIÓN II

Datos del niño:

- Sexo

Masculino..... Femenino.....

- Edad:.....

SECCIÓN III

Conocimiento:

- Para usted alimentación complementaria es:
 - Es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, hay que añadir alimentos complementarios a su dieta.
Si () No ()
 - Es cuando se incorporan alimentos que complementan la leche materna para que el niño se encuentre en un buen estado nutricional.
Si () No ()
 - Es cuando el niño ya no recibe leche materna y se incorporan los alimentos.
Si () No ()
- Es necesario que su niño reciba alimentación complementaria
Si () No () Talvez ()
- Piensa que su desconocimiento en la alimentación complementaria afectaría en

| | | |
|--------------------------|--------|--------|
| La talla del niño | Si () | No () |
| En el estado nutricional | Si () | No () |
| En el peso del niño | Si () | No () |
- Cree que la alimentación complementaria influye en estado nutricional de su hijo
Si () No () Talvez ()
- Cree usted que brinda una adecuada alimentación a su hijo
Si () No () Talvez ()
- Porque razones usted no podría brindar una buena alimentación a su hijo

| | | |
|---------------------|--------|--------|
| Por falta de tiempo | Si () | No () |
| Por trabajo | Si () | No () |

- Por no tener los recursos económicos Si () No ()
- Desconocimiento de una buena alimentación Si () No ()
7. Desde que edad cree usted que se debe brindar la alimentación complementaria
- 6 meses ()
- 12 meses ()
- 24 meses ()
8. Con que tipo de alimento inciaría al niño durante la alimentación complementaria
- Papillas espesas ()
- Sopitas o calditos ()
- Frutas picadas ()
- Carnes ()
- Verduras crudas ()
- Cremas de verduras ()
- Arroz ()
- Cereales ()
9. Cuando el niño inicia la alimentación complementaria, cuantas veces al día debe alimentarse
- 1-2 veces al día ()
- 2-3 veces al día ()
- 4-5 veces al día ()
10. Cuando el niño tiene 12 meses edad cuantas veces al día debe alimentarse
- 2-3 veces al día ()
- 3- 4 veces al día ()
- 5- 6 veces al día ()
11. Cuando el niño tiene 24meses de edad cuantas veces al día debe alimentarse
- 3-4 veces al día ()
- 5-6 veces al día ()
- 6 veces al día ()
12. Si se realiza una adecuada alimentación al niño en que le beneficiaria
- Que no tome más leche materna ()
- Ganancia de peso y talla ()

Que aumente demasiado de peso ()

13. Piensa que sea necesario que se le capacite en la alimentación complementaria

Si ()

No ()

Talvez ()

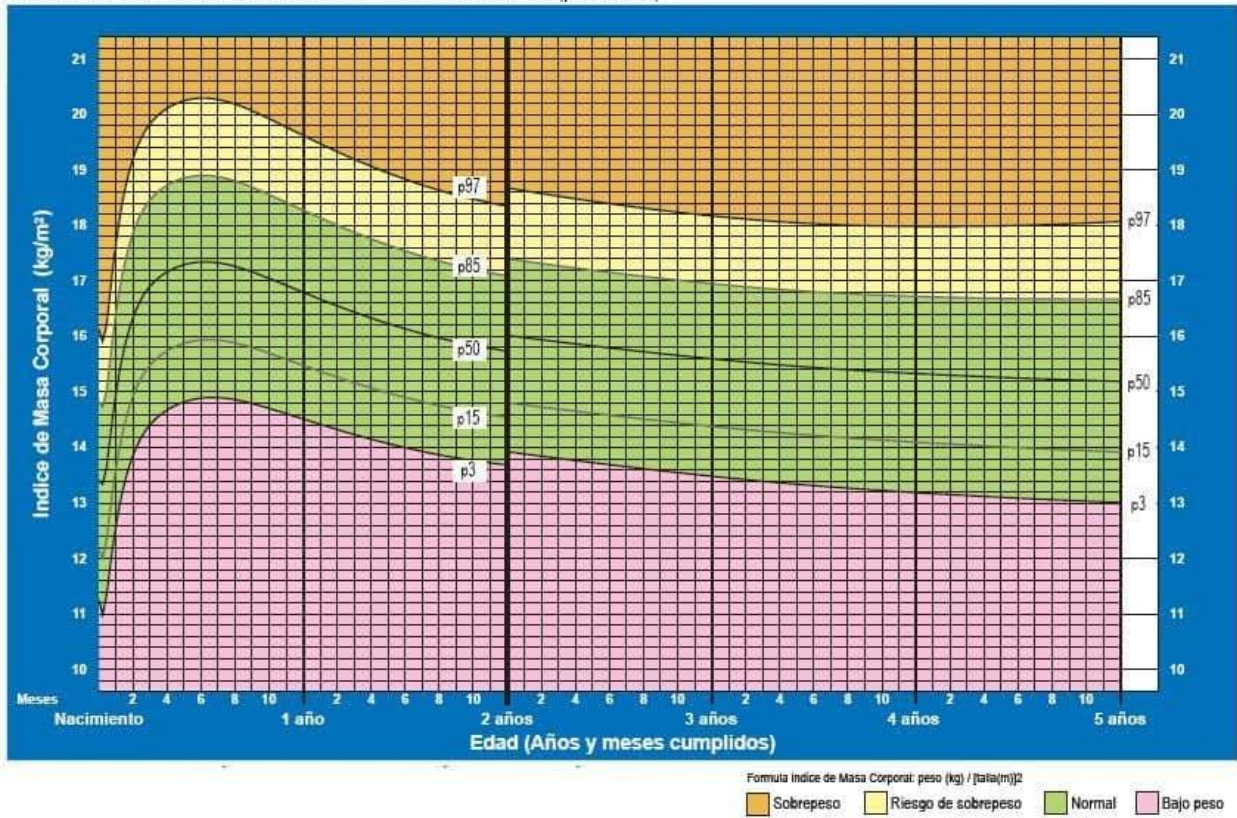
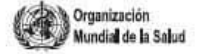
GRACIAS

- ANEXO # 3: Tabla para calcular el IMC

Clasificación de la OMS del estado nutricional de niños de 0 a 5 años según el IMC

Índice de Masa Corporal - NIÑOS

Patrones de crecimiento infantil de la OMS - Nacimiento a 5 años (percentiles)



El IMC de los niños se calcula de la misma manera que la de los adultos, aplicando una sencilla fórmula en la que se divide el peso de un niño en Kg por su altura al cuadrado en metros.

Clasificación del percentil:

- Menor de 3: niño o niña en situación de bajo peso.
- Entre 3 y 85: niño o niña con peso normal.
- Entre 85 y 97: niño o niña con sobrepeso.
- Mayor de 97: niño o niña con obesidad.

- **ANEXO # 4: Fotografías**

FOTOGRAFÍA 1: CONTROL DE PESO DE LOS NIÑOS



FOTOGRAFÍA 2: CONTROL DE TALLA DE LOS NIÑOS



FOTOGRAFÍA 3: APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LOS CUIDADORES

