

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO EN NIÑOS MENORES
DE UN AÑO DE EDAD



KATHERINE MICHELLE CUÉLLAR ALAS

CHIQUMULA, GUATEMALA, MARZO 2018.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO EN NIÑOS MENORES
DE UN AÑO DE EDAD

Estudio descriptivo transversal del patrón alimenticio en niños menores de un año de edad, en base al conocimiento de las madres que acuden a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de agosto de 2017 a marzo de 2018

KATHERINE MICHELLE CUÉLLAR ALAS

CHIQUIMULA, GUATEMALA, MARZO 2018.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO EN NIÑOS MENORES
DE UN AÑO DE EDAD

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

KATHERINE MICHELLE CUÉLLAR ALAS

Al conferírsele el título de

MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, MARZO DE 2018.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**



**RECTOR
Dr. CARLOS GUILLERMO ALVARADO CEREZO**

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. José Leonidas Ortega Alvarado
Representante de Profesores:	Lic. Zoot. Mario Roberto Suchini Ramírez
Representante de Graduados:	M.Sc. Oscar Augusto Guevara Paz
Representante de Estudiantes:	P.C. Diana Laura Guzmán Moscoso
Representante de Estudiantes:	M.E.P. José Roberto Martínez Lemus
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordon
Coordinador de Carrera:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente y Revisor:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y Revisor:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y Revisor:	MA. Rory René Vides Alonzo
Vocal y Revisor:	M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé

Chiquimula, 07 de febrero de 2018

Señores:

Miembros del Consejo Directivo
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetables señores:

En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes, el trabajo de graduación titulado: **"CARACTERIZACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD"**. Como requisito previo a optar al Título Profesional de Médica y Cirujana, en el Grado Académico de Licenciada.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

A handwritten signature in purple ink, appearing to read 'Katherine Cuéllar', with a large, stylized flourish at the end.

Katherine Michelle Cuéllar Alas
Carné No. 201143817

Chiquimula, 07 de febrero 2018

Señor Director:

M. Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

Señor Director:

En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la Maestra de Educación Primaria, Katherine Michelle Cuéllar Alas, carné No. 201143817, en el trabajo de graduación titulado **“CARACTERIZACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD”**, me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar a la mencionada sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema es un estudio descriptivo transversal acerca de la caracterización del patrón alimenticio en niños menores de un año de edad en base al conocimiento de las madres que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula, mediante la realización de una encuesta elaborada por la sustentante de dicho tema, por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión en el Examen General Público, previo a optar al Título de Médica y Cirujana, en el Grado Académico de Licenciada.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑADA A TODOS”



María Capetillo
Maestra en Salud Pública
Colegiado 11449

Dra. María Sonia Capetillo Lera
Colegiado No. 11,449



Chiquimula, 05 de marzo del 2018.
Ref. MYCTG-19-2018.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

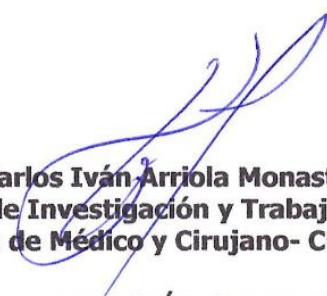
De manera atenta se le informa que la estudiante KATHERINE MICHELLE CUÉLLAR ALAS carné 201143817 ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **“CARACTERIZACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD”**, estudio realizado en el Hospital Nacional de Chiquimula, el cual fue asesorado por Dra. María Sonia Capetillo Lera, Master en Salud Pública, colegiado 11,449 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

“Id y Enseñad a Todos”


MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Encargado Unidad de Investigación y Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI-



“41 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE”

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.



Chiquimula, 05 de marzo del 2018.
Ref. MYCTG-20-2018.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante KATHERINE MICHELLE CUÉLLAR ALAS carné 201143817 ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **"CARACTERIZACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD"**, estudio realizado en el Hospital Nacional de Chiquimula, el cual fue asesorado por Dra. María Sonia Capetillo Lera, Master en Salud Pública, colegiado 11,449 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



"41 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

D-TG-MyC-014/2018

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la estudiante **KATHERINE MICHELLE CUÉLLAR ALAS** titulado **“CARACTERIZACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD”**, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación** a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **MÉDICA Y CIRUJANA**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el ocho de marzo de dos mil dieciocho.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

MSc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera

**DIRECTOR
CUNORI - USAC**



c.c. Archivo

NWGC/ars

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MIS PADRES

A MI HERMANO

A MIS ABUELOS

A MIS TÍOS

COORDINADOR DE CARRERA Y DESTACADO CATEDRÁTICO

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

A MIS REVISORES Y DESTACADOS CATEDRÁTICOS

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

Dr. Rory René Vides Alonzo

Ing. Agr. Christian Edwin Sosa Sancé

A MIS CATEDRÁTICOS

A MI ASESORA DE TESIS

Dra. María Sonia Capetillo Lera

A MIS PADRINOS

Lic. Erick Denis Roberto Cuéllar Lobos

Licda. Brenda Marisol Alas Reyes

Licda. María Elena Alas Reyes

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CUNORI

AL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA

AL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

A MIS AMIGOS

A MI NOVIO

**“Él da esfuerzo al cansado, y multiplica las fuerzas al que no tiene ninguna”
Isaías 40:29**

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Porque siempre has estado, estás y estarás en mi vida. Siempre has sido el centro de mi vida, no ha pasado un día en el cual no me sienta dichosa de ser tú hija. Te doy gracias Señor por cada triunfo y especialmente por permitirme estar hoy acá cumpliendo uno de mis sueños más grandes. Tus bendiciones han sido innumerables y tu amor un regalo cada día en mi vida.

A MIS PADRES: Elida Hermilda Alas Reyes y Erick Denis Roberto Cuéllar Lobos, por amarme tanto. Gracias por ser mis padres, han sido el mejor regalo de Dios para mí. A mi mamá en especial, gracias en primer lugar por haberme enseñado a amar a Dios. Por ser una mujer fuerte, luchadora y llena de virtudes, mi ejemplo a seguir y espero un día ser una mujer y una madre tan maravillosa como lo has sido con mi hermano y conmigo. Gracias por tantos consejos, abrazos, apoyo y sacrificios. Sé que muchas veces no estamos de acuerdo en todo, pero mi vida no sería igual si no te tuviera.

Prometo esforzarme y trabajar cada día de mi vida para hacerlos sentir orgullosos y dichosos de ser mis padres. Los amo y le pido a Dios tenerlos muchos años más a mi lado. **A MI HERMANO:** Erick Roberto Cuéllar Alas, sé que puedo contar con vos en cualquier momento de mi vida así como puedes contar conmigo. Sé que no somos los hermanos más expresivos del mundo en lo que a muestras de cariño se refiere, pero con tus acciones me has demostrado tu amor y el buen hermano que mis papás te han enseñado ser. Te amo mucho y espero pronto verte acá en éste lugar, cumpliendo tu sueño.

A MIS ABUELOS: Humberto Alas (Q.E.P.D.). Te extraño todos los días desde que te fuiste y aunque no estás físicamente hoy acá, sé que estás sonriendo allá arriba, orgulloso y feliz de verme graduándome. Un abrazo hasta el cielo, te amo hoy y siempre.

Sara Luz Reyes, gracias abuela por todos tus cuidados para mí; durante 6 meses cada mañana me preparabas el desayuno y mi refacción cuando llegaba cansada después de cada turno, no importaba la hora que llegara estabas atenta esperándome. Haz sido alguien importante en mi vida, cuidándome desde pequeña, amándome incondicionalmente por 25 años. Me siento tan dichosa de que estés hoy acá conmigo

compartiendo este logro y le pido a Dios tenerte muchos años más para que puedas estar presente en todos los momentos importantes de mi vida. Te amo mucho.

A mis abuelos paternos, Roberto Salvador Cuéllar y Edna Lobos, los amo mucho. Dios bendiga siempre sus vidas.

A MIS TÍAS Y TÍOS: Sé que no las llamo tías y probablemente sea porque son más que eso, las amo como a una segunda mamá a cada una.

Elena, gracias por haberme apoyado y junto con mi mamá velar que nada me faltara. No era tu obligación y aún así lo hiciste con todo tu amor y sin pedir nada a cambio. Te amo muchísimo y te admiro por ser una mujer fuerte, trabajadora, esmerada, una gran líder y persona.

Marisol, probablemente después de mi mamá fuiste quién más tiempo estuvo ahí conmigo desde pequeña, cuidando y durmiéndome en tu pecho cuando mi mamá estaba en la universidad. Sos la que más me regaña cuando se debe, pero sé que es con amor. Junto con Josué han sido unos buenos tíos y estoy muy agradecida por todo su apoyo, palabras de ánimo y cuidados... sé que estarían ahí sin dudarlo si yo lo necesito.

Gloria, cuando era pequeña me encantaba pasar tiempo con vos, aún recuerdo lo mucho que me gustaba acompañarte a donde ibas. Me apoyaste cuando quise probar algo nuevo con mi cabello y sé que estarás ahí también cuando cambios más grandes vengan a mi vida, apoyándome y cuidándome.

Gracias a cada una por enseñarme junto con mi mamá a ser una mujer fuerte, esmerada, trabajadora, correcta, independiente y feliz conmigo misma. Son grandes ejemplos para mi vida y las amaré hoy y siempre. Y para mis demás tíos y tías: Roselia, Alicia, Luis, Osiel, Astrid e Ingrid, un agradecimiento especial a quienes les tengo un gran cariño.

A MIS PRIMOS: Gaby, Alejandro, Alejandra, Eduardo, David, Pablo, Celeste, Fernando y Diana, los vi desde bebés a la mayoría y los esperé con tanta emoción para poder cargarlos, quererlos y cuidarlos. Han sido como mis hermanos y han llenado de felicidad mi vida.

A mi prima Rocio Cuéllar, aún recuerdo como podíamos pasar todo el día jugando Barbies y cuanto juego se nos ocurriera, éramos inseparables. Sé que crecimos y nos distanciamos pero te quiero muchísimo. Las cosas no han sido fáciles en tu vida, pero quiero que sepas que siempre estaré ahí cuando lo necesites. Estoy orgullosa de la gran mujer en la que te has convertido.

A MI ASESORA DE TESIS: Dra. María Sonia Capetillo Lera, en primer lugar, gracias por haber aceptado guiarme en este arduo camino, porque sin sus consejos y su guía no hubiera podido llevar a cabo todo lo logrado. Gracias también porque no solo fue mi asesora sino también mi amiga. La quiero mucho y en hora buena, llegamos al final.

A MI NOVIO: Roger León, mi mejor amigo, mi compañero, mi novio y en todo este viaje, mi apoyo y mano derecha. Sos una bendición en mi vida y estoy agradecida de tenerte en ella. Haz hecho menos duro y solo el viaje por este largo camino. Sé que no siempre fue fácil y no lo será, pero has sabido amarme y comprenderme aun cuando muchas veces no tenía yo la razón. En los peores momentos, tu hombro estuvo ahí para que yo pudiera llorar y tus brazos para hacerme sentir segura. En los mejores momentos, tu sonrisa fue compañera de la mía. Gracias por tus porras, por ser muchas veces ese empujón que necesitaba y por amarme de la forma en que lo has hecho durante todo estos años. No sé cuánto tiempo me quede a tu lado, pero te amaré todo el tiempo que pueda.

A MIS AMIGAS: Jackie, Helen, Vilma, Aury, Marilin, Rocío y Gaby. Cada una es especial para mí y aunque no nos vemos o hablamos a diario, cuando nos reunimos es como si el tiempo no pasara. Las quiero mucho, gracias por una amistad tan sincera y bonita. Más que mis amigas, mis hermanas.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE CARRERA: Laura, aún recuerdo nuestras pijamadas con Ricky para los cortos de anatomía y semana de parciales, aunque ganamos un par de libras, también ganamos buenos momentos y recuerdos que jamás se irán. Gracias Ricky, por habernos rescatado de anatomía cuando no entendíamos nada y más que eso brindarnos tu amistad.

Olga, estuviste ahí alegrándome durante nuestra rotación por ginecología y yo echándote porras durante nuestros turnos del mal en recién nacidos. Te quiero mucho y sé que sin importar lo lejos que estemos siempre nos unirá nuestra amistad.

Jeff, siempre sabes cómo hacerme reír con tus ocurrencias. Sos especial para mí y aunque muchas veces peleábamos y dejábamos de hablarnos, sabía que lo solucionaríamos porque me querés y yo a vos.

Y a los que no menciono por nombre, también gracias por haber sido parte de esta familia que a través de seis años formé, ahora son parte de mi historia. Los quiero a todos.

Katherine Michelle Cuéllar Alas.

RESUMEN

CARACTERIZACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD

Katherine M. Cuéllar Alas¹, Dr. Edwin D. Mazariegos^{2y3}, Dr. Carlos I. Arriola³, Dra. Sonia Capetillo⁴
Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca El Zapotillo zona 5
Chiquimula, tel. 78730300 ext. 1027

Introducción: Mundialmente, se ha estimado que el 34.8% de los lactantes reciben lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida y que los alimentos complementarios son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y son, en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros.

Objetivos: Caracterizar el patrón alimenticio en niños menores de 1 año de edad en base al conocimiento de las madres que acuden a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula.

Justificación: La LME óptima podría evitar, globalmente, el 13% de muertes en niños menores de 5 años y prácticas apropiadas de alimentación complementaria lograr un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de 5 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, el cual se realizó encuestando de manera verbal a 288 madres de niños menores de 1 año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula.

Resultados y discusión: De 288 niños menores de 1 año de edad, 69.4% (200) recibieron LME: 68.8% (150) del grupo de menores o igual a 6 meses y 71.4% (50) del grupo de 7 a menores de 12 meses en el momento de la encuesta. La principal razón por la que no se cumplió con LME fue en un 30.6% por escasa o nula producción de leche. La edad de inicio de la alimentación complementaria fue a los 6 meses con 55.05% y el principal grupo alimenticio utilizado para la ablactación fue tubérculos con 77.1%.

Palabras Clave: Lactancia materna exclusiva, alimentación mixta, fórmula exclusiva de inicio, ablactación, patrón alimenticio.

¹Investigadora

^{2y3} Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edwin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es

³Revisor de Tesis

⁴Asesora de Tesis

ABSTRACT

CHARACTERIZATION OF THE ALIMENTARY PATTERN IN CHILDREN YOUNGER THAN ONE YEAR OLD

Katherine M. Cuéllar Alas¹, Dr. Edwin D. Mazariegos^{2y3}, Dr. Carlos I. Arriola³, Dra. Sonia Capetillo⁴
Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca El Zapotillo zona 5
Chiquimula, tel. 78730300 ext. 1027

Introduction: Worldwide it is estimated that 34.8% of the infants receive breastfeeding exclusively (LME) during the first six months of life and the supplementary food are introduced too early or too late and are general nutritionally inadequate and insecure.

Objectives: Characterization of the alimentary pattern in children younger than one year old on the base of the mother's knowledge of the outpatients that come to the National Hospital of Chiquimula.

Justification: The optimum LME could prevent, worldwide the 13% of deaths in children younger than 5 years old and appropriate supplementary feeding practices could have additional benefit of 6% in the reduction of mortality in children younger than 5 years old.

Material and methods: Descriptive cross-sectional study, where verbally polled 288 mothers of children under one year old, that went to external consultations of the National Hospital of Chiquimula.

Results and discussions: Of 288 children younger than one year old, 69.4% (200) got LME: 68.8% (150) of the group of 6 months or younger and 71.4% (50) of the group of 7 months to 12 months in the moment of the survey. The main reason why it wasn't fulfilled the LME was a 30.6% for little or no milk production. The age of the beginning of the supplementary feeding was at six months with 55.05% and the main feeding group used for the ablation were tubercles with 77.1%.

Keywords: exclusive maternal breastfeeding, mix alimentation, exclusive formula from the beginning, ablation, alimentary patterns.

¹Investigadora

^{2y3} Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edwin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es

³Revisor de Tesis

⁴Asesora de Tesis

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁGINA
RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	ii
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
a. Antecedentes del problema	1
b. Hallazgos y estudios realizados	3
c. Definición del problema	8
II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	9
a. Delimitación teórica	9
b. Delimitación geográfica	9
c. Delimitación institucional	10
d. Delimitación temporal	10
III. OBJETIVOS	11
a. Objetivo general	11
b. Objetivos específicos	11
IV. JUSTIFICACIÓN	12
V. MARCO TEÓRICO	13
a. Prácticas recomendadas para la alimentación del lactante y niño pequeño.	13
b. Alimentación de 0 a 6 meses.	14
c. Lactancia materna	14
d. Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida	15
e. Composición de la leche materna humana y variaciones normales	16
f. Beneficios de la lactancia materna	18
g. Contraindicaciones de la lactancia materna	19
h. Lactancia artificial	20
i. Alimentación complementaria	21

j. Características fundamentales de la alimentación complementaria	22
k. Número apropiado de comidas	23
l. Guía de introducción de alimentos	24
m. Alimentación perceptiva	28
n. Alergias alimentarias	28
o. Recomendaciones para prevenir las alergias	29
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	30
a. Tipo de estudio	30
b. Área de estudio	30
c. Universo o muestra	30
d. Sujeto u objeto de estudio	30
e. Criterios de inclusión	31
f. Criterios de exclusión	31
g. Variables a estudiar	31
h. Operacionalización de variables.	31
i. Técnicas e instrumentos para la recolección de los datos	32
j. Procedimientos para la recolección de información	33
k. Plan de análisis	33
l. Procedimientos para garantizar aspectos éticos	34
m. Cronograma	35
n. Recursos	36
Humanos, Físicos, Financieros	36
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	37
VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS	63
IX. CONCLUSIONES	68
X. RECOMENDACIONES	70
XI. PROPUESTA	71
XII. BIBLIOGRAFÍA	80
XIII. ANEXOS	84

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	CONTENIDO	PÁGINA
Gráfica 1.	Distribución de la edad de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre del año 2017.	37
Gráfica 2.	Distribución según el estado civil de madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	38
Gráfica 3.	Distribución según escolaridad de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	39
Gráfica 4.	Distribución de acuerdo a la profesión u oficio de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	40
Gráfica 5.	Distribución de acuerdo a la religión de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	41

Gráfica 6.	Distribución según procedencia de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	42
Gráfica 7.	Distribución según la etnia de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	43
Gráfica 8.	Distribución según área geográfica de las madres de niños menores de un año de edad que consultaron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	44
Gráfica 9.	Distribución según el número de hijos que posee cada madre de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	45
Gráfica 10.	Distribución de acuerdo al tipo de alimento que es mejor para la alimentación del niño/niña cuando aún no puede ingerir comida según las madres de niños menores de un año de edad que acuden a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	46

Gráfica 11.	Distribución de acuerdo al beneficio de la lactancia materna según el conocimiento de las madres de niños menores de un año que acuden a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	47
Gráfica 12.	Frecuencias y porcentajes de los grupos de alimentos con los que se debe iniciar alimentación complementaria o ablactación en base al conocimiento de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	48
Gráfica 13.	Distribución de acuerdo a los sustitutos de la leche materna en los primeros seis meses de vida del bebé en caso de que la madre no pueda dar pecho, en base al conocimiento de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	50
Gráfica 14.	Razones más frecuentes por las cuales las madres suspenden la alimentación de niños menores o igual a 6 meses con lactancia materna exclusiva que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	51
Gráfica 15.	Frecuencias y porcentajes de los grupos de alimentos más utilizados para el inicio de ablactación por las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	53

ÍNDICE DE CUADROS

	CONTENIDO	PÁGINA
CUADRO 1.	Contraindicaciones de la lactancia materna	19
CUADRO 2.	Guía de introducción de nuevos alimentos durante el primer año de vida	27
CUADRO 3.	Distribución según edad de niños menores de un año de edad que acudieron con sus madres a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	55
CUADRO 4.	Distribución de acuerdo a la edad a la cual se debería de dar únicamente pecho al bebé y a qué edad se debe iniciar la alimentación complementaria según el conocimiento de las madres de niños menores de un año de edad que acuden a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	56
CUADRO 5.	Prevalencia de alimentación con lactancia materna exclusiva (LME), prevalencia de la alimentación con fórmula exclusiva (de inicio) y alimentación mixta en niños/niñas menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	57

CUADRO 6.	Distribución de madres que han iniciado alimentación complementaria (AC) o ablactación al momento de la encuesta, en niños/niñas menores de un año de edad que acudieron con sus madres a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	59
CUADRO 7.	Distribución de acuerdo a la edad de inicio de alimentación complementaria (AC) o ablactación en niños/niñas menores de un año de edad que acudieron con sus madres a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.	60
CUADRO 8.	Distribución de acuerdo a quién ha recomendado el grupo de alimentos para el inicio de la alimentación complementaria a las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula durante octubre a noviembre de 2017.	61
CUADRO 9.	Frecuencias y porcentajes de quién ha recomendado las acciones aplicadas sobre la alimentación de sus hijos/hijas a las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula durante octubre a noviembre de 2017.	62

INTRODUCCIÓN

La malnutrición es responsable, directa o indirectamente, de aproximadamente un tercio de las muertes de los menores de 5 años; bastante más de dos tercios de estas muertes, a menudo relacionadas con prácticas alimentarias inadecuadas, se producen en el primer año de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida y mantenerla como única forma de alimentación durante los 6 meses siguientes; a partir de entonces, se recomienda seguir con la lactancia materna hasta los 2 años, como mínimo y a partir de los 6 meses de edad complementarla adecuadamente con otros alimentos variados, adecuados, inocuos y nutritivos, sin abandonar la lactancia materna, por lo cual se le conoce como alimentación complementaria o ablactación.

En los dos primeros años de la vida de un niño, una nutrición óptima impulsa un crecimiento sano y mejora el desarrollo cognitivo. Además, reduce el riesgo de sobrepeso, obesidad y de desarrollar enfermedades no transmisibles más adelante.

Se realizó un estudio con el cual se determinó en base al conocimiento de las madres el patrón alimenticio de niños/niñas menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula a través de una encuesta realizada a un total de 288 madres.

Un total de 200 (69.4%) niños menores de un año de edad recibió lactancia materna exclusiva en sus primeros 6 meses de vida y 88 (30.6%) niños menores de un año recibió alimentación mixta o fórmula exclusiva de inicio como sustituto de la lactancia materna. La edad de inicio de alimentación complementaria fue de los 6 meses con 55.05% y el principal grupo alimenticio utilizado fue tubérculos 77.1%. Esto nos muestra de manera significativa que el patrón alimenticio de los niños menores de un año de edad en Chiquimula, se encuentra dentro de los parámetros establecidos por la OMS y la importancia de seguir promoviendo estas buenas prácticas alimenticias en la población.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a. Antecedentes del problema

Las recomendaciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Organización Mundial de la Salud (OMS) para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la “Estrategia Mundial para alimentación del lactante y del niño pequeño” son: Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días) e iniciar alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más (OMS y OPS, 2010).

