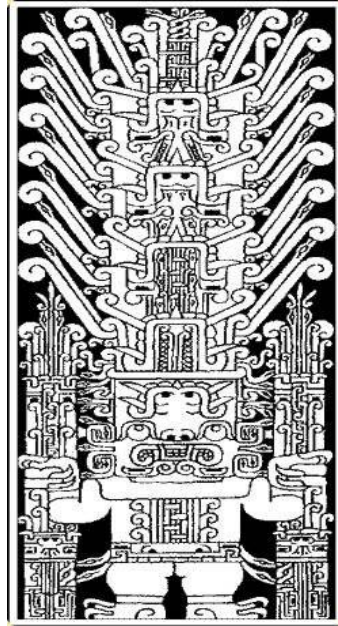


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “HIPÓLITO UNANUE”
GRADOS Y TÍTULOS**



**ESTADO NUTRICIONAL Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LACTANTES DE 6 A 24 MESES
EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DEL NIÑO ENTRE NOVIEMBRE DEL 2017 A ENERO DEL 2018**

TESIS

Para optar el título profesional de médico cirujano

Autor:

Víctor Michael Geraldo Guerrero Quijano

Asesor:

Dr. Carlos Paz Soldán Oblitas

LIMA – PERÚ

2018



DEDICATORIA

**A Dios por darme la fortaleza necesaria
de persistir en mis metas y objetivos.**

**A mi madre por ser el aliciente y la
motivación de seguir con mis sueños.**

**A mi esposa e hijo por estar allí siempre
que los necesito y por el gran apoyo que
siempre han sido para mí.**

ÍNDICE

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Índice	iii
Resumen	v
Abstract	vii
1.- INTRODUCCION	1
1.1. Planteamiento delimitación y origen del problema	2
1.2. Delimitación del problema	6
1.2.1. Problema general	6
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivo específico	6
1.4. Justificación	7
1.5. Antecedentes de la investigación	7
1.6. Bases teóricas	16
1.7. Definición de términos básicos	24
2. MÉTODO	25
2.1. Tipo y Diseño de estudio	25
2.2. Formulación de hipótesis	25
2.3. Variable	26
2.4. Población, muestra y muestreo	26

2.5. Criterios de selección	26
2.6. Plan de Recolección	28
2.7. Análisis Estadístico de los Datos	29
2.8. Consideraciones Éticas	30
3. RESULTADOS	31
3.1. Análisis de Resultados	31
3.2. Discusión de los Resultados	37
3.3. Conclusiones	39
3.4. Recomendaciones	40
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
5. ANEXOS	48

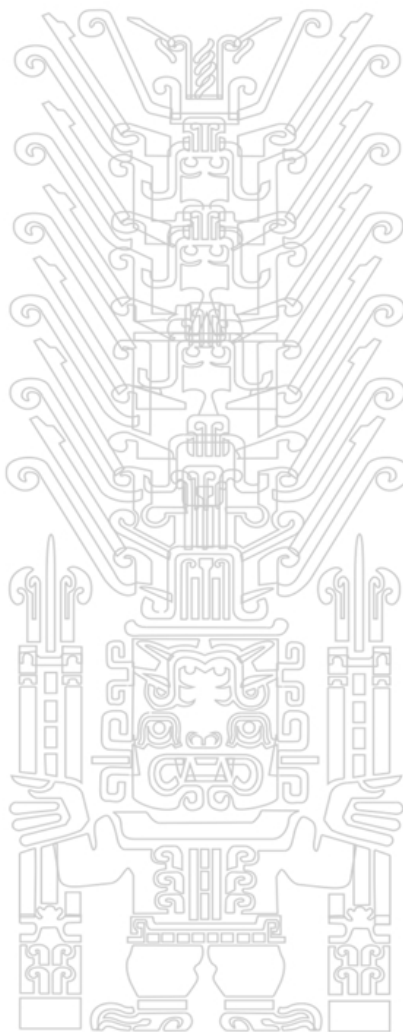


RESUMEN

El objetivo que tiene este estudio es “Determinar cuál es la relación existente entre Alimentación Complementaria y el Estado Nutricional en los lactantes desde los 6 hasta los 24 meses que acuden al servicio de pediatría del INSN entre noviembre del 2017 a enero del 2018”. Este estudio es de método Cuantitativo, de Tipo Descriptivo Correlacional y de Corte Transversal. La población se conformó por 50 madres de los lactantes. Se recurrió a la técnica de la entrevista y se utilizó como instrumento un formulario y la ficha de evaluación nutricional del lactante. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: durante las prácticas de alimentación complementaria, se encontró un 66.7% lactantes desnutridos con valor inadecuado de 28 madres lactantes, a diferencia del valor adecuado de 55.6 de madres lactantes. En relación al peso y talla de los lactantes, 7 lactantes con desnutrición aguda un 58.3 %. Con respecto al rango normal se halló a 10 lactantes con 55.6 con peso para la talla normal, que vendría ser adecuada ese peso para la talla de los lactantes. De todo esto algunas de las conclusiones fueron que las madres desconocen los términos nutricionales de los lactantes, entonces se puede afirmar que la mala práctica de alimentación complementaria (AC) es uno de los responsables de una parte muy importante de ambos tipos de malnutrición infantil. Que el estado nutricional de los lactantes, resalta de desnutrición aguda a normal con valores de 40-36.7 en esos dos rangos, que las prácticas en las madres es en la mayoría inadecuada con el valor en 10 madres con 83.3%, En relación al peso y talla de los lactantes de 6 a 24 meses, se encontró 7 lactantes con desnutrición aguda arrojando un 58.3 %. Con respecto al rango normal se

halló a 10 lactantes con 55.6 con peso para la talla normal, que vendría ser adecuada ese peso para la talla de los lactantes.