Se ha estimado que las prácticas inadecuadas de lactancia materna (LM), y no practicar especialmente la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida, provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de la “carga” de enfermedades entre los niños menores de 5 años. Se estima que la LM óptima podría evitar, globalmente, el 13% de las muertes que ocurren en los niños menores de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de 5 años (OMS y OPS, 2010).

En los primeros años de vida, los niños y niñas representan una gran demanda nutricional por su velocidad de crecimiento, requerimientos nutricionales y su capacidad de defenderse contra enfermedades (UNICEF, 2012)

Debido al crecimiento del lactante, a partir de los seis meses de edad se genera un déficit de energía que la leche materna no logra cubrir, este déficit se conoce como Brecha de Energía (BE), a mayor edad, mayor deberá ser el aporte energético de la alimentación complementaria (AC), mientras que se hace menor el aporte energético de la LM. Al introducir la AC en la dieta del lactante, éste tiende a disminuir la ingesta de LM, hasta que progresiva y gradualmente la AC desplaza la LM (INCAP, s.f.).

En el lactante de 6 a 12 meses de edad se debe continuar la LM al mismo tiempo que se introduce la AC porque la LM aporta el 50% o más de los requerimientos de energía y nutrientes del niño que se encuentra en este rango de edad y aproximadamente el 30%

entre los 12 a 24 meses de edad. La LM sigue aportando energía y nutrientes de buena calidad (aunque sea en menor cantidad) mientras el niño comienza a recibir los alimentos complementarios, los cuales darán un aporte adicional de energía y nutrientes; así mismo, que la LM aún continuará siendo una fuente importante de alimentación cuando el niño de 6 a 12 meses presente alguna enfermedad y será un protector de la desnutrición en el lactante (INCAP, s.f.).

El momento óptimo para iniciar la AC es a partir de los seis meses de edad, cuando se ha logrado un desarrollo adecuado de la función digestiva, renal y de la maduración neurológica (INCAP, s.f.).

Si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o se administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado, ya que entre los 6 a 23 meses, es el momento donde existe un pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas; el objetivo es mantener la LM adecuadamente completada con otros alimentos hasta los dos años de edad (OMS y OPS, 2010) (Jiménez et al, 2009).

La introducción de alimentos antes de los seis meses se asocia a un incremento de la incidencia de atopia y alergias alimentarias en edades posteriores ya que estas tienden a presentarse mayormente durante los primeros meses de vida y antes de cumplir el año de edad (Jiménez et al, 2009).

La AC tiene como uno de sus objetivos el aporte de alimentos nutritivos, variados y suficientes, que respondan a las necesidades del lactante; ésta se inicia con la introducción de vegetales y frutas de fácil asimilación y progresivamente se aportan cereales (preferiblemente fortificados). Las carnes también se introducen a los 6 meses de edad ya que la anemia del segundo semestre de la vida es la principal carencia nutricional y a partir del año de edad, los niños pueden comer todos los alimentos que consume el resto de la familia (Jiménez et al, 2009).

Cuando se introducen en la dieta del lactante alimentos complementarios a la leche materna, el principal riesgo es la enfermedad diarreica, causada por la contaminación microbiana de esos alimentos; la alimentación, la manipulación y almacenamiento seguro

de los alimentos que se ofrecen al lactante es clave para reducir el riesgo de diarrea. (Jiménez et al, 2009).

Tanto los alimentos como las prácticas de alimentación influyen sobre la calidad de la alimentación complementaria y las madres y las familias necesitan apoyo para aplicar buenas prácticas de alimentación complementaria (OMS y OPS, 2010).

b. Hallazgos y estudios realizados

“Patrones de alimentación en niños menores de un año de edad que acuden a la consulta externa del Hospital Infantil del Estado de Sonora” México, Hermosillo, Sonora. Julio de 2013. Dra. Gladys Armida Ceballos Verdugo (2013).

Encontró con base a su estudio que de 300 madres encuestadas, 136 madres respondieron que la alimentación de inicio fue con leche materna exclusiva que equivale a un 45.3%, alimentados con sólo fórmula como alimentación de inicio respondieron 67 con un 22.3% y con alimentación de inicio mixta (LM + Fórmula) fueron 95 niños lo que equivale a 31.6% y solamente dos alimentados con otro tipo de alimentación.

Además, 136 madres respondieron que suspendieron la lactancia materna exclusiva; 53 de ellas por poca producción láctea, 25 por que “el niño no se llena”, 14 por su empleo o trabajo, 19 por comodidad, 11 por indicación médica y el resto por patología materna entre otras.

Respecto a la ablactación de 136 niños: 13 niños (9.5%) iniciaron la alimentación complementaria (AC) a los tres meses de edad, 36 niños (26.4%) a los cuatro meses de edad, 34 niños (25%) a los cinco meses de edad y 39 niños (28.6%) a los 6 meses de edad y el 10.5% restante inició la alimentación complementaria después de los 6 meses de edad cuando las reservas de hierro y zinc ya están agotadas por lo que es necesario complementar la dieta láctea. Se evidenció además que el principal grupo alimenticio para el inicio de la AC fue el de frutas, verduras, cereales y carnes con un 58.8% que corresponde a 56 niños.

“Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres derechohabientes de la ciudad de Córdoba Veracruz” México, Ciudad Córdoba Veracruz. Julio de 2014. Dr. Leonardo Rodríguez León (2014).

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, mediante la aplicación de encuestas de 20 ítems sobre lactancia materna a 130 mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de Córdoba Veracruz, cuyo parto vaginal o abdominal haya sido atendido en el Hospital General de Zona número 8, durante el mes estadístico de julio del 2012 y que se encuentren en período de lactancia materna exclusiva, con posterior seguimiento médico en las unidades de medicina familiar número 61 y 64, usando el programa SPSS para los datos estadísticos.

Resultados: De 130 pacientes integrantes del presente estudio 103 abandonaron la lactancia antes de los seis meses, 27 completaron hasta el sexto mes, la media de edad fue de 27.33 ± 5.678 años, la escolaridad fue bachillerato 55.6%; el 93.1% cuentan con una pareja estable y el nivel socioeconómico en el 54.6% de las familias fue bajo, evidenciándose que el 56.92% de los casos eran primigestas, las familias nucleares representaron el 50.8%, la fase de independencia 58.5%, en el 83% de los casos se llevó un control prenatal adecuado, solo el 66.9% de los embarazos fueron planeados, el 63.8% de estos finalizaron por cesárea.

El 90.8% de las pacientes iniciaron la lactancia antes de la primera hora posterior al parto. Solo el 31.5% de las madres recibieron orientación sobre la lactancia durante el embarazo, el 72.3% de las madres tuvo un grado de información alto sobre la lactancia.

Conclusiones: El principal factor que se demostró en el estudio que se realizó, es el bajo conocimiento sobre lactancia de madres, que repercute en su decisión de abandonar la lactancia una vez que nacen sus productos. El bajo nivel de conocimiento aumenta 18 veces más la posibilidad de que las mujeres abandonen la lactancia, se debe considerar la implementación de técnicas didácticas diferentes para mejorar la capacitación de las pacientes como talleres asistenciales principalmente en las áreas de primer contacto con el paciente.

“Conocimientos, aptitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres con niños de cero a 1 año de edad que acuden al centro de salud N° 1 de La Ciudad De Tulcán Provincia del Carchi, Ecuador, de Enero-Agosto del 2010”. Cadena y Benavides (2010).

Investigación de tipo descriptivo, prospectivo. Población estudio: 132 madres que asisten a controles. Se utilizó una prueba piloto con 10 preguntas cerradas, abiertas y de opción múltiple de las cuales se puso en práctica a las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud No. 1.

De 132 madres encuestadas que son atendidas, el 66% son amas de casa que dan de lactar a sus niños directamente del seno materno. El 10% son madres obreras, 16% son madres que continúan estudiando, el 7% son madres profesionales y el 1% son obreras sin remuneración. De las 132 madres encuestadas, el 46% son madres que tienen 1 hijo por lo que se les considera primerizas sin tanta experiencia. El 33% son madres que tienen 2 hijos por lo cual tienen más experiencia, el 17% son madres con 3 hijos y el 4% son madres que tiene de 4 a más hijos.

El 75% de las madres alimentan a sus niños exclusivamente con leche materna. El 18% de madres alimentan a sus niños con leche materna más otro tipo de leche por situaciones de tiempo y el 7% de madres alimentan a sus niños con otro tipo de leche por falta de leche. El 91% conocen y practican sobre el tiempo de duración de la lactancia materna hasta más de los 4 meses de edad. El 7% de las madres desconocen totalmente por lo que no dan leche materna a sus niños y el 2% de las madres proporcionaron lactancia materna hasta los 4 meses de edad y no más.

El 82% de madres abandonaron la lactancia materna por falta de leche, el 9% de madres abandonaron la lactancia materna por ámbito familiar y el 9% de las madres encuestadas abandonaron la lactancia materna por enfermedad de la madre.

El 92% de madres conocen y practican que la lactancia materna debe comenzar inmediatamente al nacer. El 8% de madres desconocen ya que creen que la lactancia materna debe comenzar a las 24 horas de nacido el niño. El 55% de madres piensan que el niño debe tomar leche materna porque lo nutre mejor que cualquier otro alimento. El 45% de madres piensan que el niño debe tomar leche materna porque lo nutre mejor que

cualquier otro alimento y lo inmuniza contra enfermedades y el 0% de madres piensan que el niño debe tomar leche materna por ser la leche que más le gusta al bebé. Además, el 100% de madres aseguran que la lactancia materna debe darse hasta los seis meses y más.

“Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad El Tablón del Municipio de Sololá, Guatemala. Quetzaltenango octubre de 2011”. Cecilia Mercedes García de León (2011).

El estudio fue de tipo descriptivo, desarrollado mediante la aplicación de 3 boletas a 45 madres de niños menores de un año que ya habían iniciado la alimentación complementaria.

Se determinó que el 100% de las madres le brindaba lactancia materna a su hijo desde el nacimiento hasta el día del estudio. El 64% indicó que antes de iniciar la alimentación complementaria le había brindado atoles y agüitas de hierbas. El 38% inició la alimentación complementaria a los 6 meses y el 40% después de los 6 meses.

La alimentación de la población en general está basada en el consumo de cereales, seguidos de: frijol, hierbas y una bebida a base de harina de maíz y harina de soya (Incaparina). Se determinó que el tipo de alimentos ofrecidos va aumentando conforme la edad, aunque la consistencia y la preparación se realizan de manera uniforme. Las prácticas de higiene durante la preparación de alimentos fueron adecuadas. El promedio de edad fue de 6 meses, la edad máxima fue de 10 meses y la mínima fue de 4 meses.

Es importante resaltar que el mayor tiempo que una madre piensa darle lactancia materna a su hijo es de 4 años y el menor tiempo indicado por 3 madres es de 1 año. Así mismo, 9 madres indicaron que dejarían de brindar lactancia cuando el niño dejara de pedirla y 5 madres indicaron que no sabían durante cuánto tiempo le brindarían lactancia al niño. Los alimentos que la mayoría de madres tenía disponibles para cocinar, fueron datos obtenidos por medio de observación, identificando que los más frecuentes eran los cereales como el maíz en grano, las tortillas, la papa y los fideos, así mismo, las verduras como el güisquil, la zanahoria, la arveja, la cebolla y frutos como el tomate, seguidos de los frijoles y las hierbas.

“Conocimientos, actitudes y prácticas con relación a la ablactación”. Guatemala, Guatemala. Enero de 2015. Karem Anabel Pérez Monterroso (2015).

El estudio fue observacional, descriptivo, se realizó en la consulta externa del departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios en los meses de enero a diciembre de 2012.

Se utilizó una muestra no aleatoria, pues de todas las madres que acudieron al servicio mencionado se entrevistó a las que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio, los cuales incluían primigestas y/o multíparas que tenían hijos vivos mayores a 6 meses pero menores a 1 año, que asistieron a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios para realizar primer expediente clínico, así mismo, personal de salud que incluyó al personal de enfermería que labora en el mismo servicio y a los estudiantes de sexto año de la carrera de medicina que se encontraron en el período de internado en el área de pediatría en el mismo hospital.

Se incluyó a 73 madres quienes accedieron a responder el cuestionario; el personal de enfermería que labora en la consulta externa del departamento de pediatría consta de 10 enfermeras, una graduada y el resto auxiliares, los estudiantes del último año de medicina, provenientes de dos universidades una privada y la estatal, 106 en total.

Al evaluar el conocimiento, el 91% de las madres no conocían el significado del término ablactación o alimentación complementaria, en la práctica, el 67% de madres ablactó a sus hijos con alimentos combinados y obtuvo la información al respecto de las abuelas de los niños (47%), la edad promedio de inicio de la misma fueron los 6 meses, aunque en un bajo porcentaje (28) sólo un 63% del total de madres dieron lactancia materna a sus hijos y de ellas el 43% combinaron con leche en polvo.

Con respecto a la ablactación, el alimento mayor utilizado para ablactar fueron el pan y/o tortillas aunque se refirieron otros alimentos, las madres consideraban una buena práctica combinar los alimentos; la mayoría de madres de familia refirieron como actitud positiva iniciar la ablactación antes de los seis meses con alimentos combinados aunque la mayoría no consideran adecuado iniciar la ablactación con dieta del hogar.

c. Definición del problema

Es normal suponer que todas las madres poseen el conocimiento necesario respecto a cuál debería ser la correcta alimentación de sus niños, pero existen madres que tienen poco o nulo conocimiento respecto al patrón alimenticio a seguir y esto se evidencia muchas veces en la consulta diaria al preguntarle cómo está alimentando a su niño.

La mayoría de ellas saben que se debería de dar pecho al nacer al bebé y conforme éste vaya creciendo incursionar alimentos a la dieta, pero probablemente no conocen exactamente hasta qué edad es necesaria la alimentación exclusivamente con lactancia materna, a partir de qué mes el bebé está capacitado para el inicio de la ablactación y cómo debería iniciarse ésta (qué alimentos usar y cómo deben estar preparados).

Toda esta falta de conocimientos ocasiona que no se cumpla a cabalidad con lo establecido según OMS respecto a la alimentación correcta del lactante, lo cual a simple vista pareciera algo que no ocasionará consecuencias al niño, sin embargo, sí las hay, como lo son las enfermedades gastrointestinales (diarreas), atopias o alergia a alimentos por ablactación precoz, anemias, deficiencias de vitaminas y nutrientes debido a una ablactación tardía y a largo plazo desnutrición u obesidad ya que la alimentación que todo niño reciba en los primeros años de vida es la de mayor importancia.

La realización de esta investigación propone caracterizar el patrón alimenticio de los niños menores de un año de edad, en base al conocimiento básico que las madres poseen sobre la alimentación de éstos, a la vez saber qué ponen en práctica en su diario vivir y determinar cuáles son los factores que conllevan a un incumplimiento de este patrón. La mayoría de madres no cuentan con el mismo nivel de información ya que muchas de ellas no acuden a servicios de salud para una orientación correcta de cómo poder alimentar a sus hijos o se basan en costumbres y consejos de personas cercanas pero sin el conocimiento adecuado.

Por lo cual esta investigación busca responder la siguiente pregunta: **¿Las madres conocen y aplican adecuadamente el patrón alimenticio a sus niños menores de un año de edad?**

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

a. Delimitación teórica

El fundamento teórico del estudio es Clínico-Epidemiológico para conocer las características del patrón alimenticio de los niños menores de un año de edad.

b. Delimitación geográfica

El departamento de Chiquimula, se encuentra situado en la región Nor-Oriental de Guatemala. Chiquimula tiene una población de 406,422 habitantes para el año 2016, según Proyección INE (Instituto Nacional de Estadística), de los cuales un 2.9% son niños menores de un año de edad y 11.6% niños menores de 5 años.

De acuerdo a datos obtenidos del Sistema de Información General de Salud (SIGSA), para el año 2016, a nivel departamental, dentro de las primeras 20 causas de morbilidad en menores de un año de edad, se registraron los síndromes diarreicos, afectando a 4,390 niños y neumonías a 3,154; la lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.

A nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de 6 meses reciben leche materna como alimentación exclusiva, a nivel de Las Américas 38% de los lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida y en Guatemala para los años 2009 y 2010, la duración media de alimentación exclusiva con leche materna, es de 21 meses y tan solo un 49.6% recibió lactancia materna (OMS y OPS, s.f.)

Sin embargo, a nivel del departamento de Chiquimula no existen datos respecto a lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria.

c. Delimitación institucional

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Nacional de Chiquimula, el cual se encuentra ubicado en la 2da calle entre 14 y 15 avenida en la ciudad de Chiquimula.

El Hospital, en el área de pediatría, cuenta con 2 médicos pediatras, una EPS de pediatría y dos médicos generales, los cuales tienen a su cargo el prestar sus servicios a los pacientes pediátricos en los diferentes servicios (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos UCIP, pediatría, nutrición y neonatos). Durante los turnos, igualmente hay servicio de pediatría a cargo de 6 médicos pediatras, los cuales turnan cada 6 días. Además, se brinda consulta externa de lunes a viernes a cargo de una médica pediatra, en la cual se ve en promedio anual un total de 935 niños menores de un año de edad.

d. Delimitación temporal

El estudio se realizó durante los meses de agosto de 2017 a marzo de 2018.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Caracterizar el patrón alimenticio en niños menores de un año en base al conocimiento de las madres que acuden a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de las madres encuestadas (edad, estado civil, escolaridad, profesión u oficio, religión, procedencia, área geográfica, etnia, número de hijos).
2. Estimar la prevalencia de la alimentación con lactancia materna exclusiva en niños menores o igual a seis meses.
3. Estimar la prevalencia de la alimentación con fórmula de inicio y alimentación mixta (lactancia materna + fórmula) en niños menores de un año de edad.
4. Identificar las razones más frecuentes por las cuales las madres suspenden la alimentación de niños menores de seis meses con lactancia materna exclusiva.
5. Determinar edad de inicio de ablactación en niños menores de un año de edad.
6. Identificar los grupos de alimentos más utilizados para el inicio de ablactación.

IV. JUSTIFICACIÓN

Según OMS y OPS, las prácticas óptimas de alimentación del lactante y niño pequeño, se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez. En general, la salud del niño y particularmente la alimentación del lactante y del niño pequeño no reciben un enfoque apropiado durante la formación de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud.

La lactancia materna exclusiva es una gran fuente de defensas que protegerá al niño de las enfermedades infecciosas más frecuentes a esta edad, como lo son las diarreas y neumonías ayudando a su vez en la recuperación de éstas, disminuyendo de esta forma la morbilidad que estas enfermedades ocasionan en este principal grupo de pacientes pediátricos.

Las prácticas deficientes de la lactancia materna y alimentación complementaria están muy difundidas. A nivel mundial, se ha estimado que solamente el 34.8% de los lactantes reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida; la mayoría recibe algún tipo de alimento o líquido en estos primeros meses. Los alimentos complementarios son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y son, en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros.

Para mejorar esta situación, las madres y las familias requieren de apoyo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de alimentación, ya que en muchos de los casos no suelen contar con la información necesaria para poder alimentar de manera correcta a sus niños, propiciando así una deficiente nutrición.

El presente estudio, resulta importante para que los profesionales de la salud tengan conocimiento sobre si en realidad las madres cuentan con toda esta información y más importante aún, si la información que poseen es la correcta; los resultados obtenidos servirán para establecer estrategias que ayuden a las madres a reforzar y orientar sobre los patrones alimenticios correctos.

V. MARCO TEÓRICO

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo (OMS y OPS, 2010).

La nutrición deficiente incrementa el riesgo de padecer enfermedades, además de que puede provocar obesidad en la niñez, la cual es un problema que se va incrementando en muchos países (OMS y OPS, 2010).

Los primeros dos años de vida brindan una ventana de oportunidad crítica para asegurar el apropiado crecimiento y desarrollo de los niños, mediante una alimentación óptima (OMS y OPS, 2010).

En el año 2002 la Asamblea Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) adoptaron la “*Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*”. La estrategia fue desarrollada con el propósito de revitalizar la atención mundial hacia el impacto que tienen las prácticas de alimentación en el estado nutricional, crecimiento y desarrollo, salud y sobrevivencia de los lactantes y niños pequeños (OMS y OPS, 2010).

Prácticas recomendadas para la alimentación del lactante y del niño pequeño

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la *Estrategia Mundial* son:

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días).
- Iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.

Lactancia materna exclusiva significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos (OMS y OPS, 2010).

Alimentación complementaria es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etáreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 23 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años (OMS y OPS, 2010).

Alimentación de 0 a 6 meses

Los organismos y sociedades científicas internacionales y nacionales reconocen que la leche materna es el alimento de elección para los lactantes durante el primer semestre de vida y hasta los 2 años complementada con otros alimentos adecuados, nutritivos e higiénicamente elaborados, garantizando así el crecimiento, desarrollo, prevención de enfermedades y múltiples ventajas para la madre, las niñas y niños (Jiménez et al, 2009).

Lactancia materna

La alimentación debería iniciarse poco después del nacimiento a menos que existan problemas médicos que la contraindiquen. La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) son grandes defensores de la lactancia materna como el tipo de alimentación preferible para todos los lactantes. El éxito del inicio y la continuación de la lactancia materna dependen de múltiples factores, como la educación sobre la misma, las prácticas y los protocolos del hospital sobre la lactancia, el seguimiento habitual y oportuno y el apoyo familiar y social (Stettler et al, 2013).

La AAP recomienda lactancia materna exclusiva durante un mínimo de 4 meses y preferiblemente durante 6 meses (Stettler et al, 2013).

La lactancia materna (LM) brinda beneficios a corto y a largo plazo, tanto al niño como a la madre, incluyendo la protección del niño frente a una variedad de problemas agudos y crónicos. La importancia de las desventajas a largo plazo de no recibir lactancia materna son cada vez más reconocidas (OMS y OPS, 2010).

Las revisiones de estudios realizados en países en desarrollo muestran que los niños que no reciben LM tienen una probabilidad de 6 a 10 veces más de morir durante los primeros

meses de vida, en comparación con los niños que son alimentados con LM. Muchas de estas muertes son causadas por la diarrea y la neumonía, que son más frecuentes y tienen mayor gravedad, entre los niños que son alimentados de manera artificial (con leche artificial comercial). Las enfermedades diarreicas se presentan con mayor frecuencia entre los niños que reciben alimentación artificial, incluso en situaciones donde existe higiene adecuada. Otras infecciones agudas, como la otitis media, la meningitis por *Haemophilus influenzae* y las infecciones del tracto urinario, son menos comunes y menos graves entre los niños alimentados con lactancia materna (OMS y OPS, 2010).

A largo plazo, los niños alimentados de manera artificial tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades que tienen una base inmunológica, como el asma y otras condiciones atópicas, diabetes tipo 1, enfermedad celíaca, colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn. La alimentación artificial también ha sido asociada con un mayor riesgo para desarrollar leucemia durante la niñez (OMS y OPS, 2010).

Varios estudios sugieren que la obesidad, durante la niñez tardía y la adolescencia, es menos frecuente entre los niños amamantados y que existe un efecto dosis-respuesta: a mayor duración de la lactancia materna menor riesgo de obesidad. (OMS y OPS, 2010).

En relación a la inteligencia, un metanálisis de 20 estudios mostró puntajes de la función cognitiva, en promedio, 3.2 puntos más elevados entre los niños que fueron alimentados con lactancia materna, en comparación con niños que fueron alimentados con leche artificial comercial. Esta diferencia fue mayor (alrededor de 5.18 puntos) entre los niños que nacieron con bajo peso al nacer. El incremento de la duración de la lactancia materna ha sido asociado con mayor inteligencia en la niñez tardía y edad adulta; esto puede influenciar la capacidad que tiene el individuo para contribuir a la sociedad (OMS y OPS, 2010).

Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida

Las ventajas de la lactancia materna exclusiva (LME), comparada con la lactancia materna parcial, se reconoce desde el año 1984. Una revisión de estudios disponibles encontró que el riesgo de muerte por diarrea entre los lactantes de menos de 6 meses de edad, alimentados con lactancia materna parcial, fue de 8.6 veces mayor en

comparación con niños alimentados con LME. Para aquellos que no recibieron lactancia materna, el riesgo fue 25 veces mayor (OMS y OPS, 2010).

La lactancia materna exclusiva reduce el riesgo de diarrea y de infecciones respiratorias agudas si su duración es de 6 meses de vida, en comparación con una duración de 3 o 4 meses respectivamente (OMS y OPS, 2010).

Varios estudios han demostrado que, si los lactantes sanos reciben LME, no requieren agua adicional durante los primeros 6 meses de vida, incluso en climas cálidos. La LM, que está compuesta por un 88% de agua, es suficiente para satisfacer la sed del lactante. (OMS y OPS, 2010).

Composición de la leche materna humana y variaciones normales

Etapas de la leche humana

- **Calostro:** Se caracteriza por su color amarillento dado por la presencia de beta-carotenos. Tiene una densidad alta que lo hace espeso. Aumenta su volumen en forma progresiva hasta 100 ml al día en el transcurso de los primeros tres días y está en relación directa con la intensidad y frecuencia del estímulo de succión. Destaca en el calostro la concentración de IgA y lactoferrina que junto a la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le confieren la condición protectora para el recién nacido. La concentración de sodio es de 48mg/100ml al día y su pH de 7.45, lo que favorece el vaciamiento gástrico (Sabillón y Abdu, 1997).
- **Leche de transición:** Se produce entre el cuarto y el décimo día postparto. En relación al calostro, esta leche presenta un aumento del contenido de lactosa, grasa, calorías y vitaminas hidrosolubles y disminuye en proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. (Sabillón y Abdu, 1997).
- **Leche madura:** se produce a partir del décimo día. Sus principales componentes son:

Agua: representa aproximadamente el 88 a 90% y está en relación directa con el estado de hidratación.

Carbohidratos: el principal azúcar es *la lactosa*. Además existen más de 50 oligosacáridos que constituyen el 1.2% de la leche entre los que se

encuentran: *glucosa, galactosa y otros*. Todos estos carbohidratos y glucoproteínas poseen un efecto benéfico para el desarrollo del *lactobacillus bifidus*.

Lípidos: es el componente con mayores variaciones de su concentración durante la lactancia. Las variaciones se presentan al inicio y al final de la tetada, en la mañana y en la noche. Proporciona el 30 a 55% de las kilocalorías. El mayor componente son los *triglicéridos* pero también contiene *fosfolípidos y colesterol*. Recientes estudios han demostrado la presencia de dos ácidos grasos poliinsaturados, *el ácido linoleico y el decosahexanóico*, con un efecto primordial en el desarrollo del sistema nervioso central.

Proteínas: constituyen el 0.9% de la leche, el mayor porcentaje corresponde a *caseína* (40%) y el 60% restante a proteínas del suero: *lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina* que contribuyen a la absorción de hierro en el intestino del niño y lo fija, evitando que sea usado por las bacterias. Además, como parte del nitrógeno no proteico se encuentran aminoácidos libres, entre ellos *la taurina* potente neurotransmisor, que el recién nacido (RN) no es capaz de sintetizar. Es de destacar la presencia de inmunoglobulinas: *IgA, IgG, IgM*. La principal es la *IgA* secretora, cuya función consiste en proteger las mucosas del RN.

Vitaminas: la leche humano contiene todas las vitaminas. Dado que su concentración de Vitamina K es baja, a todo RN se le debe aplicar una dosis preventiva por vía intramuscular al nacer. Existen variaciones en las vitaminas hidrosolubles y dependen de la dieta de la madre.

Minerales y elementos traza: las cantidades que se encuentran son suficientes para las necesidades del lactante, no influyendo la dieta de la madre en las concentraciones de hierro y calcio.

Zinc: presente en la LM tiene un índice de absorción mayor (45%) que el de las fórmulas (31%) y de la leche de vaca (28%). Siendo éste un factor importante, pues es conocido que los lactantes pueden desarrollar manifestaciones de deficiencia de zinc.

Selenio: tiene concentraciones en la LM mayores que las que se aprecian en la leche de vaca.

Flúor: se asocia con una disminución de los procesos de caries dental. Los niveles de flúor en la leche humana son menores (0.025mg/l) que los encontrados en la leche de vaca (0.3 a 0.1 mg/l); sin embargo, su absorción es mayor con la leche humana. En estudios comparativos, el niño alimentado al seno tiene menos caries y una mejor salud dental.

Calcio/fósforo: la relación calcio/fósforo es de 2 a 1 en la leche humana, lo que favorece la absorción del primero (30 y 15/100 ml de calcio y fósforo, respectivamente).

Beneficios de la lactancia materna exclusiva

Para la niña y el niño

- Es el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales durante los primeros 6 meses de vida, además de tener una fácil digestibilidad.
- Confiere mayor protección inmunológica, reduce la frecuencia y gravedad de infecciones diarreicas, respiratorias y de trastornos alérgicos.
- Facilita el desarrollo psicomotor y patrones afectivos-emocionales más adecuados.
- Contribuye al desarrollo dentomaxilar y facial, previene la aparición de caries dentales, los trastornos de mala oclusión y malformaciones faciales.
- Existe además fuerte evidencia científica en relación a que la LM disminuye el riesgo de desarrollo de diabetes mellitus tipo 1, obesidad y otras enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida (Jiménez et al, 2009).

Para la madre

- Retracción precoz del útero y menor sangramiento postparto.
- Recuperación del peso, ayuda a perder la grasa ganada durante el embarazo.
- Prevención del cáncer de mamas y ovario.
- Fortalecimiento de la autoestima materna y satisfacción emocional de la madre.
- Menor costo económico (Jiménez et al, 2009)

Cuadro 1. Contraindicaciones de la lactancia materna

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE LA LM DEBIDO A ENFERMEDADES MATERNAS	
Enfermedades Maternas	Grado de Riesgo
Infección por VIH Y Virus Linfotrópico T humano (VLTH)	En EE.UU., la LM está contraindicada. En otros lugares, los riesgos de no dar LM deben ser valorados frente al riesgo de transmitir el virus al lactante.
Infección tuberculosa	La LM está contraindicada hasta completar aproximadamente 2 semanas de tratamiento adecuado de la madre.
Infección por virus de varicela-zóster	El lactante no debería tener contacto directo con las lesiones activas. El lactante debería recibir inmunoglobulina.
Infecciones por virus del herpes simple	La LM está contraindicada en caso de lesiones herpéticas activas de la mama.
Infección por Citomegalovirus (CMV)	Puede encontrarse en la leche de madres seropositivas para CMV. Transmisión a través de la LH. Es infrecuente que cause enfermedad sintomática en lactantes a término.
Infección por hepatitis B	Los lactantes reciben inmunoglobulina y vacuna frente a hepatitis B de forma rutinaria si la madre tiene HbsAg positivo. No se requiere retrasar el inicio de la lactancia.

Infección por hepatitis C	La lactancia materna no está contraindicada.
Ingesta de alcohol	Limitar ingesta de alcohol materna a <0.5 g/kg/día (para una mujer de peso medio, es decir, el equivalente a 2 latas de cerveza, 2 vasos de vino o 60 ml de licor).
Tabaquismo	Desaconsejar el consumo de cigarrillos, aunque el tabaquismo no es una contraindicación de la LM.
Quimioterapia, radiofármacos	Generalmente la LM está contraindicada.

Fuente: Stettler et al, 2013.

Lactancia artificial

Las indicaciones del uso de la leche artificial son la sustitución o el suplemento de la LM o como sustituto de la LM cuando existen contraindicaciones médicas para ésta por factores maternos (Stettler et al, 2013).

Aunque las leches artificiales son fabricadas en cumplimiento de buenas prácticas de fabricación y son inspeccionadas por la Food and Drug Administration (FDA), pueden producirse problemas. Las preparaciones en polvo no son estériles, y aunque el número de unidades formadoras de colonias bacterianas por gramo de leche artificial es generalmente inferior a los límites admisibles, se han registrado brotes de infecciones por *Enterobacter sakazakii*, especialmente en lactantes prematuros (Stettler et al, 2013).

También se debe tener cuidado y seguir las instrucciones de mezcla para evitar una dilución excesiva o inferior a la necesaria, utilizar agua hervida o esterilizada y emplear el medidor específico proporcionado por el fabricante, porque los tamaños varían. Se debe enseñar a los padres a utilizar técnicas adecuadas de lavado de manos cuando se prepare la leche artificial o cuando se alimente al lactante (Stettler et al, 2013).

La leche en polvo se debe almacenar en un lugar fresco y seco; una vez abiertos, los botes deben cubrirse con la tapa original de plástico o con papel de aluminio y el polvo puede usarse hasta 4 semanas. La leche preparada almacenada en el frigorífico debería templarse colocando el contenedor en agua templada durante 5 minutos (Stettler et al, 2013).

Las tomas de leche artificial deben ser a demanda, con el objetivo de lograr el crecimiento y el desarrollo acordes con el potencial genético del niño. Son frecuentes los vómitos, y cuando existe una ganancia de peso y bienestar general, no se requiere un cambio de fórmula (Stettler et al, 2013).

Existen diferentes tipos de leches artificiales, como lo son:

- Leche artificial con proteínas de leche de vaca
- Leches artificiales de soja
- Leche artificial con proteínas hidrolizadas
- Leches artificial con aminoácidos

Alimentación complementaria

A partir de los 6 meses de edad, las necesidades de energía y nutrientes del lactante comienzan a exceder lo aportado por la leche materna; entonces, la alimentación complementaria se vuelve necesaria para llenar las brechas de energía y nutrientes (OMS y OPS, 2010).

La alimentación complementaria (AC) consiste en dar al lactante a partir de los 6 meses de edad otros alimentos y líquidos diferentes a la LM, pero complementarios a ésta. Es decir, que se mantiene la LM pero se inicia la introducción de otros alimentos y líquidos. El momento óptimo para iniciar la alimentación complementaria es a partir de los 6 meses de edad, cuando se ha logrado un desarrollo adecuado de la función digestiva, renal y de la maduración neurológica. El objetivo es mantener la lactancia materna adecuadamente complementada con otros alimentos hasta los dos años de edad (Jiménez et al, 2009).

Características fundamentales de la alimentación complementaria

La alimentación complementaria debe cumplir los siguientes requisitos:

- **Oportuna:** nunca antes de los 6 meses de edad.
- **Gradual:** siempre debe introducirse un solo alimento por vez y no una mezcla de ellos, esto permite valorar la aceptabilidad y tolerancia. Ofrecer cantidades pequeñas al inicio y después aumentarlas progresivamente. La consistencia recomendada al inicio es la de un puré suave o papilla, no debe contener grumos ni trozos de fibra que estimulen el reflejo de extrusión. Después a medida que avanza la edad en general a partir de los 8 meses la consistencia del puré puede ser más gruesa y luego puede ser aplastado con un tenedor.
- **Complemento de la lactancia materna:** los nuevos alimentos que se introduzcan *no sustituyen sino complementan* la lactancia materna.
- **Higiénica:** se deben ofrecer alimentos frescos, limpios y en condiciones de higiene mantenida (Jiménez et al, 2009).

Al introducir en la dieta del lactante alimentos complementarios a la leche materna, el principal riesgo es la enfermedad diarreica, causada por la contaminación microbiana de esos alimentos. La preparación, la manipulación y almacenamiento seguro de los alimentos que se ofrecen al lactante es clave para reducir el riesgo de diarrea. La práctica de la higiene debe ser tema central de orientación del personal de salud a las madres o cuidadores (INCAP, s.f.).

Las medidas recomendadas para el manejo de los alimentos complementarios según la OMS son:

1. Preferir el uso de tazas o beberitos para dar los líquidos.
2. Evitar el uso de tetinas, chupetas y chupones para dar líquidos.
3. Que los utensilios de alimentación como vasos, cucharas y platos sean de uso exclusivo del lactante.
4. Lavar exhaustivamente los utensilios de alimentación del lactante
5. Lavar las manos del lactante antes de ofrecer los alimentos

6. Almacenar los alimentos del lactante en refrigeración, si no pueden refrigerarse deberán ser consumidos antes de 2 horas después de haber sido preparados para evitar el crecimiento bacteriano.
 7. Mantener la higiene en el área de preparación de los alimentos del lactante.
 8. Separar los alimentos cocinados de los crudos.
 9. Cocinar adecuada y completamente los alimentos.
 10. Usar agua y alimentos seguros (que eviten que el niño se enferme) y en buen estado de conservación
- **Adecuada a las necesidades nutricionales de la niña (o):** Ofrecer alimentos que por su valor nutricional sean capaces de brindar en pocos volúmenes los nutrientes que la niña (o) necesita. Evitar desde las edades tempranas los alimentos chatarras (caramelos, dulces, refrescos, entre otros), porque generalmente solo aportan energía y por lo tanto, disminuye el apetito de las niñas y niños por alimentos más nutritivos (Jiménez et al, 2009).
 - **Acorde con la maduración digestiva y neuromuscular:** tener presente los elementos fisiológicos propios de estas edades para dar a cada edad lo que realmente debe y puede consumir según sus capacidades para deglutir, chupar, masticar y digerir los alimentos. Cuando existen solo incisivos dar papillas y puré, cuando erupcionan los molares alimentos molidos y cuando brotan los segundos molares, todo picado (Jiménez et al, 2009).

Número apropiado de comidas

El número apropiado de comidas estará en dependencia de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades consumidas durante cada comida (Jiménez et al, 2009).

Al niño amamantado se le debe suministrar entre los 6 y 8 meses de edad, de 2 a 3 comidas al día (la segunda comida del día, se incorpora a partir de los 7 meses), en los grupos de edades comprendidos de 9 a 24 meses, se ofrecerán 5 comidas (Jiménez et al, 2009).

El número de comidas a ingerir está sujeto a múltiples factores. Por lo general se sugiere iniciar con una comida e ir aumentando, de manera progresiva, hasta dar 5 más la leche materna. Después del año de edad la niña o niño se adapta a los horarios de alimentación de la familia y se debe compartir siempre que se pueda el momento de las comidas con el resto de la familia. (Jiménez et al, 2009).

Se debe ofrecer agua hervida desde que se consume alimentos sólidos. Se puede dar de 1 a 2 onzas 2 o 3 veces al día separándola de la leche. Se podrá incrementar esa cantidad en el verano (Jiménez et al, 2009).

Guía de introducción de alimentos

La introducción de alimentos no debe seguir un esquema rígido, puede tener una variabilidad en cada niño, de forma tal que progresivamente vaya incorporando alimentos de todos los grupos al finalizar el primer año de vida. Algunos niños no lo logran, por lo que este proceso puede ser más prolongado hasta que alrededor de los 2 años puede alimentarse como el resto de su familia (Jiménez et al, 2009).

La alimentación complementaria se inicia a los 6 meses con la introducción de vegetales y frutas de fácil asimilación y progresivamente se aportan cereales (preferiblemente fortificados). Se sugiere que las frutas las coman en las meriendas de la mañana y la tarde en forma de puré, majadas (aplastadas) o como postres después de las comidas. Las frutas que se recomiendan en un inicio son el *mango, guayaba, fruta bomba, plátano maduro, melón, mamey* y otras frutas no cítricas (Jiménez et al, 2009).

Los vegetales que se recomiendan al inicio son la *zanahoria, calabaza, vegetales de hojas verdes como acelga, habichuelas y viandas como malanga, plátano, boniato amarillo, papa*, al inicio deben darse cocidos o en forma de puré (Jiménez et al, 2009).

Entre los cereales, el maíz y el arroz se pueden introducir primeramente en forma de atoles, cremas o puré hasta ir incrementando consistencia (Jiménez et al, 2009)

Las carnes también se introducen a los 6 meses de edad ya que la anemia a partir del segundo semestre de la vida es la principal carencia nutricional en los niños menores de 2 años. Se debe comenzar por la carne más blanda como el pollo u otras aves. Las carnes

son fuente de hierro por lo que para su mejor aprovechamiento se deben brindar después de hervidas, asadas, bien picadas o molidas. (Jiménez et al, 2009).

Se recomienda triturar o moler independientemente la carne que le corresponda a los niños y darla separada en el plato de esta forma se evitan diluciones innecesarias. Si se proporcionan conjuntamente alimentos ricos en vitamina C se incrementa la absorción del hierro. Al menos dos veces al mes, a partir de los 8 meses en sustitución de la carne puede brindarse hígado bien cocido, aplastado o molido, que es otra fuente importante de hierro. El hígado de pollo es el más blando para estas edades (Jiménez et al, 2009).

Los frijoles deben combinarse con cereales (arroz, maíz, pastas alimenticias) para mejorar su valor nutricional, los granos deben quedar blandos y el caldo ligeramente espeso (Jiménez et al, 2009).

El huevo debe darse cocinado, se debe recomendar lavarlo, inmediatamente, antes de cocinarlo. Entre los 6 y 11 meses se debe dar solamente la yema aplastada, ya que la clara es alergénica; a partir de los 12 meses pueden consumir también la clara y de esta forma se puede ofrecer el huevo entero, guisado, en revoltillo o en otras preparaciones (Jiménez et al, 2009).

El pescado se ofrecerá desmenuzado, cuidando de eliminar totalmente las espinas, previo lavado de manos. La adecuada conservación es necesaria para mantener la inocuidad de los platos que se elaboren con este alimento. Se debe orientar que este tipo de alimento no debe cocinarse demasiado tiempo, ni a muy alta temperatura pues tiende a quedar muy seca su carne y el niño podría rechazarla (Jiménez et al, 2009).

Las grasas se emplean en las comidas, una cucharadita de aceite o mantequilla, además del aporte de ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles, mejora el sabor y preparación de los alimentos. Se pueden usar condimentos naturales para mejorar el sabor de los alimentos (ajo, cebolla, ají) no son recomendados los saborizantes y condimentos industrializados (Jiménez et al, 2009).

Es recomendable usar de preferencia alimentos preparados en el hogar y evitar los productos industrializados fundamentalmente los alimentos enlatados y ahumados por su alto contenido de sodio y de otras sustancias tóxicas (Jiménez et al, 2009).

No se recomiendan frutas en almíbar o excesivamente dulces por sus efectos en la osmolaridad y contrario a buenos hábitos de alimentación, se pueden recomendar como postres los siguientes: *natilla de huevo, natilla de calabaza, manjar blanco, harina de maíz en dulce, arroz con leche, gelatina, flan de leche y huevo, compotas, natilla de naranja, limón o mandarina* siempre en bajos contenidos en azúcar (Jiménez et al, 2009).

Se recomienda para dar las comidas usar una cucharita pequeña, de bordes lisos, ofrecer cantidades pequeñas de alimentos de cada vez y colocar la cucharita en la mitad de la lengua para garantizar que el niño pueda tragar la mayor parte del puré. El bebé debe estar sentado, con apoyo corporal seguro, con sus manos descubiertas (Jiménez et al, 2009).

Se deben evitar los caldos o sopas porque al ser preparaciones con mucha agua y poco valor nutricional el volumen que se requiere es muy grande para cubrir las necesidades nutricionales del infante y este deja de comer otros alimentos de mayor calidad (Jiménez et al, 2009).

El alimento que se ofrece al niño debe estar a la temperatura del cuerpo, una prueba es poner un poquito en el dorso de la mano y si no molesta a la piel, se puede ofrecer al niño (Jiménez et al, 2009).

Cuadro 2. Guía de introducción de nuevos alimentos durante el primer año de vida

ALIMENTOS	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Productos lácteos												
Leche materna												
Leche de vaca												
Yogur												
Queso blanco												
Frutas no ácidas (papaya, banano)												
Jugos												
Puré												
Verduras (papa, ayote sazón, mango, camote)												
Puré												
Cereales												
Sin gluten (arroz, tortillas, maíz)												
Con gluten (trigo, avena, centeno, cebada)												
Cereales combinados (trigo-arroz, trigo-miel)												
Leguminosas (frijoles, garbanzos, lentejas, arvejas)												
Carne, pescado y huevo												
Pollo												
Carne de res												
Pescado												
Huevo												
Azúcares refinados, miel y otros dulces												

Fuente: INCAP, s.f.

Alimentación perceptiva

La AC óptima no solamente depende de qué alimentos complementarios se ofrezcan al lactante, sino también es importante el cómo, dónde, cuándo y quién lo alimenta. A este concepto se le llama alimentación perceptiva y es el conjunto de principios que los padres o cuidadores del niño le brindan al lactante en su cuidado físico y psicosocial (INCAP, s.f.).

Los principios de la alimentación perceptiva son:

1. Alimentar al lactante directamente respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.
2. Alimentar despacio y pacientemente y animar al lactante a comer, pero sin obligarlo.
3. Experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para evitar el rechazo a los alimentos complementarios.
4. Ofrecer los alimentos con utensilios (platos, cucharas, tenedores, entre otros) apropiados para el tamaño de la boca del lactante.
5. Reducir las distracciones durante las horas de comida para evitar que el lactante pierda interés en los alimentos.
6. Los tiempos de alimentación son períodos de aprendizaje y amor, hay que hablar con el lactante y mantener el contacto.

Alergias alimentarias

Las alergias alimentarias tienden a presentarse mayormente durante los primeros meses de vida, y antes de cumplir el año de edad. Esto debido al proceso de descubrimiento de adaptación por el que atraviesan los bebés y los niños pequeños (INCAP, s.f.).

Los bebés son más vulnerables a los potenciales alérgenos durante los primeros meses de vida, porque su sistema digestivo es inmaduro y la pared del intestino es permeable. En general, las alergias pueden afectar cualquier sistema del cuerpo y ocasionar síntomas como diarrea, náuseas, vómitos y estreñimiento (INCAP, s.f.).

Los alimentos que pueden causar alergias o intolerancias antes o después de los 6 meses son *huevo, maní, nueces, leche de vaca, frijoles, soya, trigo, pescado, mariscos, fresas, chocolate, cítricos (naranjas)* (INCAP, s.f.).

Recomendaciones para prevenir las alergias

- No introduzca alimentos sólidos antes de los 6 meses de edad, durante ese período el alimento exclusivo debe de ser la leche materna.
- Durante la lactancia materna, la mamá debe evitar consumir los alimentos potencialmente alergénicos, para evitar que pasen al bebé a través de la leche.
- Cuando se inicia el período de ablactación, los alimentos sólidos se deben empezar a introducir uno a uno, dejando pasar unos días antes de darle el siguiente alimento nuevo; de manera que se pueda identificar a tiempo cualquier reacción alérgica.
- No utilizar fórmulas lácteas a base de soya, de vaca, ni de cabra, por ser alérgenos.

VI. DISEÑO MEDOLÓGICO

a. Tipo de estudio

Descriptivo Transversal

b. Área de estudio

Consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula.

c. Universo o muestra

Se realizó una proyección de los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2017 para la obtención del universo, el cual es de 1,839 consultas, aplicándosele entonces la fórmula de tamaño de la muestra por distribución directa:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{(N-1)(E)^2 + Z^2PQ}$$

Donde N, es el tamaño de la población

$Z^2 = 1.96$ (Nivel de confianza)

0.25 es el valor de p^2 que produce el máximo valor de error estándar, esto es $p=0.5$

$E = 0.05$ (5% margen de error)

$P = 0.5$ (50% área bajo la curva)

$Q = 0.5$ (50% área complementaria)

Al aplicar la fórmula se obtuvo un total de 288 madres a encuestar.

d. Sujeto u objeto de estudio

Madres de niños menores de un año de edad que acudan a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula.

e. Criterios de inclusión

1. Madres que acuden a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula.
2. Madres de niños menores de un año de edad.

f. Criterios de exclusión

1. Que la persona que acuda a la consulta con el niño no sea su madre.
2. Madres que no sean del departamento de Chiquimula.

g. Variables estudiadas

Patrón alimenticio

Niños menores de un año de edad

h. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Patrón alimenticio.	ALIMENTICIO, según la Real Academia Española, se refiere a lo que alimenta o tiene la propiedad de alimentar. Habitualmente casi todo lo que comemos es, o debería serlo, alimenticio, es decir “que alimenta o tiene la	Edad	Cuantitativa	Razón
		Estado civil	Cualitativa	Nominal
		Escolaridad	Cualitativa	Ordinal
		Profesión u oficio	Cualitativa	Nominal
		Religión	Cualitativa	Nominal
		Procedencia	Cualitativa	Nominal
		Área geográfica	Cualitativa	Nominal
		Etnia	Cualitativa	Nominal
		Número de hijos (datos de la madre)	Cuantitativa	Razón
		Sexo del niño	Cualitativa	Nominal
		Edad del niño	Cuantitativa	Razón

	propiedad de alimentar” (Guelbenzu, 2009).	Lactancia Materna Exclusiva Alimentación con Fórmula Alimentación Mixta Alimentación complementaria	Cualitativa Cualitativa Cualitativa Cualitativa	Nominal Nominal Nominal Nominal
Niños menores de un año de edad.	Persona que está en el periodo de la niñez comprendido desde los 0 meses de nacido hasta 11 meses 29 días, que en términos médicos se define como lactante menor (Pinzón, 2014).	Edad del paciente	Cuantitativa	Razón

i. Técnicas en instrumentos para la recolección de datos

Se usó para la realización de la investigación una encuesta, la cual fue de elaboración propia, ésta se divide en 3 apartados: datos generales de la madre (edad, sexo, religión, ocupación, entre otros), datos del niño (edad), seguido así mismo, de 18 preguntas de opción múltiple para medición de conocimiento que poseen las madres de manera general sobre el tema de lactancia materna y ablactación

La encuesta se realizó de manera verbal por parte de la encuestadora, para que fuera más rápido y fácil la aplicación de la misma, ya que algunas de las madres que acudieron a la consulta externa no poseen el nivel educativo necesario para leer y escribir. Según la respuesta obtenida por parte de la madre, la encuestadora seleccionaba la opción o casilla correspondiente.

Para validación de la encuesta, ésta se aplicó a 5 madres al azar que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación en la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula. De esta forma, se evaluó si la encuesta necesitaba alguna modificación que fuera necesaria para su mejor aplicabilidad.

j. Procedimientos para la recolección de información

Se solicitó al comité de docencia e investigación del Hospital Nacional de Chiquimula la aprobación y realización de la investigación en la consulta externa a madres que acudieran con sus niños menores de un año de edad.

En horario hábil se realizó la encuesta a las madres, habiéndoseles explicado previamente el objetivo de la investigación.

Al realizar la encuesta de forma verbal por parte de la encuestadora, se trató de agilizar la realización de la encuesta, adaptándola al nivel educativo de la madre encuestada y en algunas preguntas, se obvió las respuestas múltiples para evitar guiar la respuesta de la madre.

k. Plan de análisis

En base a la encuesta que se usó para la recolección de datos, se procedió a ordenar de acuerdo a las variables, creando una base de datos en EpiInfo 7.

Al finalizar la recolección de datos, se crearon cuadros y gráficas para representar los datos obtenidos a través de la investigación, con frecuencias simples y porcentajes y así poder describir cual es el patrón alimenticio que las madres emplean para la alimentación de sus hijos menores de un año de edad y poder a la vez conocer si contaban con la información necesaria para poder llevar a cabo una alimentación adecuada.

I. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

Este estudio aplicó los principios éticos, para lo cual, inicialmente se describió el trabajo de investigación, detallando en forma sencilla y clara el propósito del estudio y la forma en la cual éste se llevó a cabo.

Al momento haber realizado la encuesta de manera verbal a las madres de los niños menores de un año que acudieron a la consulta externa, se les explicó previamente el objetivo de dicho estudio, el cual era con fines científicos y de forma voluntaria.

m. Cronograma

Actividad	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración de anteproyecto																																
Planteamiento del problema																																
Realización del protocolo																																
Revisión del protocolo																																
Trabajo de campo																																
Realización de encuestas a madres																																
Análisis y resultados de datos																																
Informe final																																

Fuente: elaboración propia

Recursos humanos

1. Humanos:

- a. Investigadora
- b. Asesora de Tesis
- c. Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación e Investigación (OCTGM).

2. Físicos:

MATERIALES Y SUMINISTROS

- a. Útiles de oficina

MOBILIARIO Y EQUIPO

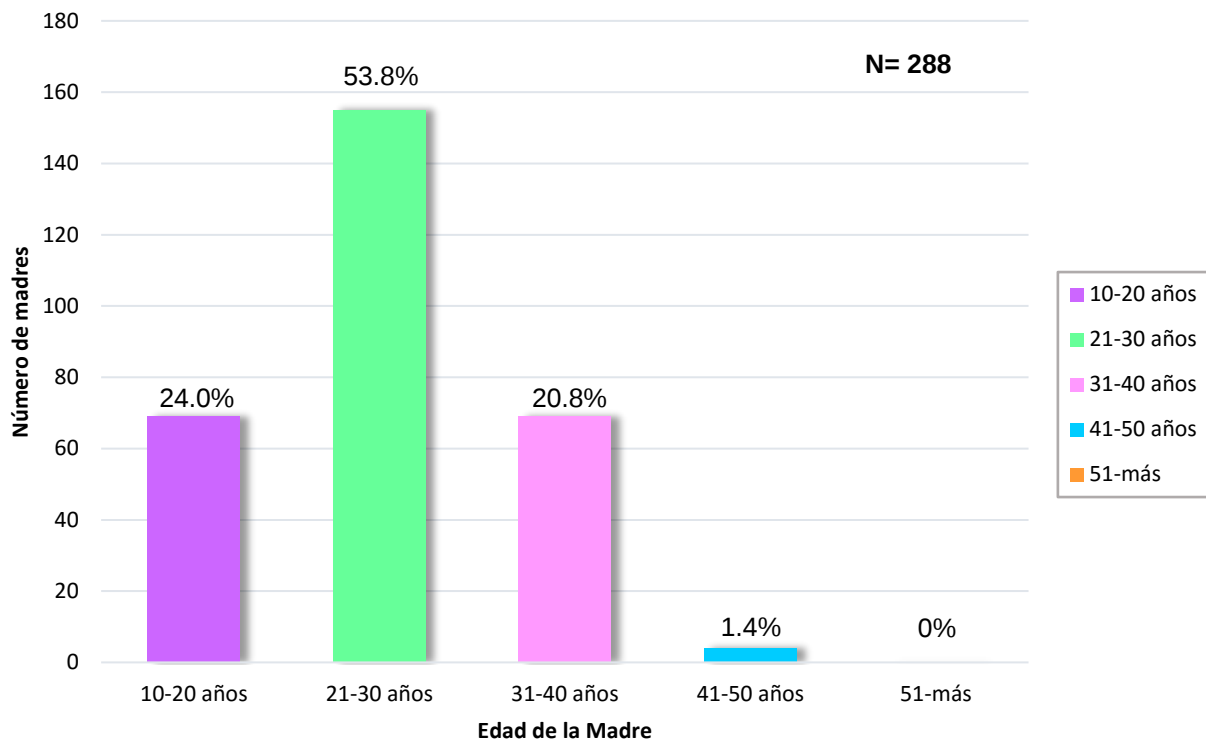
- a. 1 Computadora portátil Toshiba
- b. 1 Memoria USB 8 GB TRIBE
- c. 1 Impresora
- d. Tinta negra
- e. Tinta de color
- f. Internet residencial WIFI

3. FINANCIEROS

EQUIPO	COSTO
Impresiones	Q 65.00
Fotocopias	Q 270.00
Transporte	Q 400.00
Útiles de oficina	Q 200.00
TOTAL	Q. 935.00

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

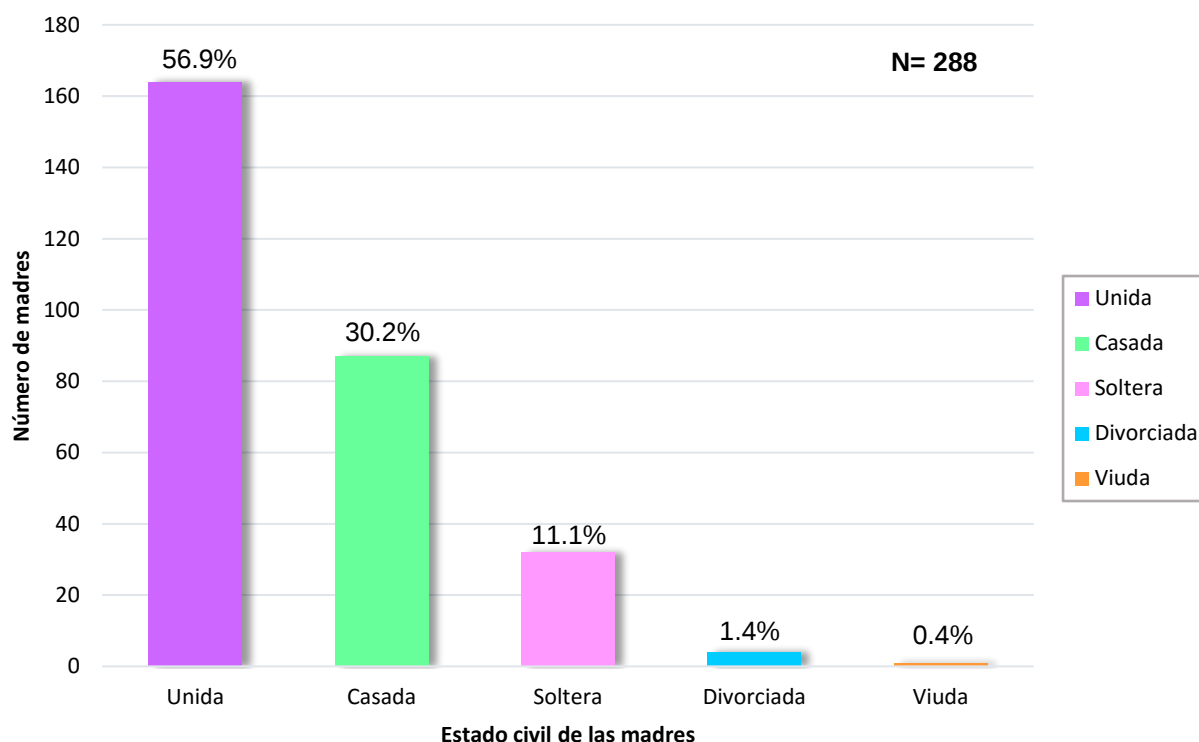
GRÁFICA 1. Distribución de la edad de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.



Fuente: Encuesta propia 2017.

El grupo de edad que predomina en las 288 madres de niños menores de un año que fueron encuestadas, pertenece al rango de 21-30 años con un 53.8% (155), en segundo lugar el rango de 10-20 años con 24.0% (69), seguido del rango de 31-40 años de con 20.8% (60) y por último, con el 1.4% el rango de 41-50 años de; ninguna de las madres encuestadas corresponde al grupo de 51 años o más.

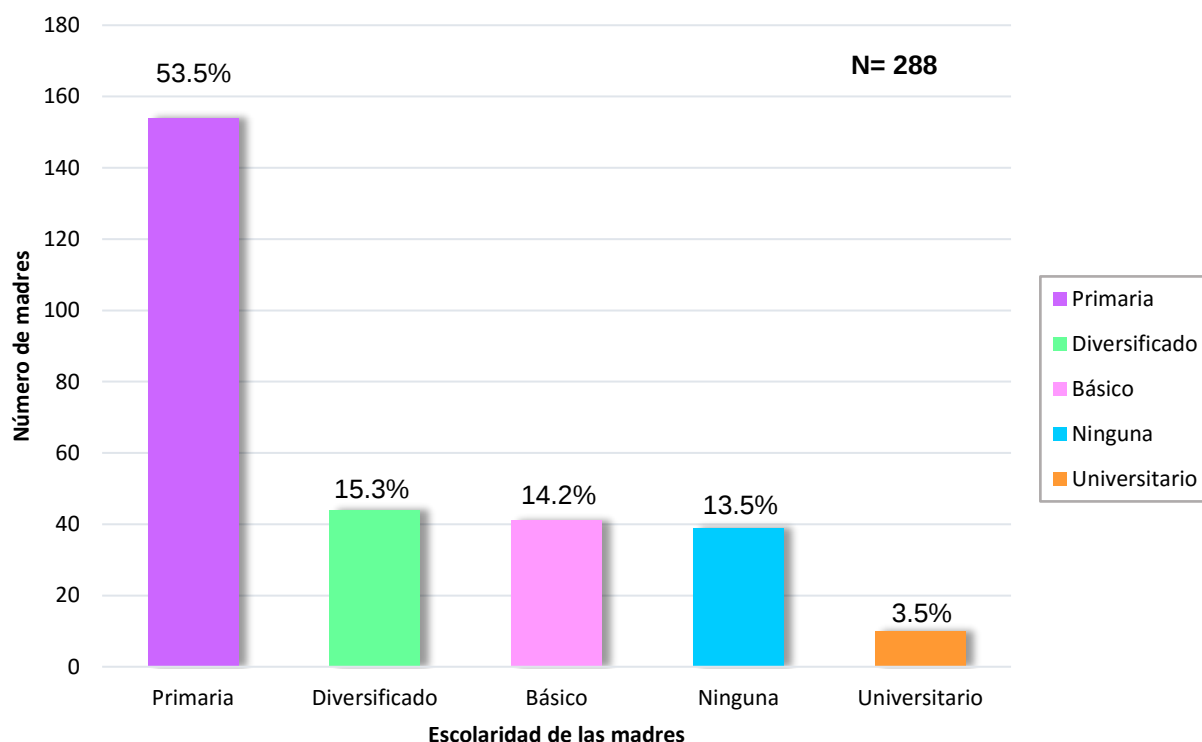
GRÁFICA 2. Distribución según el estado civil de madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.



Fuente: Encuesta propia 2017.

El estado civil más frecuente de las madres, es el de unida con 56.9% (164), seguido de casada con 30.2% (87). En los últimos tres lugares, se encuentran las madres solteras, divorciadas y viudas con 11.1% (32), 1.4% (4) y 0.4% (1), respectivamente.

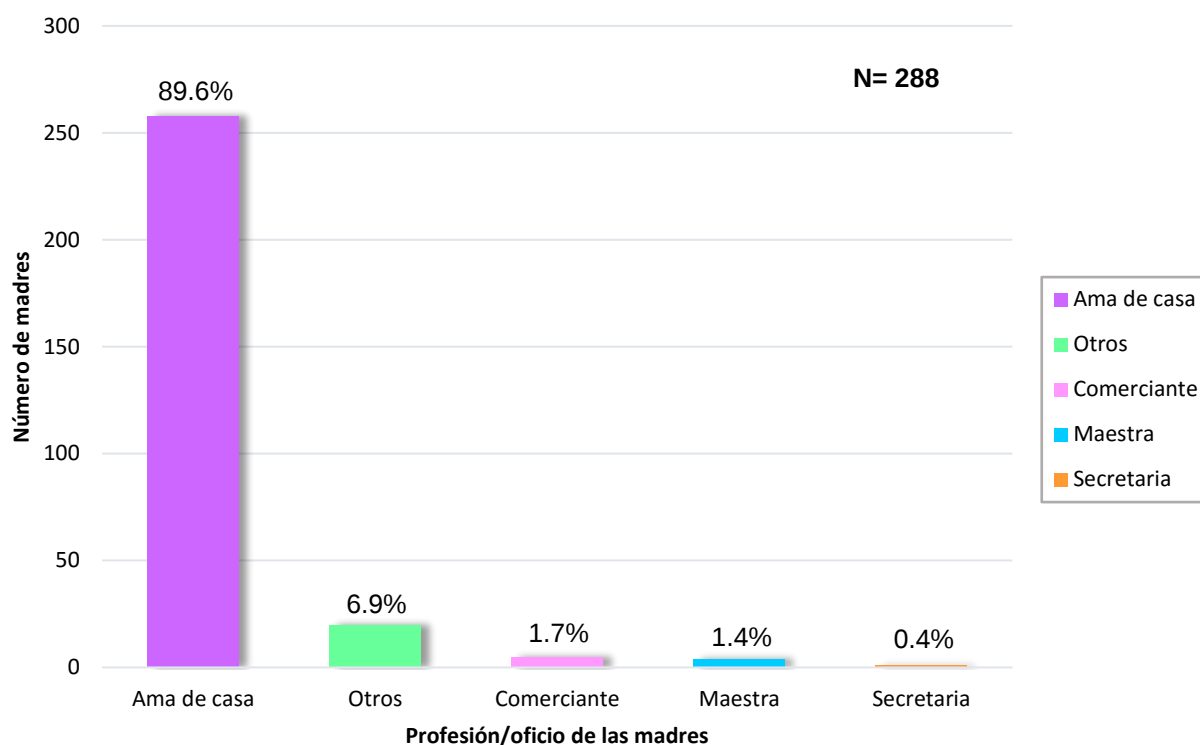
GRÁFICA 3. Distribución según escolaridad de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.



Fuente: Encuesta propia 2017

De 288 madres encuestadas, la mayoría con un 53.5% (154) poseen grado de escolaridad nivel primaria, seguido de nivel diversificado con 15.3% (44), nivel básico con 14.2% (41), sin ningún nivel de educación 13.5% (39) y solamente 3.5% (10) poseen nivel universitario.

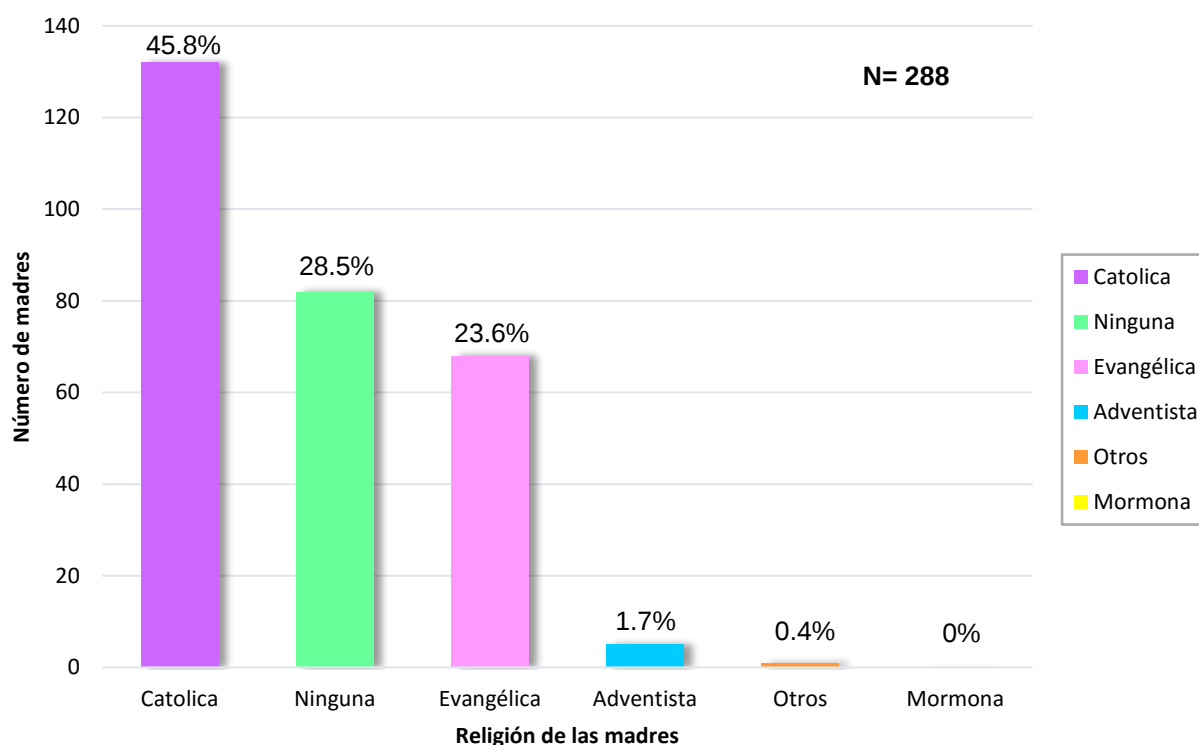
GRÁFICA 4. Distribución de acuerdo a la profesión u oficio de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.



Fuente: Encuesta propia 2017.

La mayoría de las madres se dedican únicamente a labores de su hogar, representando a un 89.6% (258), seguido de la categoría de “otros” con 6.9% (20), como son los oficios de: trabajadora doméstica, pastora, colocadoras de producto en diferentes comercios, vendedora, supervisora de casinos; así mismo se encontró que otras profesiones que practican las madres encuestadas son las de comerciante 1.7% (5), maestra 1.4% (4) y secretaria 0.4% (1).

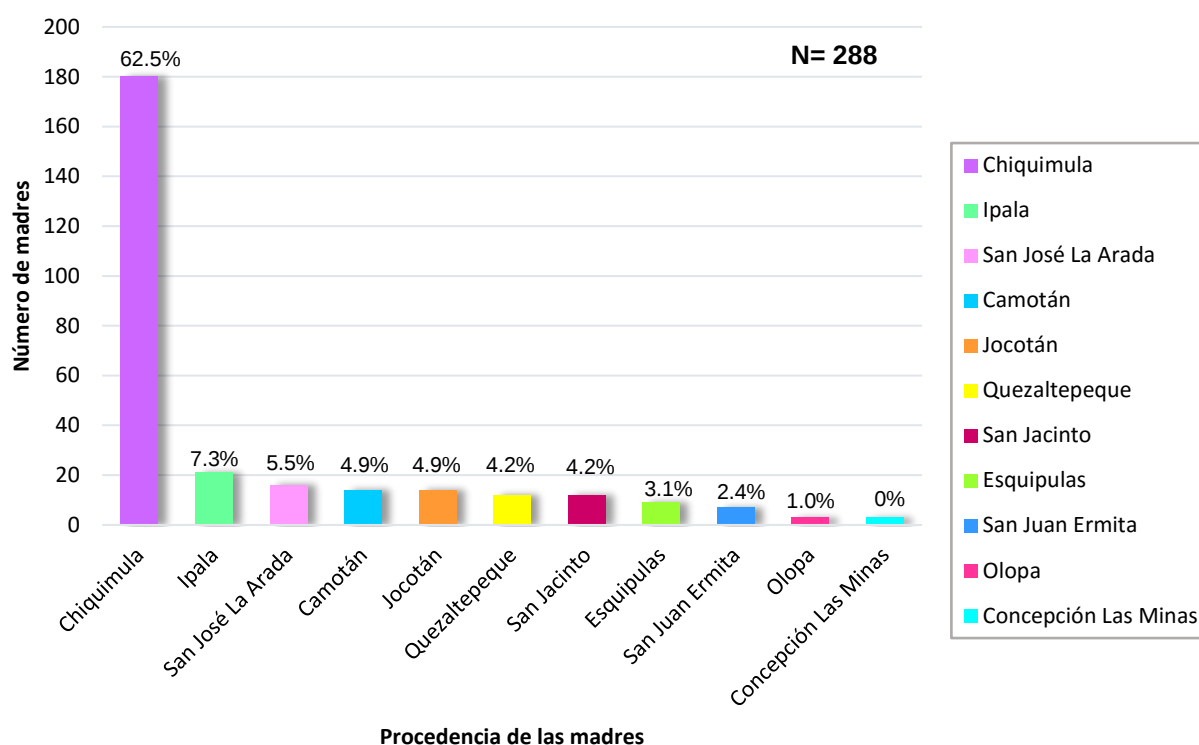
GRÁFICA 5. Distribución de acuerdo a la religión de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.



Fuente: Encuesta propia 2017.

La religión predominante en el grupo de las 288 madres encuestadas fue la católica con 45.8% (132), seguida de madres de ninguna preferencia religiosa con 28.5% (82). En tercer lugar se encontraron las madres evangélicas con 23.6% (68) y con menor predominio de madres adventista con 1.7% (5), “otros” que corresponde a testigos de Jehová con 0.4% (1) y mormona con 0%.

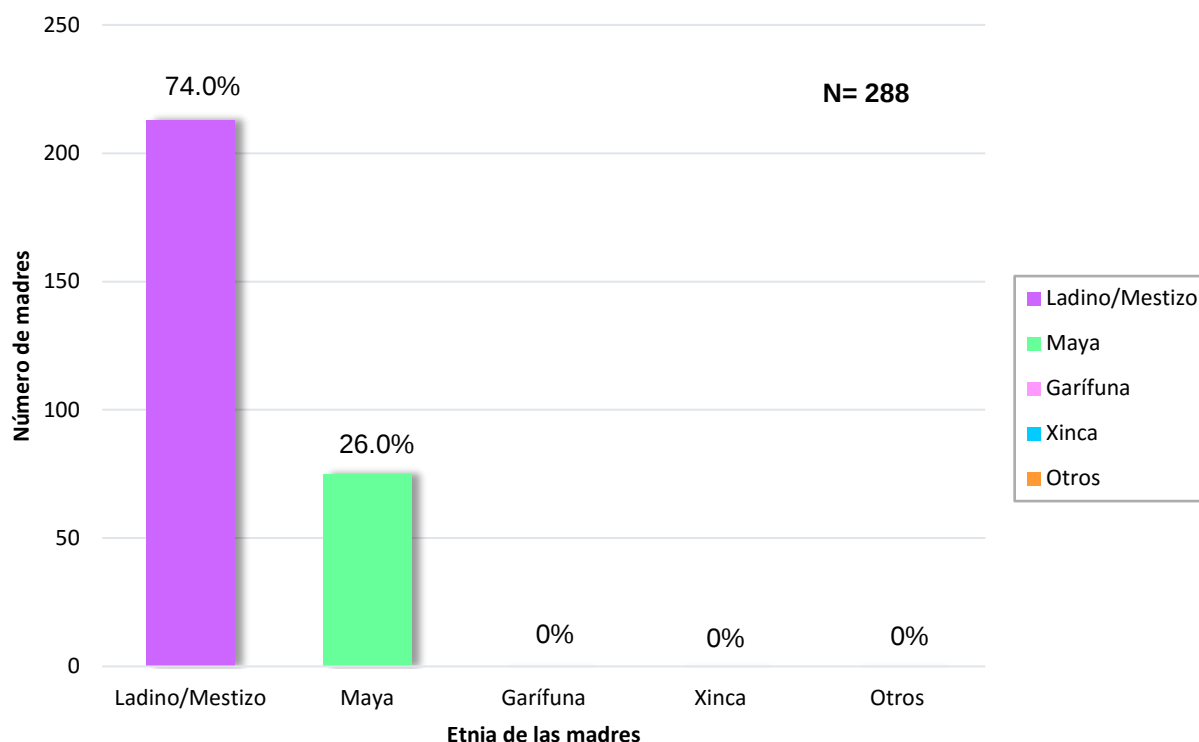
GRÁFICA 6. Distribución según procedencia de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.



Fuente: Encuesta propia 2017.

El municipio del cual consultaron en su mayoría las madres encuestadas es Chiquimula con 62.5% (180), en segundo lugar Ipala con 7.3% (21) y en tercer lugar San José La Arada con 5.5% (16). También los siguen Camotán y Jocotán en cuarto lugar ambos con 4.9% (14), en quinto lugar Quezaltepeque y San Jacinto con 4.2% (12), sexto lugar Esquipulas con 3.1% (9), séptimo lugar San Juan Ermita 2.4% (7), octavo lugar Olopa con 1.0% (3) y en último lugar con 0% Concepción Las Minas.

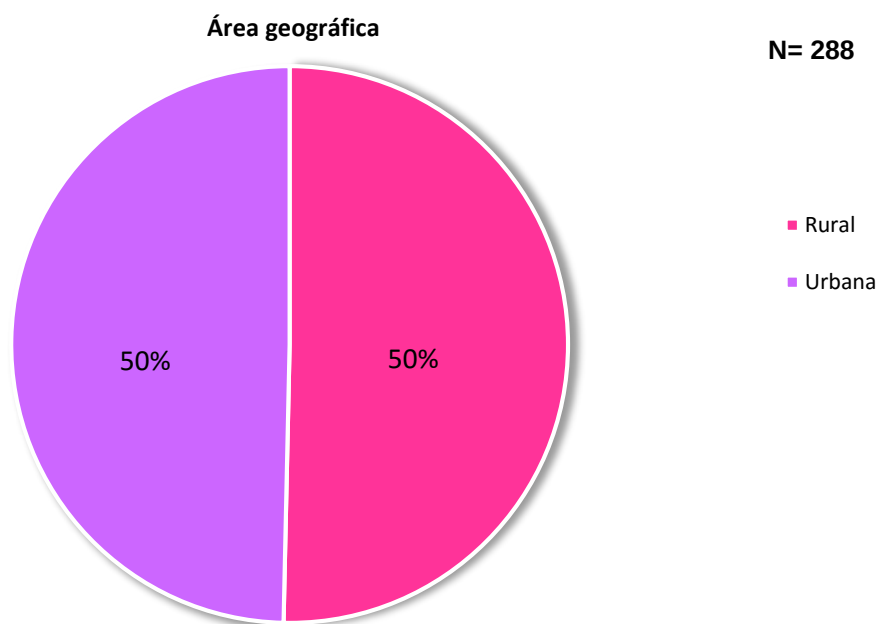
GRÁFICA 7. Distribución según la etnia de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.



Fuente: Encuesta propia 2017.

La etnia que predominó en las 288 madres encuestadas fue la ladina/mestiza 74% (213), seguida de la maya con 26% con (75).

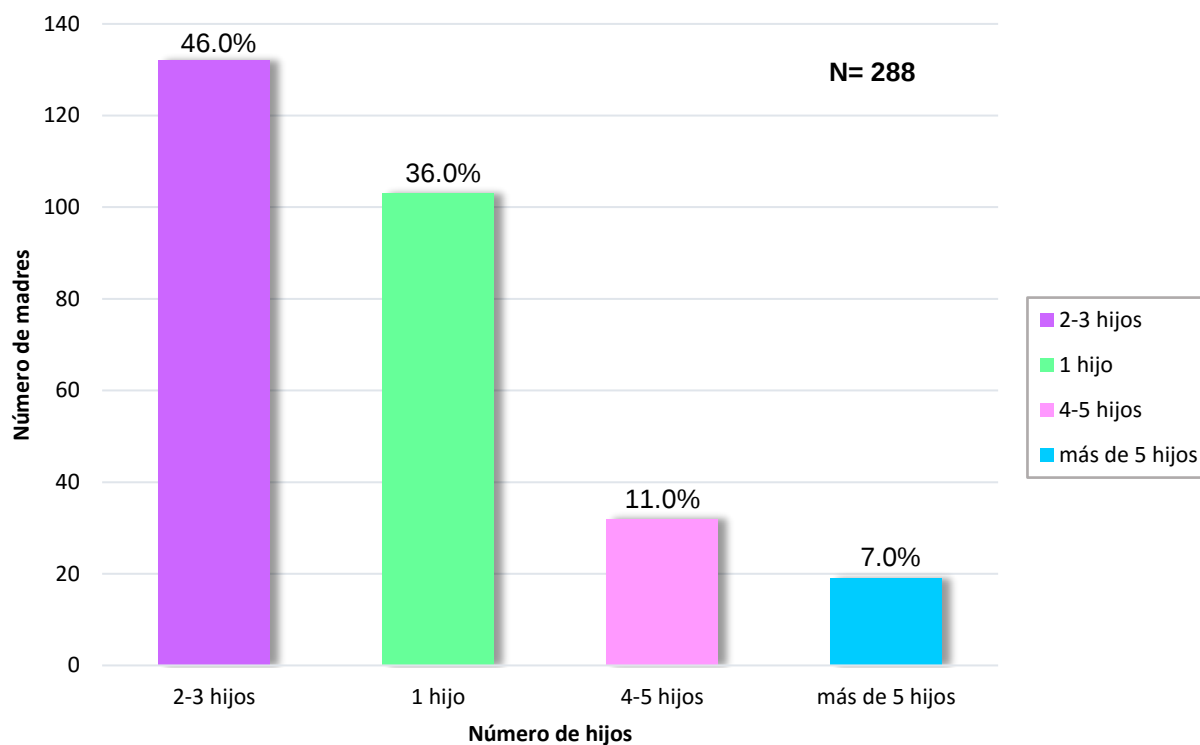
GRÁFICA 8. Distribución según área geográfica de las madres de niños menores de un año de edad que consultaron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.



Fuente: Encuesta propia 2017.

De las 288 madres que se encuestaron el 50% (144) eran del área rural y el otro 50% (144) del área urbana, ambas del departamento de Chiquimula.

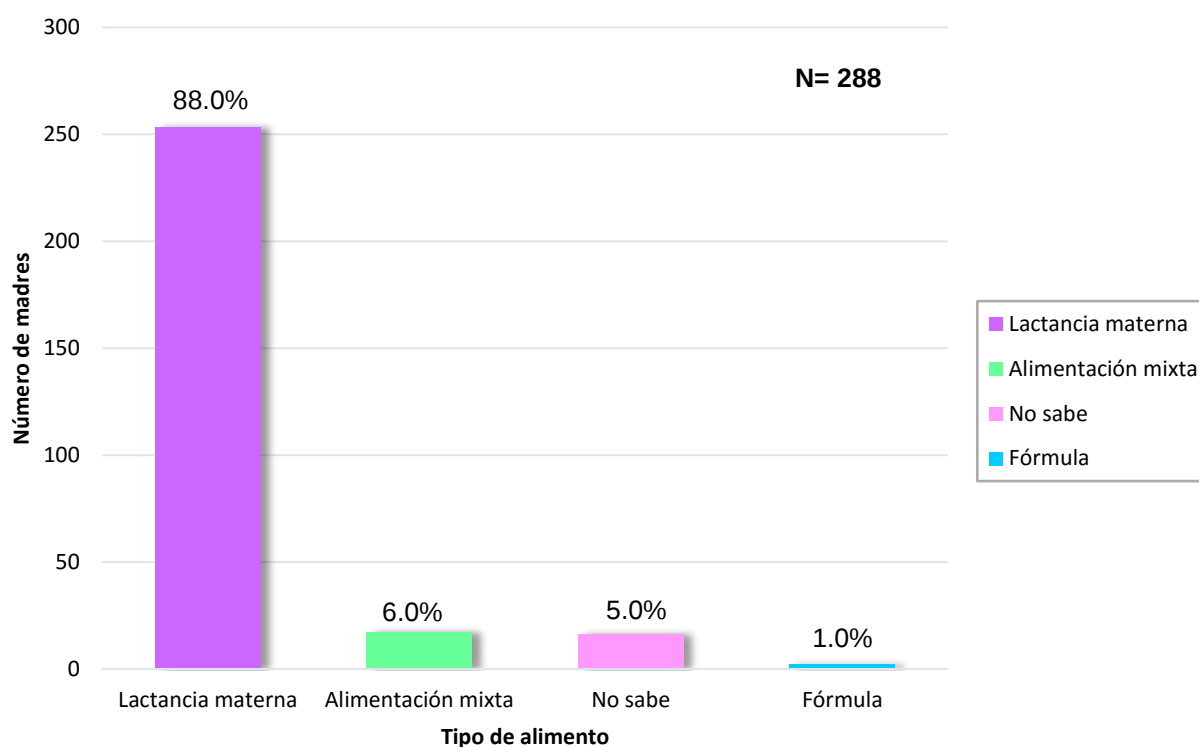
GRÁFICA 9. Distribución según el número de hijos que posee cada madre de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.



Fuente: Encuesta propia 2017.

En primer lugar se encuentran con 46% (132) las madres que tienen entre 2-3 hijos, en segundo lugar las madres que solamente tienen 1 hijo con un 36% (103), seguido de un 11% (32) las madres que tienen entre 4-5 hijos y por último, las madres que tienen más de 5 hijos que corresponde a un 7% (19).

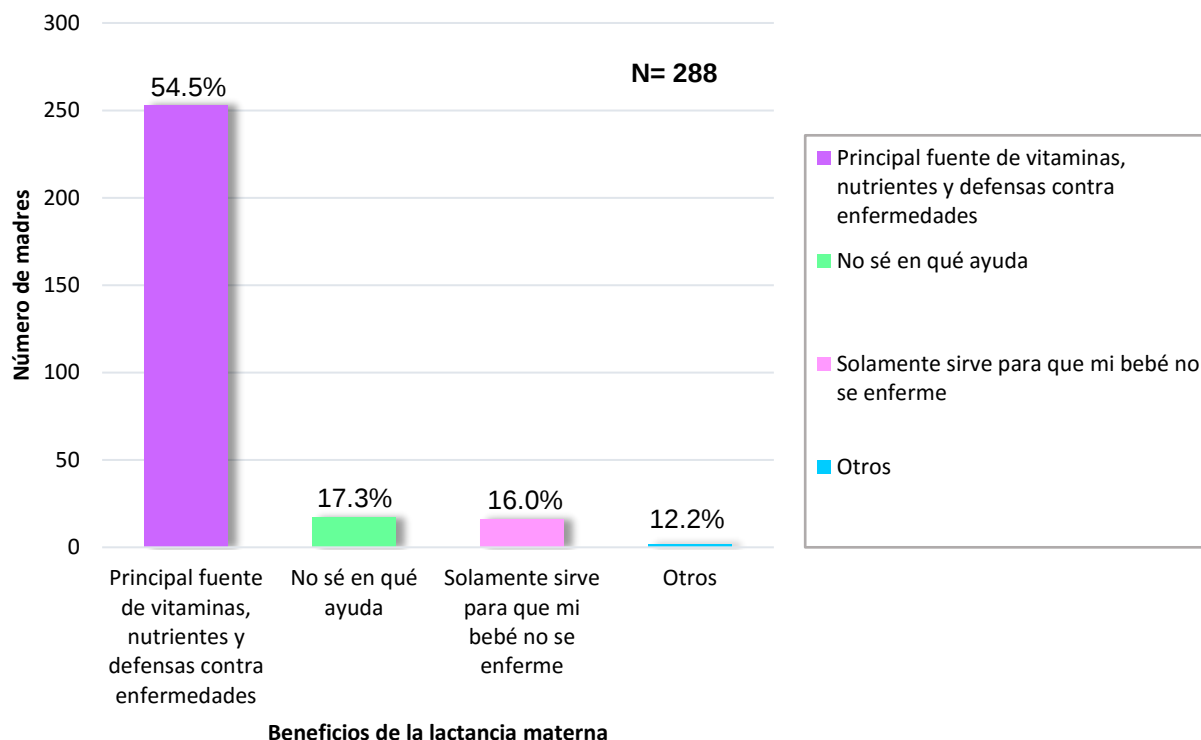
GRÁFICA 10. Distribución de acuerdo al tipo de alimento que es mejor para la alimentación del niño cuando aún no puede ingerir comida según las madres de niños menores de un año de edad que acuden a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.



Fuente: Encuesta propia 2017.

De las 288 madres encuestadas, al preguntarles qué alimento es el mejor para alimentar a su niño cuando aún no pueden ingerir alimento, un 88% (253) contestó la lactancia materna en primer lugar, en segundo lugar la alimentación mixta con un 6% (17), tercer lugar no sabían cuál es el mejor alimento para su niño con un 5% (16) y en último lugar con un 2% (1) la alimentación con fórmula.

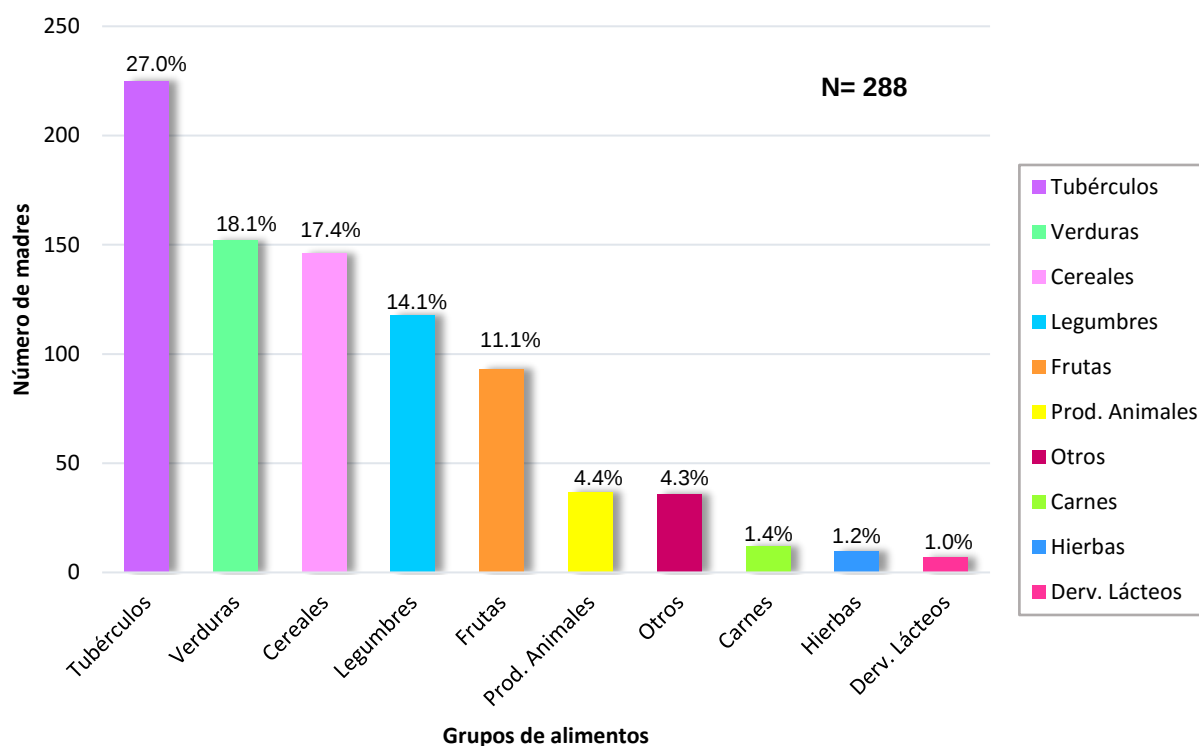
GRÁFICA 11. Distribución de acuerdo al beneficio de la lactancia materna según el conocimiento de las madres de niños menores de un año que acuden a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.



Fuente: encuesta propia 2017.

Al preguntar a las madres cuál es el beneficio que le ofrece la leche materna a sus niños, la mayoría de ellas, 54.5% (157) respondieron que saben que el principal beneficio es que “la lactancia materna es la principal fuente de vitaminas, nutrientes y defensas contra enfermedades”, seguido de 17.3% (50) “no sabe en qué ayuda la leche materna a su niño”. Un 16% (46) respondió que la leche materna “solamente sirve para que su bebé no se enferme” y por último con un 12.2% (35) mencionaron otros tipos de beneficios por parte de la leche materna como lo son: para que su hijo crezca más rápido, para que también sea más gordo y que es la única leche que no le hace daño a su hijo.

GRÁFICA 12. Frecuencias y porcentajes de los grupos de alimentos con los que se debe iniciar alimentación complementaria o ablactación en base al conocimiento de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.

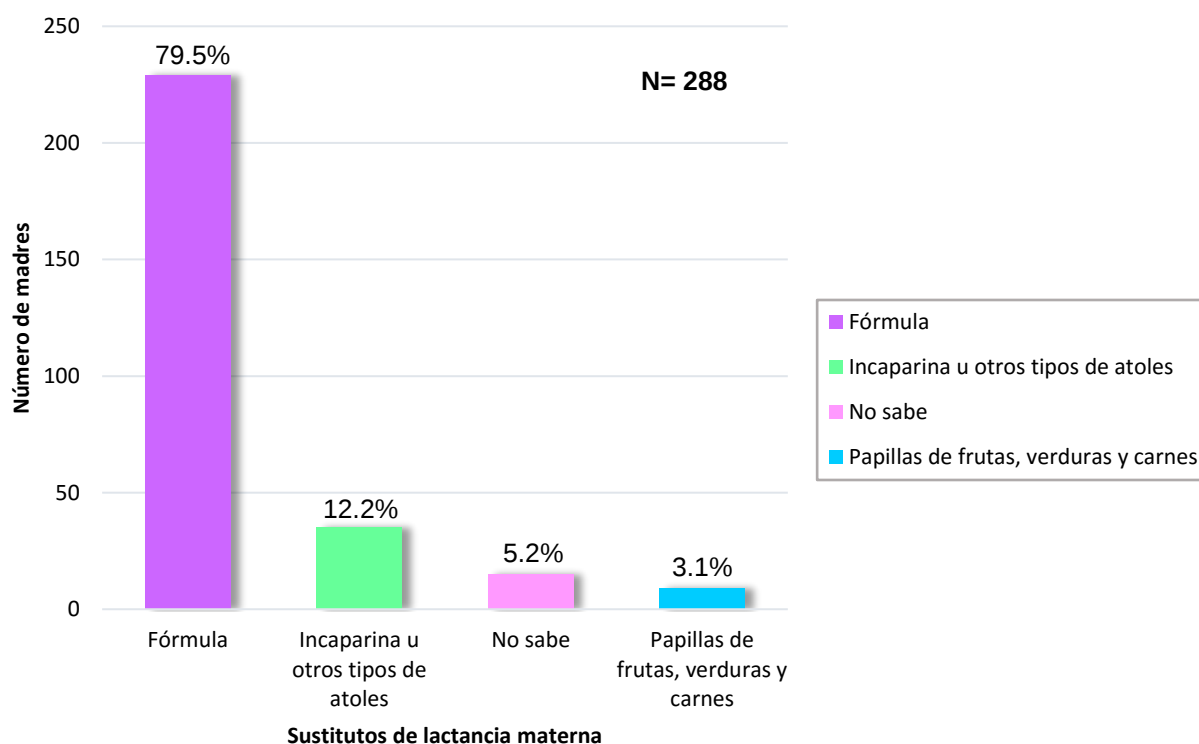


Fuente: Encuesta propia 2017.

En base al conocimiento de las madres, al realizarles la encuesta y preguntarles que alimentos podían utilizar para el inicio de la alimentación complementaria de sus hijos y debido a que las madres podían seleccionar más de un grupo de alimentos obteniendo un total de 836 respuestas, se determinó que en primer lugar el grupo de alimentos más utilizado es el de los tubérculos con 27% (225), en segundo lugar las verduras con 18.1% (152), tercer lugar el grupo de los cereales con 17.4% (146), cuarto lugar las legumbres con 14.1% (118) y en quinto lugar las frutas con 11.1% (93).

Por último, los grupos de alimentos menos elegidos por las madres para el inicio de la alimentación complementaria de sus hijos fue el de productos animales con 4.4% (37), “otros” (compotas) con 4.3% (36), carnes con 1.4% (12), hierbas con 1.2% (10) y derivados lácteos con 1% (7).

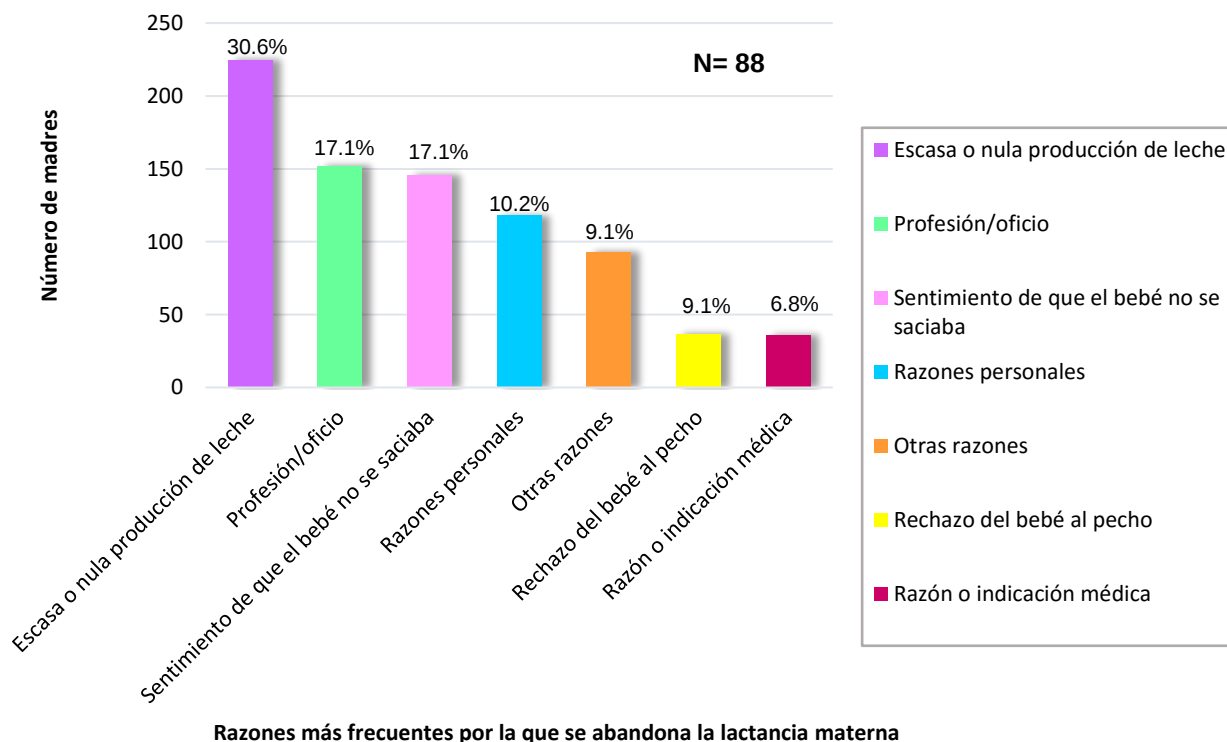
GRÁFICA 13. Distribución de acuerdo a los sustitutos de la leche materna en los primeros seis meses de vida del bebé en caso de que la madre no pueda dar pecho, en base al conocimiento de las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.



Fuente: Encuesta propia 2017.

De acuerdo a las 288 madres encuestadas, un 79.5% (229) de ellas considera que la fórmula es el mejor alimento para su niño en caso de no poder darle lactancia materna por alguna u otra razón, en segundo lugar el alimento elegido fue la Incaparina u otro tipo de atol con un 12.2% (35), en tercer lugar un 5.2% (15) de madres no sabían con que podían sustituir la lactancia materna y por último un 3.1% (9) eligió a las papillas de frutas, verduras y carnes como el cuarto tipo de alimento para poder sustituir la lactancia materna.

GRÁFICA 14. Razones más frecuentes por las cuales las madres suspenden la alimentación de niños menores o igual 6 meses con lactancia materna exclusiva que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.

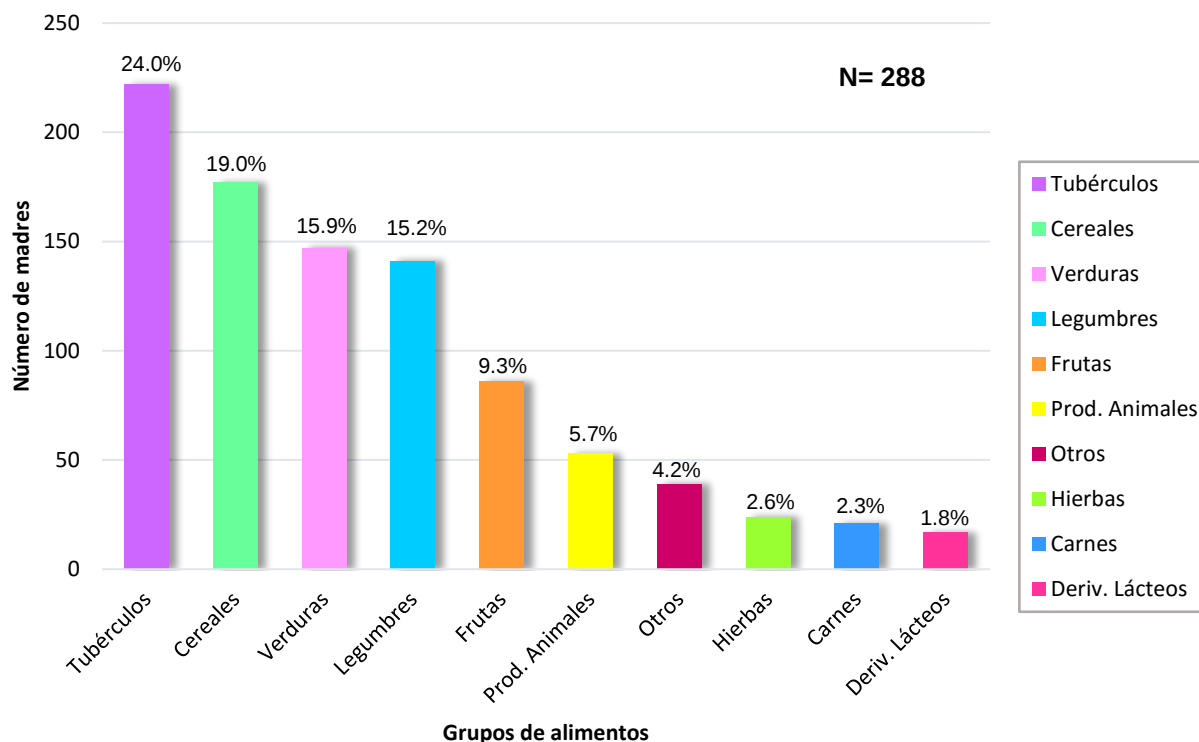


Fuente: encuesta propia 2017

Las razones más frecuentes por las que las madres decidieron suspender la lactancia materna en niños menores o igual 6 meses fue en primer lugar “escasa o nula producción de leche” con 30.6% (27), en segundo lugar “profesión/oficio” y “sentimiento de que el bebé no se saciaba”, ambas con 17.1% (15), en tercer lugar “razones personales” con 10.2% (9).

El cuarto lugar lo ocuparon “otras razones” como lo son: el que en caso de que ellas dejaran al niño en casa con su esposo o un familiar, ellos pudieran alimentarlo, otra razón fue el que les dolía mucho los pechos al dar lactancia al bebé y que el bebé era intolerante a la lactosa. En quinto lugar “el rechazo del bebé al pecho” con 9.1% (8) y el último motivo más frecuente fue “razón o indicación médica” con 6.8% (6).

GRÁFICA 15. Frecuencias y porcentajes de los grupos de alimentos más utilizados para el inicio de ablactación por las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.



Fuente: Encuesta propia 2017.

De acuerdo a las 288 madres de niños menores de un año de edad, que se les realizó la pregunta de cuáles grupos de alimentos utilizó o utilizaría para el inicio de la alimentación complementaria de su hijo (pudiendo ellas elegir más de un grupo alimenticio, obteniendo así un total de 927 respuestas), se determinó que el grupo de alimentos más utilizado es el de los tubérculos con 77.1% (222), seguido en segundo lugar por el grupo de los cereales con 61.5% (177), tercer lugar las verduras con 51.0% (147), cuarto lugar las legumbres con 49.0% (141), y en quinto lugar las frutas con 29.9% (86).

Por último, los grupos de alimentos menos utilizados fueron los productos animales con 18.4% (53), “otros” (compotas) con 13.5% (39), hierbas con 8.3% (24), carnes con 7.3% (21) y derivados lácteos con 5.9% (17).

CUADRO 3. Distribución según edad de niños menores de un año de edad que acudieron con sus madres a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.

Edad		Frecuencia	Porcentaje (%)
Niños-as $\leq$ 6 meses		218	75.7%
Niños-as > 6 meses	7 a 9 meses	42	14.6%
	10 a < 12 meses	28	9.7%
Total		288	100%

Fuente: Encuesta propia 2017.

De acuerdo a la edad de los niños menores de un año que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula con sus madres al momento de realizar la encuesta, el rango de edad que muestra mayor número es el de menores o igual a 6 meses con 218 niños (75.7%); el grupo de niños de 7 a menores de 12 meses fueron 70, concretamente, de 7 a 9 meses un total de 42 (14.6%) y de 10 a menores de 12 meses 28 niños (9.7%).

CUADRO 4. Distribución de acuerdo a la edad a la cual se debería de dar únicamente pecho al bebé y a qué edad se debe iniciar la alimentación complementaria según el conocimiento de las madres de niños menores de un año de edad que acuden a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.

Edad hasta la cual se debe dar únicamente pecho al niño			Edad a la que se debe iniciar la alimentación complementaria al niño		
Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)	Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
1 mes	2	0.7%	1 mes	2	0.7%
2 meses	2	0.7%	2 meses	2	0.7%
3 meses	7	2.4%	3 meses	7	2.4%
4 meses	11	3.8%	4 meses	11	3.8%
5 meses	8	2.8%	5 meses	8	2.8%
6 meses	218	75.7%	6 meses	218	75.7%
>6 meses	24	8.3%	>6 meses	24	8.3%
No sabe	16	5.6%	No sabe	16	5.6%
Total	288	100%	Total	100	100%

Fuente: Encuesta propia 2017.

De acuerdo al conocimiento de las madres al momento de la realización de la encuesta y preguntarles hasta qué edad saben ellas que deben darle únicamente pecho a su niño y a qué edad se debe iniciar la alimentación complementaria; las 288 madres coincidieron en que tanto la edad hasta la cual se debe dar únicamente pecho al niño y a qué edad se debe iniciar la alimentación complementaria es la de los 6 meses con un 75.7% (218) en primer lugar. En segundo lugar con un 8.3% (24) cuando los niños tienen más de 6 meses y en tercer lugar un 5.6% (16) no sabían la edad adecuada para ambas acciones.

CUADRO 5. Prevalencia de alimentación con lactancia materna exclusiva (LME), prevalencia de la alimentación con fórmula exclusiva (de inicio) y alimentación mixta en niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.

Edad/ Patrón alimenticio		Niños-as ≤ 6 meses	%	Niños-as de 7 a < 12 meses	%	Total
Recibieron LME		150	68.8	50	71.4	200
No recibieron LME	Alimentación mixta	54	24.8	14	20	68
	Fórmula exclusiva	14	6.4	6	8.6	20
Subtotal		68	31.2	20	28.6	88
Total		218	100	70	100	288

Fuente: Encuesta propia 2017.

De los 288 niños que acudieron a la consulta externa con sus madres, 218 eran menores o igual a 6 meses y 70 del grupo de edad de 7 a menores de 12 meses, en el momento de la encuesta.

Del grupo de los 218 niños menores o igual a 6 meses, el 68.8% (150) recibía lactancia materna exclusiva (LME) y del grupo de los 70 niños de 7 a menores de 12 meses, 71.4% (50) recibió LME en sus primeros 6 meses de vida. Un total de 200 niños menores de un año de edad recibió LME.

En lo que respecta a la prevalencia de alimentación mixta (lactancia materna más fórmula) y alimentación con fórmula exclusiva, de los 218 niños que corresponden al grupo de menores o igual a 6 meses, el 24.8% (54) recibía alimentación mixta y el 6.4% (14) fórmula exclusiva, por tanto, el 31.2% (68) niños menores o igual a 6 meses no recibía LME.

De los 70 niños del grupo de edad de 7 a menores de 12 meses, 28.6% (20) no recibió LME en sus primeros 6 meses de vida, por lo que sus madres la sustituyeron con alimentación mixta en un 20% (14) y con fórmula exclusiva en un 8.6% (6). Un total de 88 niños menores de un año de edad no recibió LME.

CUADRO 6. Distribución de madres que han iniciado alimentación complementaria (AC) o ablactación al momento de la encuesta, en niños menores de un año de edad que acudieron con sus madres a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.

Madres que han iniciado alimentación complementaria al momento de la encuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
SI	109	37.8%
NO	179	62.2%
Total	288	100%

Fuente: Encuesta propia 2017.

Al momento de realizar la investigación y encuestar a las 288 madres, se les preguntó si en ese momento ellas estaban dando ablactación a sus hijos, para lo cual había la opción de sí y no.

Un 37.8% (109) madres si estaban dando alimentación complementaria o ablactación a su hijo al momento de la investigación y el restante 62.2% (179) no lo había puesto en práctica aún.

CUADRO 7. Distribución de acuerdo a la edad de inicio de alimentación complementaria (AC) o ablactación en niños menores de un año de edad que acudieron con sus madres a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula de octubre a noviembre de 2017.

Edad a la que se inició AC en los niños que al momento de la encuesta Sí la utilizan	Edad (meses)	2	3	4	5	6	>6	Total
	Frecuencia	3	11	10	10	60	15	109
	Porcentaje (%)	2.8%	10.0%	9.2%	9.2%	55.0%	13.8%	100.0%
Edad a la que se iniciará AC en los niños que al momento de la encuesta NO la utilizan	Edad (meses)	2	3	4	5	6	>6	Total
	Frecuencia	1	5	9	9	139	16	179
	Porcentaje (%)	0.5%	2.8%	5.0%	5.0%	77.7%	9.0%	100.0%

*AC: Alimentación complementaria

Fuente: encuesta propia 2017.

De las 109 madres que respondieron que sí daban ablactación a sus hijos/hijas al momento de la encuesta, se observa que la edad más frecuente a la que se había iniciado la ablactación fue la de los 6 meses con 55.05% (60), en segundo lugar las madres habían iniciado la ablactación después de los 6 meses con 13.76% (15) y en tercer lugar la edad de 3 meses con un 10.09% (11). Así mismo, de las 179 madres que aún no daban ablactación a sus hijos al momento de la encuesta, la edad más frecuente a la que ellas iniciarían ablactación es la de 6 meses con 77.65% (139), en segundo lugar el 8.94% (16) iniciarían la ablactación después de los 6 meses y en tercer lugar la iniciarían entre los 4 y 5 meses, ambos con un 5.03% (9).

CUADRO 8. Distribución de acuerdo a quién ha recomendado el grupo de alimentos para el inicio de la alimentación complementaria a las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula durante octubre a noviembre de 2017.

Opciones	Frecuencias	Porcentaje (%)
Miembros de la familia	93	30.0%
Experiencia propia	79	25.4%
Centro de salud/Puesto de salud	57	18.3%
Pediatra	32	10.2%
Otras madres con experiencia	19	6.1%
Hospital	15	4.8%
Vecinas	9	2.9%
Otros	7	2.3%
Total	311	100.0%

Fuente: Encuesta propia 2017.

Al preguntarle a las 288 madres quién había recomendado el grupo o los grupos de alimentos utilizados para el inicio de la alimentación complementaria de su niño y pudiendo cada una de ellas seleccionar más de una opción de respuesta, se puede determinar que la mayoría de ellas escogió la opción de miembros de la familia con un 30% (93), en segundo lugar las madres dijeron que habían escogido ese tipo de alimento para iniciar alimentación complementaria en base a su propia experiencia con un 25.4% (79). En tercer lugar el centro de salud o puesto de salud con un 18.3% (57) y en cuarto lugar el médico pediatra con 10.2% (32).

Sin embargo, algunas madres obtuvieron la información de qué alimentos utilizar para el inicio de la alimentación complementaria de otras madres con experiencia 6.1% (19), del hospital 4.8% (15), vecinas 2.9% (9), otros como lo son: internet, medios de comunicación como la radio y la televisión, cursos en línea, revistas y foros.

CUADRO 9. Frecuencias y porcentajes de quién ha recomendado las acciones aplicadas sobre la alimentación de sus hijos a las madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula durante octubre a noviembre de 2017.

Opciones	Frecuencias	Porcentaje (%)
Miembros de la familia	78	24.1%
Centro de salud/Puesto de salud	68	21.0%
Experiencia propia	63	19.4%
Hospital	40	12.3%
Pediatra	38	11.7%
Otras madres con experiencia	20	6.2%
Otros	14	4.3%
Vecinas	3	1.0%
Total	324	100.0%

Fuente: Encuesta propia 2017.

De las 288 madres encuestadas, al momento de preguntar quién había recomendado todo lo que ellas habían dicho que hacen respecto a la alimentación de su hijo, ellas pudiendo responder más de una opción, contestaron que la información la habían obtenido en primer lugar de algún miembro de su familia en un 24.1% (78), seguido en segundo lugar del centro de salud o puesto de salud con un 21.0% (68), en tercer lugar se determinó que el 19.4% (63) lo hizo en base a su propia experiencia y en cuarto lugar un 12.3% (40) obtuvieron la información del hospital en donde dieron a luz.

Otro grupo de madres obtuvieron la información por parte de un pediatra 11.7% (38), otras madres con experiencia 6.2% (20), otros como lo fueron: internet, medios de comunicación como la radio o televisión, revistas, cursos en línea y foros; y vecinas con 1.0% (3).

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula, con el cual, se buscaba poder caracterizar el patrón alimenticio de niños menores de un año de edad que acudieran con sus madres durante los meses de octubre a noviembre de 2017.

Las recomendaciones para una alimentación óptima y adecuada para todo lactante por parte de la OMS y UNICEF es que éste debe ser alimentado de manera exclusiva los primeros 6 meses de su vida con lactancia materna exclusiva y luego complementarla a partir de los 6 meses de edad con la introducción de alimentos (alimentación complementaria), continuando la lactancia materna hasta los dos años de vida o más.

En lo que respecta a los 288 niños menores de un año de edad que acudieron con sus madres, 218 de ellos se encontraban en el rango de menores o igual a 6 meses de edad y 70 en el rango de 7 a menores de 12 meses de edad. De esos 218 niños menores o igual a 6 meses, 150 recibían lactancia materna al momento de ser realizada la investigación y 50 niños del rango de 7 a menores de 12 meses recibió LME en los primeros seis meses de su vida; en total 200 (69.4%) niños menores de un año de edad recibieron LME.

Los niños alimentados con alimentación mixta (lactancia materna más fórmula) y alimentación con fórmula exclusiva, de los 218 niños que corresponden al grupo de menores o igual a 6 meses, el 24.8% (54) recibía alimentación mixta y el 6.4% (14) fórmula exclusiva, por tanto, el 31.2% (68) niños menores o igual a 6 meses no recibía LME y de los 70 niños del grupo de edad de 7 a menores de 12 meses, 28.6% (20) no recibió LME en sus primeros 6 meses de vida, por lo que sus madres la sustituyeron con alimentación mixta en un 20% (14) y con fórmula exclusiva en un 8.6% (6). Un total de 88 (30.6%) niños menores de un año de edad no recibió LME, lo que los deja exentos de recibir las principales vitaminas, nutrientes y defensas de enfermedades más frecuentes a esta edad.

Factores como lo son la escasa o nula producción de leche materna al momento del nacimiento del bebé y en los primeros días posteriores al mismo, conlleva a la madre el

sustituir parcial o completamente el pecho por algún sucedáneo de la leche materna (fórmula).

Este factor es frecuente ya que en la mayoría de las mujeres la producción de la leche materna aumenta lentamente según las necesidades del bebé y también puede variar la cantidad de la misma durante el día, es entonces cuando el niño o la niña puede que demande el pecho con mayor frecuencia y la madre creer que no tiene la suficiente cantidad de leche. Además en muchas ocasiones, las madres sufren preocupaciones y ansiedad en relación con la cantidad de leche que puedan tener, ya que las hormonas encargadas de provocar la producción y eyección de la leche (oxitocina y prolactina) pueden estar influenciadas por el estado de ánimo de la madre, si se siente nerviosa, incómoda, insegura, estas hormonas pueden dejar de producirse y disminuye la cantidad y salida de la leche, lo contrario ocurrirá si se siente apoyada, protegida y segura.

Es necesario entonces que la preparación y consejería acerca de la lactancia materna no sea exclusiva para las madres, sino también para familiares y miembros de la comunidad.

Otros factores influyentes son el trabajo u oficio, ya que en muchos de ellos no les dan disponibilidad de horario para poder dar de lactar, por lo que las madres se ven en la dificultad de no poder alimentar a su bebé con lactancia materna en su totalidad.

La sensación de que el bebé no queda completamente saciado siendo alimentado únicamente con lactancia fue otra de las razones por las cuales las madres no cumplieron con lactancia materna exclusiva, esto se debe a que las madres observan que el bebé llora mucho aun cuando ya han sido alimentados o que piden pecho en un intervalo corto de tiempo luego de la última mamada. Sin embargo, entre los consejos de la OMS y UNICEF para una lactancia materna exclusiva, se menciona el dar lactancia materna en forma de libre demanda al niño/niña, es decir, el bebé debe ser alimentado cada vez que quiera.

Esto significa que el horario no es estricto, aunque puede ser cada 2 o 3 horas, de día y noche, los primeros 30 días y luego, progresivamente, cada 3 a 4 horas hacia finales del segundo mes. La duración de cada mamada varía entre 5 a 15 minutos en cada pecho y debe dársele suficiente tiempo al bebé ya que cada uno es diferente.

Los motivos personales como el no querer alimentar a su hijo a través del seno materno, rechazo del bebé al pecho, indicación médica y otros motivos como el no estar todo el tiempo en casa por lo que otra persona estaría con el bebé cuidándolo; y dolor en los pechos al amamantar, fueron las razones menos frecuentes por las cuales las madres no cumplían con la lactancia materna exclusiva en la alimentación de sus hijos.

De la población a estudio, 37.8% de las madres practicaban la alimentación complementaria al ser encuestadas; el 55% (60) de ellas había iniciado esta práctica a la edad correcta (6 meses), el 13.8% (15) la inició después de los 6 meses y un 10% (11) la había iniciado de manera precoz a los 3 meses. Así mismo, de las 62.2% que aún no practicaban la alimentación complementaria afirmaron que iniciarían esta práctica cuando su niño/niña cumpliera los 6 meses de edad, el 9% (16) lo haría después de los 6 meses y el 5% (9) dijo que lo haría entre los 4 o 5 meses de edad.

La OMS recomienda el inicio de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses por diversas razones. A partir de esta edad el lactante ya ha logrado un desarrollo adecuado de su función digestiva, renal y de la maduración neurológica, sin olvidar que, la lactancia materna ya no es suficiente para poder cubrir las necesidades nutricionales y energéticas del niño.

Cuando se inicia la alimentación de forma precoz (antes de los 6 meses), se deja al niño/niña expuesto a sufrir alergias alimenticias debido a que su aparato digestivo no está totalmente maduro y por lo tanto las paredes intestinales son permeables, por lo cual, las alergias pueden afectar cualquier sistema del cuerpo provocando náuseas, vómitos, diarreas y estreñimiento, razones que muchas veces son el motivo de consulta al médico. Por otro lado, el inicio de la alimentación complementaria de forma tardía tampoco es una buena decisión, ya que entre los 6 a 23 meses hay un mayor pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas.

Los alimentos más utilizados por las madres para alimentar a sus hijos son la papa (tubérculos), pan desecho en café, "Nestum", "Incaparina" (cereales), zanahoria, güisquil (verduras), caldo de frijol (legumbres), banano, manzana (frutas), esto debido a que son alimentos que las madres consideran apropiados para la edad del bebé y son accesibles

económicamente para la mayoría de ellas; a diferencia del huevo (productos animales), compotas (otros), caldo de hierba mora y chipilín (hierbas), carne de pollo, res, hígado (carnes) y derivados lácteos como leche, queso y requesón, que fueron los menos utilizados ya que las madres consideran que éstos son más apropiados para una edad mayor, entre 10 y 12 meses que para el inicio de la alimentación complementaria a los 6 meses, además de que muchas madres señalaron que muchas veces no incluían algunos de los alimentos mencionados ya que no había disponibilidad económica para consumirlos.

Algunos alimentos que se utilizan muchas veces como alimento para los niños no son nutricionalmente adecuados, como lo son los caldos y el café. Guías alimenticias para lactantes recomiendan evitar los caldos o sopas porque al ser preparaciones con mucha agua y poco valor nutricional el volumen que se requiere es muy grande para cubrir las necesidades nutricionales del niño/niña, por lo cual se recomienda mejor triturar o moler los alimentos para evitar la dilución innecesaria.

En lo que al café se refiere, éste contiene calorías que no proporcionan ningún nutriente por lo cual los niños que se llenan con este tipo de bebidas no obtienen las vitaminas ni minerales que necesitan, además de que la cafeína evita que reciban el calcio necesario para desarrollar unos dientes y huesos fuertes. Otra razón por la cual no se recomienda el consumo de cafeína en la dieta de los niños es porque funciona como diurético por lo cual puede contribuir a la deshidratación.

Todo lo que se determinó en función de las madres realizaban respecto a la alimentación de su bebé estuvo mayormente influenciado por consejos o directrices que recibieron de personas cercanas a ellas como lo eran sus madres y suegras (miembros de la familia) ya que éstas son las personas a las que tienen mayor confianza y que ellas consideran tienen el conocimiento por ser personas mayores con experiencia. Personal de centro o puesto de salud y la propia experiencia de la madre, fueron factores determinantes para la alimentación de los niños y la menor influencia la obtuvieron del personal del hospital, pediatra, otras madres con experiencia, medios de comunicación, internet y vecinas.

La información obtenida del estudio es positiva y alentadora, ya que muestra en forma general que las madres, si tienen el conocimiento adecuado y que por lo tanto la mayoría de ellas alimenta adecuadamente a sus hijos/hijas. Sin embargo, esto no quiere decir que no haya madres que aún no conocen cómo debe ser la dieta de sus niños, lo que muchas veces conlleva a que haya desnutrición, disminución del crecimiento y desarrollo, como también alergias alimenticias y obesidad en un período de largo plazo. Por lo que es de importancia buscar una mayor comunicación del tema y así orientar a las madres para que los errores que se cometen ahora puedan ir disminuyendo en un futuro hasta el punto de que éstos sean mínimos, logrando así una mejor nutrición de la población infantil.

La información obtenida del estudio es positiva y alentadora, ya que nos dice que las madres en general, si tienen el conocimiento adecuado y que por lo tanto la mayoría de ellas alimenta adecuadamente a sus hijos/hijas. Sin embargo, esto no quiere decir que no haya madres que aún no conocen cómo debe ser la dieta de sus niños, lo que muchas veces conlleva a que haya desnutrición, disminución del crecimiento y desarrollo, como también alergias alimenticias y obesidad en un período de largo plazo. Por lo que es de importancia buscar una mayor comunicación del tema y así orientar a las madres para que los errores que se cometen ahora puedan ir disminuyendo en un futuro hasta el punto de que éstos sean mínimos, logrando así una mejor nutrición de la población infantil.

IX. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de las 288 madres encuestadas son el: 53.8% mujeres jóvenes entre 21 a 30 años, 56.9% son unidas, 53.5% con grado de escolaridad primaria, 89.6% son amas de casa, 45.8% católicas, 62.5% de procedencia del departamento de Chiquimula, mestizas en un 74%, tanto del área rural como urbana en un 50% respectivamente y con 2 a 3 hijos en su mayoría con un 46%.
2. De los 288 niños que acudieron a la consulta externa con sus madres, 218 eran menores o igual a 6 meses. De esos 218 niños, en total el 68.8% (150) recibió lactancia materna exclusiva (LME) y del grupo de los 70 niños de 7 a menores de 12 meses, 71.4% (50) recibió LME en sus primeros 6 meses de vida. Un total de 69.4% (200) niños menores de un año de edad recibió LME, cumpliendo con los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
3. El 31.2% de los niños menores o igual a 6 meses de edad no recibían LME y 28.6% de los niños de 7 a menores de 12 meses no recibió LME en sus primeros seis meses de vida, por lo que sus madres la sustituyeron con alimentación mixta y fórmula exclusiva; dando un total de 30.6% (88) niños menores de un año que no recibieron LME.
4. Las tres principales razones por las cuales las madres suspendieron la LME en sus hijos menores o igual 6 meses fueron: “escasa o nula producción de leche” con 30.6%, “profesión/oficio” y “sentimiento de que el bebé no se saciaba”, ambas con 17.1%, y “razones personales” con 10.2%.

5. La edad de inicio de la alimentación complementaria o ablactación, tal como lo establecen las recomendaciones de OMS, fue en su mayoría la de 6 meses de edad con 55.05%.
6. Los cinco principales grupos alimenticios utilizados para el inicio de la ablactación fueron: los tubérculos con 77.1%, seguido por el grupo de los cereales con 61.5%, las verduras con 51.0%, las legumbres con 49.0% y por último, las frutas con 29.9%.

X. RECOMENDACIONES

1. Presentar los resultados de la investigación realizada a las autoridades de la Dirección del Área de Salud del departamento de Chiquimula y el departamento de Nutrición del Hospital Nacional de Chiquimula para que pueda servir de base y orientar acerca de la situación epidemiológica del patrón alimenticio de la comunidad y utilizarla para el beneficio de la misma, implementando diferentes metodologías para reforzar y mejorar las prácticas alimenticias.
2. Solicitar al Comité de Bioética y Educación Médica Continua del Hospital Nacional de Chiquimula se incluyan los temas de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria para todo el personal que labora en él.
3. Proponer a las autoridades del Hospital Nacional de Chiquimula la implementación de una clínica de atención para madres y padres sobre lactancia materna y alimentación complementaria, en la cual se fomente la importancia de la lactancia materna y alimentación complementaria y se ofrezca información para guiar tanto a madres como padres acerca de la alimentación correcta de sus hijos/hijas, así mismo, el poder resolver dudas y ser apoyo en situaciones en las que ellos tengan alguna dificultad o duda de cómo realizarlo.
4. Creación de grupos de apoyo en los Centros de Salud para madres y padres primerizos o que desean formar familia; en los cuales puedan recibir una orientación por parte de personal capacitado de salud (médicos, nutricionistas, enfermeras) y así fomentar la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria oportuna. Asimismo, la implementación de talleres y charlas mensuales acerca de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria llevados a cabo por personal de enfermería, médicos EPS y nutricionista, una vez al mes con las mujeres de la comunidad.

XI. PROPUESTA

“CLÍNICA DE ATENCIÓN PARA MADRES Y PADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA”

Introducción

Los médicos y otros profesionales, las madres y la población en general, conocen que la lactancia materna proporciona innumerables ventajas para la salud y que disminuye el riesgo de enfermedades. Sin embargo, en los años recientes en diferentes países no se logra que las madres amamenten a sus hijos durante el tiempo adecuado.

La promoción de la lactancia materna y la forma adecuada de amamantamiento debe ser un tema prioritario para el trabajo de los equipos de salud, orientando e incentivando a las gestantes, madres y familias. Todos los miembros del equipo de salud deben estar capacitados para brindar promoción y ayuda para el mantenimiento satisfactorio de la lactancia materna (Jiménez et al, 2009).

La alimentación complementaria se basa en el principio de mantener la leche materna y ofrecer progresivamente otros alimentos que complementen las recomendaciones nutricionales a partir de los 6 meses, cuando se ha alcanzado una adecuada maduración digestiva, renal y del desarrollo neurológico. Esto continúa hasta los 2 años de edad, cuando los niños/niñas están en condiciones de alimentarse como el resto de su familia (Jiménez et al, 2009).

En base a la investigación realizada, se determinó que un total de 200 (69.4%) niños menores de un año de edad recibió lactancia materna exclusiva en sus primeros 6 meses de vida y 88 (30.6%) niños menores de un año recibió alimentación mixta o fórmula exclusiva de inicio como sustituto de la lactancia materna. Así, también, la edad de inicio de alimentación complementaria fue de los 6 meses con 55.05%.

Justificación

Los resultados obtenidos de la investigación realizada son una pauta importante para tener un panorama de forma general acerca de cómo se lleva a cabo el patrón alimenticio

de los niños menores de 1 año en el departamento de Chiquimula; aunque los resultados expresan una cifra significativa del cumplimiento de las recomendaciones por parte de la OMS, esto no quiere decir que no se deba seguir mejorando y promoviendo dichas pautas establecidas.

Es importante la implementación de un espacio físico en el Hospital Nacional de Chiquimula dedicado especialmente a la promoción de las buenas prácticas de la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria, en el que puedan acudir tanto las madres como los padres y con el apoyo de profesionales en dichos temas, poder resolver toda duda o dificultad que surja al momento de la alimentación de sus hijos/hijas.

Objetivos

1. Implementación por parte del Hospital Nacional de Chiquimula de una clínica de lactancia materna y alimentación complementaria, en la cual se fomente la importancia de la lactancia materna y así mismo la implementación de la alimentación complementaria a la dieta del niño/niña de manera correcta, siendo a la vez, una plataforma en la cual tanto madres y padres puedan ser orientados y sus dudas ser resueltas por personal capacitado en dichos temas.
2. Implementar material informativo acerca de lactancia materna y alimentación complementaria para poder entregar a las madres y padres que acuden a la clínica de lactancia materna y alimentación complementaria y consulta externa de pediatría.

Metodología

El responsable de llevar a cabo la implementación de la clínica de atención para madres y padres sobre lactancia materna y alimentación complementaria sería el Hospital Nacional de Chiquimula.

Para el funcionamiento de la clínica de atención para madres y padres sobre lactancia materna y alimentación complementaria se necesitaría:

1. Un espacio físico dentro de las instalaciones del Hospital Nacional de Chiquimula
2. Personal profesional y capacitado en dichos temas con perfil de nutricionistas que laboran en el Hospital Nacional de Chiquimula.
3. Material informativo acerca de lactancia materna y alimentación complementaria, como lo son: trifoliales, mantas vinílicas, entre otros.

Para realizar la promoción sobre lactancia materna y alimentación complementaria, se propone la utilización del siguiente material informativo:

**TRIFOLIARES SOBRE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA**

Lactancia Materna



"La lactancia es el vínculo de amor que vuelve sanos, fuertes y felices a nuestros hijos"

¿Cuál es la importancia de la lactancia materna?

La lactancia materna le da al bebé todas las vitaminas y minerales que necesita para un buen desarrollo. Además lo protege de las enfermedades más comunes de su edad (diarrea y neumonías).

¿Qué es la lactancia materna exclusiva?

Es cuando el bebé recibe únicamente pecho. Sin recibir ningún otro líquido (ni siquiera agua), con excepción de sueros orales, gotas, jarabes o vitaminas.

Ésta debe darse durante los primeros 6 meses de vida del bebé y continuarla hasta los 2 años.

¿Cada cuánto tiempo puedo dar pecho a mi bebé?

El niño/niña puede ser alimentado cada vez que quiera, desde que nace.

Puede ser cada 2 a 3 horas, de día y noche, los primeros 30 días y luego cada 3 a 4 horas a finales del segundo mes. La duración de la toma varía entre 5 a 15 minutos en cada

¿Cómo debo alimentar a mi bebé?

1. Sentada de manera cómoda con la espalda apoyada. Puedo utilizar una almohada o cojín para acomodar al bebé a la altura de mi pecho.

2. Sostener al niño sobre mi brazo, con el cuerpo de frente, abdomen con abdomen, la cabeza sobre el pliegue de mi codo para que de esta manera pueda mirar su carita y sonreírle.

3. Sostener mi pecho con la mano formando un "C" con los 4 dedos por debajo y el pulgar por arriba.



¿Cómo sé si estoy amamantando bien a mi bebé?

1. La actitud de mi bebé mamando es tranquila, relajado y satisfecho.
2. Sueño tranquilo que dura alrededor de 1.5 a 3 horas.
3. Promedio de 6 pañales al día mojados con orina clara y alrededor de 4 defecaciones amarillas y fluidas, diarias.
4. Crecimiento y desarrollo adecuado.

¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna?

Beneficios para el niño/niña:

1. Es el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales durante los primeros 6 meses de vida, además de tener una fácil digestibilidad.
2. Facilita el desarrollo psicomotor y patrones afectivos

emocionales más adecuado.

3. Contribuye al desarrollo dentomaxilar y facial, previene aparición de caries dentales, trastornos de mala oclusión y malformaciones faciales,

4. Confiere mayor protección inmunológica, reduce la frecuencia y gravedad de



infecciones diarreicas, respiratorias y de trastornos alérgicos.

5. Facilita el desarrollo psicomotor y patrones afectivos-emocionales más adecuados.

6. Disminuye el riesgo de desarrollo de diabetes mellitus tipo 1, obesidad y otras enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida.

Beneficios para la madre:

1. Retracción precoz del útero y menor sangramiento postparto.



2. Recuperación del peso. Ayuda a perder el peso ganado durante el embarazo.

3. Previene el cáncer de mamas y ovario.

4. Menor costo económico

5. Ayuda a aumentar la autoestima de la madre.

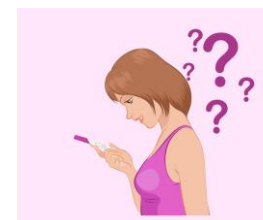
6. Las madres que amamantan de manera

exclusiva y frecuente

tienen menos riesgo para

volver a

embarazarse durante los 6 meses siguientes al parto, siempre y cuando no les haya bajado su menstruación de nuevo.



Alimentación Complementaria



"Los momentos de la alimentación son además de aprendizaje y amor. Alimentarlos despacio, pacientemente y animarlos a comer, pero sin forzarlos"

¿Qué es la alimentación complementaria o ablactación?

Consiste en dar al niño/niña a partir de los 6 meses de edad alimentos y líquidos diferentes a la leche materna, pero complementaria a ésta.

¿Debo suspender la leche materna cuando inicio comida a mi bebé?

No, no debo suspender la lactancia a mi bebé cuando inicia la alimentación complementaria. La lactancia materna debe continuar de manera conjunta hasta los 2 añitos!

¿Por qué se inicia la ablactación a mi bebé a los 6 meses?

El momento óptimo para iniciar la alimentación complementaria es a partir de los 6 meses de edad porque el bebé ya ha logrado un

desarrollo adecuado de la función digestiva, renal y de la maduración neurológica.

Si se inicia antes de los 6 meses, el bebé puede presentar alergias alimentarias en su primer año de vida, porque su sistema digestivo es inmaduro y esto puede provocar síntomas como diarrea, náuseas, vómitos y estreñimiento. Si se inicia después de los 6 meses, el bebé no recibe las vitaminas, minerales y nutrientes necesarios porque la leche materna ya no es suficiente, por lo que el bebé puede sufrir retraso en el crecimiento, anemias y desnutrición.



#102028992

¿Qué alimentos puedo usar para alimentar a mi bebé?

Se debe iniciar con vegetales y frutas de fácil asimilación y progresivamente se aportan los cereales. Se sugiere que las frutas las coman como refacción de la mañana y la tarde en forma de puré, aplastadas o como postres después de las comidas.

Los vegetales recomendados son: Zanahoria, Calabaza, acelga, plátano, Camote, papa (cocidos o en forma de puré).

Las frutas recomendadas son: mango, guayaba, melón y frutas no cítricas.

Los cereales recomendados: maíz y el arroz en forma de atoles, Cremas o puré.

Las carnes también se introducen a los 6 meses (para evitar anemias). Se debe iniciar con carne más blanda como pollo y progresivamente incorporar otros tipos.

Los frijoles deben combinarse con cereales (arroz, maíz) y deben quedar blandos y el caldo ligeramente espeso

El huevo debe darse cocinado, entre los 6 y 11 meses solo la yema aplastada ya que la clara es alergénica; a partir de los 12 meses pueden consumir también la clara.

El pescado se ofrecerá bien desmenuzado, cuidado de eliminar totalmente las espinas.

¿Con que frecuencia debo alimentar a mi bebé?

Edad (meses)	Tipo de alimentación
Hasta los 6	Lactancia materna a libre demanda
Entre los 6 y 8	Lactancia + 2 a 3 comidas
Entre 9 y 12	Lactancia + 5 comidas
Entre 12 y 24	Lactancia + 5 comidas

Al iniciar la alimentación se debe incluir un alimento nuevo a la vez y dar ese mismo alimento por 3 días y continuar así con cada alimento nuevo, con el fin de que se pueda identificar si algún alimento le causó malestar al niño. Esto ayudara a identificar intolerancias y alergias alimentarias.

Al iniciar deben ser blandos como papilla o puré. Después a medida que avanza la edad en general a

Partir de los 8 meses la consistencia del puré puede ser más gruesa y luego ser aplastados

¿Qué alimentos pueden causar alergias a mi bebé?

Huevo, maní, nueces, leche de vaca, frijoles de soya, trigo, pescado, mariscos, fresas, chocolate y cítricos (naranja).

¿Cómo prevenir las alergias?

1. No introducir alimentos sólidos antes de los 6 meses.
2. Durante la lactancia evitar consumir alimentos alergénicos para evitar que pasen al bebé a través de la leche.
3. Introducir de uno a uno los alimentos (dejando pasar 3 días antes de uno nuevo).
4. No utilizar fórmulas lácteas a base de soya, de vaca ni de cabra, por ser alérgenos

Guía de introducción de nuevos alimentos durante el primer año de vida

ALIMENTOS	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Productos lácteos												
Leche materna												
Leche de vaca												
Yogur												
Queso blanco												
Frutas no ácidas (papaya, banano)												
Jugos												
Puré												
Verduras (papa, ayote sazón, mango, camote)												
Puré												
Cereales												
Sin gluten (arroz, tortillas, maíz)												
Con gluten (trigo, avena, centeno, cebada)												
Cereales combinados (trigo-arroz, trigo-miel)												
Leguminosas (frijoles, garbanzos, lentejas, arvejas)												
Carne, pescado y huevo												
Pollo												
Carne de res												
Pescado												
Huevo												
Azúcares refinados, miel y otros dulces												

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Cadena, L; Benavides, D. 2010. Conocimientos, aptitudes y practicas sobre lactancia materna en madres con niños de cero a 1 año de edad que acuden al centro de salud n° 1 de la ciudad de Tulcán provincia del Carchi de enero-agosto del 2010 (en línea). Tesis Lic. Ecuador, Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería. 133 p. Consultado 27 jul. 2017. Disponible en <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/723/1/06 ENF 423 TESIS.pdf>
- Ceballos Verdugo, GA. 2013. Patrones de alimentación en niños menores de un año de edad que acuden a la consulta externa del Hospital del Estado de Sonora (en línea). Tesis M.Sc. Hermosillo Sonora, México, UNAM. 60 p. Consultado 27 jul. 2017. Disponible en <http://132.248.9.195/ptd2013/agosto/0698346/0698346.pdf>
- García de León, CM. 2011. Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad el Tablón del municipio de Sololá (en línea). Tesis Lic. Quetzaltenango, Guatemala, URL, Facultad de Ciencias de la Salud. 139 p. Consultado 27 jul. 2017. Disponible en <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/09/15/Garcia-Cecilia.pdf>
- Guelbenzu, C. 17 ago. 2009. Alimenticio y alimentario (en línea, blog). Zaragoza, España, Bootheando. Consultado 26 sep. 2017. Disponible en <https://www.bootheando.com/2009/08/17/alimenticio-y-alimentario/>.

INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala). s.f. Alimentación complementaria (en línea). Guatemala. 33 p. Consultado 18 ago. 2017. Disponible en <http://www.incap.int/dmdocuments/inf-edu-alimnut-COR/temas/2.alimentacioncomplementaria/pdf/2.alimentacioncomplementaria.pdf>

Jiménez Acosta, S; Pineda Pérez, S; Sánchez Ramos, R; Rodríguez Suárez, A; Domínguez Ayllón, Y. 2009. Guías alimentarias para niñas y niños cubanos hasta 2 años de edad (en línea). La Habana, Cuba, UNICEF; INHA; MINSAP. 80 p. Consultado 18 ago. 2017. Disponible en <http://www.fao.org/3/a-as865s.pdf>

OMS (Organización Mundial de la Salud, Suiza); OPS (Organización Panamericana de la Salud, Washington). s.f. Semana mundial de la lactancia materna (en línea). Nicaragua. 2 p. Consultado 19 sep. 2017. Disponible en http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=705-boletin-informativo-sobre-lactancia-materna-1&Itemid=235

OMS (Organización Mundial de la Salud, Suiza); OPS (Organización Panamericana de la Salud, Washington). c2010. La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud (en línea). Washington, D.C. 108 p. Consultado 18 ago. 2017. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf

Pérez Monterroso, KA. 2015. Conocimientos actitudes y prácticas con relación a la ablactación (en línea). Tesis M.Sc. Guatemala, USAC, Facultad de Ciencias de la Salud. 61 p. Consultado 27 jul. 2017. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9552.pdf

Pinzón C, H. 2014. Desarrollo del lactante, preescolar, escolar (en línea, diapositivas). Bogotá, Colombia, UAM. 40 diapositivas, color. Consultado 26 sep. 2017. Disponible en <https://es.slideshare.net/hernandopinzonc/exp-desarrollo-del-lactante-preescolar-escolar>

Rodríguez León, L. 2014. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres derechohabientes de la ciudad de Córdoba Veracruz (en línea). Tesis M.Sc. Córdoba Veracruz, México, Universidad Veracruzana. 67 p. Consultado 27 jul. 2017. Disponible en <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Leonardo.pdf>

Sabillón, F; Abdu, B. 1997. Composición de la leche materna (en línea). Revista Honduras Pediátrica 18(4):120-124. Consultado 10 sep. 2017. Disponible en <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1997/pdf/Vol18-4-1997-7.pdf>

SIGSA (Sistema de Información Gerencial de Salud). 2016. 20 primeras causas de morbilidad general, año 2016 (en línea). Guatemala, MSPAS. 2 p. Consultado 19 sep. 2017. Disponible en <http://sigsa.mspas.gob.gt/datos-salud/estadisticas-vitales.html>

Stettler, N; Bhatia, J; Parish, A; Stallings, VA. 2013. La alimentación de los lactantes, los niños y los adolescentes sanos. *In* Nelson: tratado de pediatría. 19 ed. Kliegman, RM; Stanton, BF; Geme, JW; Schor, NF; Behrman, RE (comp.). Barcelona, España, Elsevier. v.1, p. 171-176.

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Argentina). 2012. Evaluación del crecimiento de niños y niñas (en línea). Argentina. p. 43. Consultado 17 ago 2017. Disponible en https://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf



IX. ANEXOS



Universidad de San Carlos de
Guatemala
Carrera Médico y Cirujano
Centro Universitario de Oriente



Caracterizar el patrón alimenticio en niños menores de un año de edad

Autora: Katherine Michelle Cuéllar Alas

Asesora: Dra. María Sonia Capetillo Lera

ENCUESTA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad:

10-20 ☐

41-50 ☐

21-30 ☐

51 a más ☐

31-40 ☐

Estado civil:

Escolaridad:

Profesión/oficio:

Religión:

Procedencia:

Etnia:

Área geográfica:

Urbana ☐

Rural ☐

Número de Hijos:

1 ☐

2-3 ☐

4-5 ☐

>5 ☐

DATOS DEL BEBÉ

Edad:

≤6 meses ☐

7-9 meses ☐

10 a <12 meses ☐

PREGUNTAS

1. ¿Sabe usted cuál es el mejor alimento que puede darle a su bebé cuando aún no puede ingerir comida?

- | | |
|--|--------------------------|
| Lactancia materna | ☐ |
| Fórmula | ☐ |
| Alimentación mixta (Lactancia materna + fórmula) | ☐ |
| No sabe | ☐ |
| Otros | ☐ |

2. ¿Usted sabe hasta qué edad debería darle únicamente pecho a su bebé?

- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 mes | 2 meses | 3 meses | 4 meses | 5 meses | 6 meses | >6 meses | No sabe |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

3. ¿Sabe usted a qué edad debe comenzar a darle comida a su bebé?

- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 mes | 2 meses | 3 meses | 4 meses | 5 meses | 6 meses | >6 meses | No sabe |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

4. ¿Usted sabe en qué ayuda la leche materna a su bebé?

- | | |
|--|--------------------------|
| Es la principal fuente de vitaminas, nutrientes y defensas contra enfermedades que mi bebé necesita. | ☐ |
| Solamente sirve para que mi bebé no se enferme. | ☐ |
| No sé en qué ayuda la leche materna a mi bebé | ☐ |
| Otros | ☐ |

5. ¿Sabe con qué clase de alimentos debe iniciar la alimentación complementaria o ablactación a su bebé? **(a la madre se le dejará la pregunta abierta para que responda lo que considere y el entrevistador chequeará los alimentos según la casilla a la que corresponde).**

Champurradas (pan) con café, tortilla desecha en caldo de frijol o caldo de pollo, Nestum, arroz con leche, Incaparina, atoles de maicena, avena, fideos picados o licuados.	CEREALES	☐
Papillas de zanahoria, güicoy, güisquil, perulero, otras verduras.	VERDURAS	☐
Banano con miel, manzana en puré, otras frutas.	FRUTAS	☐
Papa en forma de papilla o puré, yuca, camote	TUBERCULOS	☐
Caldo de frijol.	LEGUMBRES	☐
Huevo (ya sea acompañado o solo).	PRODUCTOS ANIMALES	☐
Carne de pollo licuado, pescado (en papilla), carne de res molida, hígado de pollo desecho.	CARNES	☐
Crema, queso, mantequilla, requesón.	DERIVADOS LACTEOS	☐
Caldo de chipilín, caldo de hierba mora, otros...	HIERBAS	☐
Otros:		☐

6. Si una mujer no puede dar pecho a su bebé en los primeros seis meses ¿Sabe usted con que podría ella sustituir la lactancia materna?

Fórmula	☐
Papillas hechas de frutas, verduras y carnes	☐
Incaparina u otros tipos de atoles	☐
No sabe	☐

7. Si su bebé es ≤6 meses, ¿con qué lo alimenta actualmente?

Lactancia materna ☐ Fórmula exclusiva ☐ Alimentación mixta ☐

8. En caso de dar lactancia materna exclusiva, ¿hasta qué edad piensa darle solamente pecho (lactancia materna) a su bebé?

1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	>6 meses
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Si su bebé es >6 meses ¿le ha dado usted solamente pecho (lactancia materna exclusiva)?

Si ☐ No ☐

10. Si la respuesta es SI a la pregunta anterior, ¿hasta qué edad le dio usted solamente pecho (lactancia materna) a su bebé?

1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	>6 meses
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. En caso de que la madre no cumpla lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses del bebé, ¿cuáles fueron las razones?

Escasa o nula producción de leche	☐
Sentimiento de que el bebé no se saciaba	☐
Profesión u oficio	☐
Rechazo del bebé al pecho	☐
Razón o indicación médica	☐
Razones personales (incomodidad, no deseaba alimentarlo a través del pecho)	☐
Otras razones	☐

12. Si el bebé no cumple o no cumplió con lactancia materna en los primeros seis meses ¿con qué sustituye o sustituyó el pecho o la lactancia materna?

Fórmula	☐	Alimentación mixta:	☐	Otros:(Incaparina, maicena, etc.)	☐
---------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------

13. ¿Le ha dado algún tipo de comida a su bebé?

Si ☐

No ☐

14. Si la respuesta es sí a la pregunta anterior, ¿a qué edad le iniciaron la alimentación al bebé?

1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	>6 meses
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

15. Si la respuesta es NO, ¿a qué edad piensa usted iniciarle la alimentación a su bebé?

1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	>6 meses
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

16. ¿Qué alimentos utilizó o utilizaría para iniciar la alimentación a su bebé? **(a la madre se le dejará la pregunta abierta para que responda lo que considere y el entrevistador chequeará los alimentos según la casilla a la que corresponde)**

Champurradas (pan) con café, tortilla desecha en caldo de frijol o caldo de pollo, Nestum, arroz con leche, Incaparina, atoles de maicena, avena, fideos picados o licuados.	CEREALES	☐
Papillas de zanahoria, güicoy, güisquil, perulero, otras verduras.	VERDURAS	☐
Banano con miel, manzana en puré, otras frutas.	FRUTAS	☐
Papa en forma de papilla o puré, yuca, camote	TUBERCULOS	☐
Caldo de frijol.	LEGUMBRES	☐
Huevo (ya sea acompañado o solo).	PRODUCTOS ANIMALES	☐
Carne de pollo licuado, pescado (en papilla), carne de res molida, hígado de pollo desecho.	CARNES	☐
Crema, queso, mantequilla, requesón.	DERIVADOS LACTEOS	☐
Caldo de chipilín, caldo de hierba mora, otros...	HIERBAS	☐
Otros:		☐

17. ¿Quién recomendó ese grupo de alimentos para el inicio de la alimentación de su bebé?

Hospital ☐

Centro de Salud ☐

Experiencia propia ☐

Pediatra ☐

Miembros
de la familia ☐

Vecinas ☐

Otras madres ☐

Con experiencia

Otros: _____

18. ¿Todo esto que usted me ha dicho que realiza, quién se lo ha recomendado?

Hospital ☐

Centro de Salud ☐

Experiencia propia ☐

Pediatra ☐

Miembros
de la familia ☐

Vecinas ☐

Otras madres ☐

Con experiencia

Otros: _____

RESUMEN

CARACTERIZACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD

Katherine M. Cuéllar Alas¹, Dr. Edwin D. Mazariegos^{2y3}, Dr. Carlos I. Arriola³, Dra. Sonia Capetillo⁴
Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca El Zapotillo zona 5
Chiquimula, tel. 78730300 ext. 1027

Introducción: Mundialmente, se ha estimado que el 34.8% de los lactantes reciben lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida y que los alimentos complementarios son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y son, en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros.

Objetivos: Caracterizar el patrón alimenticio en niños menores de 1 año de edad en base al conocimiento de las madres que acuden a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula.

Justificación: La LME óptima podría evitar, globalmente, el 13% de muertes en niños menores de 5 años y prácticas apropiadas de alimentación complementaria lograr un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de 5 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, el cual se realizó encuestando de manera verbal a 288 madres de niños menores de 1 año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula.

Resultados y discusión: De 288 niños menores de 1 año de edad, 200 (69.4%) recibieron LME: 150 (68.8%) del grupo de menores o igual a 6 meses y 50 (71.4%) del grupo de 7 a menores de 12 meses en el momento de la encuesta. La principal razón por la que no se cumplió con LME fue en un 30.6% por escasa o nula producción de leche. La edad de inicio de la alimentación complementaria fue a los 6 meses con 55.05% y el principal grupo alimenticio utilizado para la ablactación fue tubérculos con 77.1%.

Palabras Clave: Lactancia materna exclusiva, alimentación mixta, fórmula exclusiva de inicio, ablactación, patrón alimenticio.

¹Investigadora

^{2y3} Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edwin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es

³Revisor de Tesis

⁴Asesora de Tesis

ABSTRACT

CHARACTERIZATION OF THE ALIMENTARY PATTERN IN CHILDREN YOUNGER THAN ONE YEAR OLD

Katherine M. Cuéllar Alas¹, Dr. Edwin D. Mazariegos^{2y3}, Dr. Carlos I. Arriola³, Dra. Sonia Capetillo⁴
Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca El Zapotillo zona 5
Chiquimula, tel. 78730300 ext. 1027

Introduction: Worldwide it is estimated that 34.8% of the infants receive breastfeeding exclusively (LME) during the first six months of life and the supplementary food are introduced too early or too late and are general nutritionally inadequate and insecure.

Objectives: Characterization of the alimentary pattern in children younger than one year old on the base of the mother's knowledge of the outpatients that come to the National Hospital of Chiquimula.

Justification: The optimum LME could prevent, worldwide the 13% of deaths in children younger than 5 years old and appropriate supplementary feeding practices could have additional benefit of 6% in the reduction of mortality in children younger than 5 years old.

Material and methods: Descriptive cross-sectional study, where verbally polled 288 mothers of children under one year old, that went to external consultations of the National Hospital of Chiquimula.

Results and discussions: Of 288 children younger than one year old, 200 (69.4%) got LME: 150 (68.8%) of the group of 6 months or younger and 50 (71.4%) of the group of 7 months to 12 months in the moment of the survey. The main reason why it wasn't fulfilled the LME was a 30.6% for little or no milk production. The age of the beginning of the supplementary feeding was at six months with 55.05% and the main feeding group used for the ablation were tubercles with 77.1%.

Keywords: exclusive maternal breastfeeding, mix alimentation, exclusive formula from the beginning, ablation, alimentary patterns.

¹Investigadora

^{2y3} Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edwin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es

³Revisor de Tesis

⁴Asesora de Tesis

Introducción

Las recomendaciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Organización Mundial de la Salud (OMS) para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la “Estrategia Mundial para alimentación del lactante y del niño pequeño” son: Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días) e iniciar alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más (OMS y OPS, 2010).

Se ha estimado que las prácticas inadecuadas de lactancia materna (LM) y no practicar especialmente la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida, provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de la “carga” de enfermedades entre los niños menores de 5 años (OMS y OPS, 2010).

En los primeros años de vida, los niños y niñas representan una gran demanda nutricional por su velocidad de crecimiento, requerimientos nutricionales y su capacidad de defenderse contra enfermedades (UNICEF, 2012).

Debido al crecimiento del lactante, a partir de los seis meses de edad se genera un déficit de energía que la leche materna no logra cubrir, este déficit se conoce como Brecha de Energía (BE), a mayor edad, mayor deberá ser el aporte energético de la alimentación complementaria (AC), mientras que se hace menor el aporte energético de la LM. Al introducir la AC en la dieta del lactante, éste tiende a disminuir la ingesta de LM, hasta que progresiva y gradualmente la AC desplaza la LM (INCAP, s.f.).

En el lactante de 6 a 12 meses de edad se debe continuar la LM al mismo tiempo que se introduce la AC porque la LM aporta el 50% o más de los requerimientos de energía y nutrientes del niño que se encuentra en este rango de edad y aproximadamente el 30% entre los 12 a 24 meses de edad. La LM sigue aportando energía y nutrientes de buena calidad (aunque sea en menor cantidad) mientras el niño comienza a recibir los alimentos complementarios, los cuales darán un aporte adicional de energía y nutrientes, así mismo que la LM aún continuará siendo una fuente importante de

alimentación cuando el niño de 6 a 12 meses presente alguna enfermedad y será un protector de la desnutrición en el lactante (INCAP, s.f.).

Tanto los alimentos como las prácticas de alimentación influyen sobre la calidad de la alimentación complementaria y las madres y las familias necesitan apoyo para aplicar buenas prácticas de alimentación complementaria (OMS y OPS, 2010).

Material y métodos

Se tomó de muestra a 288 madres de niños menores de un año de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula, procedentes del departamento de Chiquimula. Para realizar la caracterización del patrón alimenticio se realizó una encuesta a las madres, la cual fue de elaboración propia, realizada de forma verbal por parte de la encuestadora, para facilitar y agilizar la aplicación de la misma, ya que algunas de las madres que acudieron a la consulta externa no poseen el nivel educativo necesario para leer y escribir.

La encuesta se divide en 3 apartados: datos generales de la madre (edad, sexo, religión, ocupación, entre otros), datos del niño (edad), seguido así mismo, de 18 preguntas de opción múltiple para medición de conocimiento que poseen las madres de manera general sobre el tema de lactancia materna y ablactación.

En base a la encuesta que se usó para la recolección de datos, se procedió a ordenar de acuerdo a las variables, creando una base de datos en EpiInfo 7. Al finalizar la recolección de datos, se crearon cuadros y gráficas para representar los datos obtenidos a través de la investigación, con frecuencias simples y porcentajes.

Resultados y discusión

De 288 niños menores de un año de edad, 69.4% (200) de ellos recibió LME: 68.8% (150) comprendidos en el rango de menores o igual a 6 meses y 71.4% (50) del grupo de 7 a menores de 12 meses. En lo que respecta a los 30.6% (88) niños restantes, 68 fueron alimentados con alimentación mixta y 20 con fórmula exclusiva de inicio, quedando exentos de recibir los beneficios y nutrientes que la lactancia materna ofrece.

Entre las principales razones por las cuales las madres suspendieron la LME en sus hijos menores o iguales a 6 meses fueron: escasa o nula producción de leche con 30.6% (27), por su profesión u oficio y sentimiento de que el bebé no se saciaba, ambas en segundo lugar con 17.1% (15) y en tercer lugar por razones personales con 10.2% (9).

La edad de inicio de la alimentación complementaria fue con un 55.05% (60) la de los 6 meses de edad y los tres principales grupos alimenticios utilizados para ésta fueron: tubérculos con 77.1% (222), cereales 61.5% (177) y verduras con 51.0% (147).

Bibliografía

- OMS (Organización Mundial de la Salud, Suiza); OPS (Organización Panamericana de la Salud, Washington). c2010. La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud (en línea). Washington, D.C. 108 p. Consultado 18 ago. 2017. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Argentina). 2012. Evaluación del crecimiento de niños y niñas (en línea). Argentina. p. 43. Consultado 17 ago. 2017. Disponible en https://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
- INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala). s.f. Alimentación complementaria (en línea). Guatemala. 33 p. Consultado 18 ago. 2017. Disponible en <http://www.incap.int/dmdocuments/inf-edu-alimnut-COR/temas/2.alimentacioncomplementaria/pdf/2.alimentacioncomplementaria.pdf>