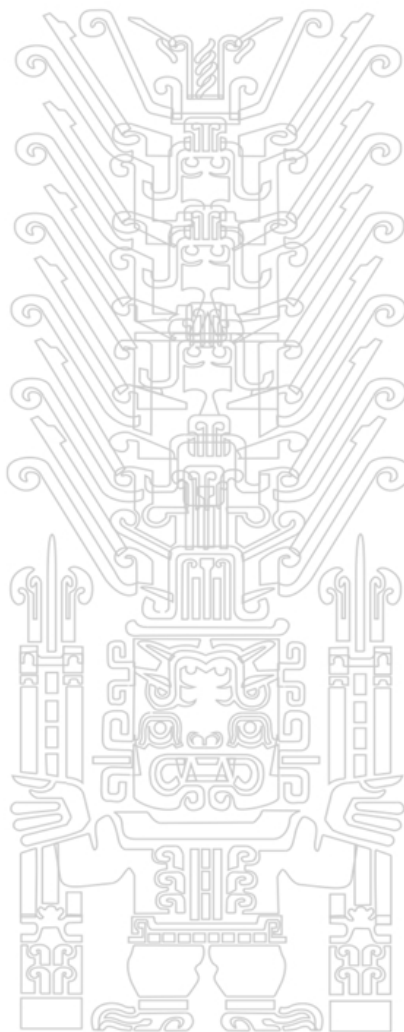
Palabras clave: Estado nutricional, prácticas de alimentación complementaria, Lactancia, Madres, peso, Talla.



ABSTRACT

The objective of this study is "To determine what is the relationship between Complementary Feeding and Nutritional Status in infants from 6 to 24 months who attend the pediatric service of the INSN between November 2017 and January 2018." This study is of Quantitative method, Correlational Descriptive Type and Cross Sectional. The population was formed by 50 mothers of the infants. The interview technique was used and a form and the infant nutritional assessment form were used as instruments. The results obtained were as follows: during complementary feeding practices, 66.7% malnourished infants with an inadequate value of 28 nursing mothers were found, unlike the appropriate value of 55.6 of lactating mothers. In relation to the weight and height of infants, 7 infants with acute malnutrition, 58.3%. With regard to the normal range, 10 infants were found with 55.6 with weight for normal height, which would be appropriate for the height of infants. From all this, some of the conclusions were that mothers do not know the nutritional terms of infants, so it can be affirmed that the malpractice of complementary feeding (CA) is one of those responsible for a very important part of both types of infant malnutrition. That the nutritional status of infants, stands out from acute to normal malnutrition with values of 40-36.7 in these two ranges, that the practices in mothers is in the majority inadequate with the value in 10 mothers with 83.3%, in relation to the weight and size of infants from 6 to 24 months, 7 infants with acute malnutrition were found, yielding 58.3%. With regard to the normal range, 10 infants were found with 55.6 with weight for normal height, which would be appropriate for the height of infants.

Key words: Nutritional status, complementary feeding practices, Lactation, Mothers, weight, Size.



1. INTRODUCCION

Las diversas alteraciones de salud en la actualidad, evidencia una problemática a nivel mundial, donde resaltan en su mayoría enfermedades crónicas degenerativas que afectan a una gran población, sin embargo es relevante determinar las causas de estas donde se desarrolla como es la etapa infantil, que a través de prácticas insalubres en los estilos de vida por parte del cuidador, condicionan a presentar diversos problemas de salud a futuro. Es la etapa inicial de vida donde la alimentación del lactante debe ser la correcta alimentación en base a la lactancia nutritiva de la madre en consumir lácteos, verduras y frutas, ya que de ella depende la buena nutrición del menor es fundamental para asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados. Así mismo la OMS, estima que una adecuada alimentación complementaria podría agregar un beneficio añadido de 6% en la reducción de mortalidad en niños menores de 5 años.

Como lo reafirma el Ministerio de Salud (MINSAL, 2017 p. 23). Señala que las deficiencias en la calidad y cantidad de la alimentación complementaria ocasionan un déficit del desarrollo en los niños de 6 a 24 aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad, así como el riesgo de padecer enfermedades crónicas e infecciosas. Esta problemática nos ha llevado al tratamiento de estas dos variables para dar a conocer los hallazgos encontrados y poder ver la realidad problemática, buscando posibles soluciones al problema y sus consecuencias a un periodo de crecimiento del menor.

1.1. Planteamiento, delimitación y origen del problema.

Existen diversas alteraciones nutricionales que en la actualidad son considerados como prioridad de investigación debido que son procesos críticos que afectan el crecimiento y desarrollo en la etapa infantil, Entre estos problemas se describe la desnutrición y la obesidad infantil, que son consideradas un problema de salud pública. “El crecimiento físico de los niños es el reflejo del estado nutricional del mismo, es por ello que se utiliza como indicador de calidad de vida y nutrición del individuo y la comunidad” *United Nations International Childrens Emergency Fund* (UNICEF, 2008).

“El estado nutricional del niño resulta de la interacción dinámica, en el tiempo y en el espacio, de la alimentación en el metabolismo de los diferentes tejidos y órganos del cuerpo que puede estar influida por múltiples factores” (Rodríguez, 2010).

Entre estos factores se tiene a las prácticas de alimentación complementaria que se refiere a la resultante de la pauta de comportamiento en el campo de la alimentación como un acto voluntario que está relacionada a los hábitos y costumbres, e influenciadas por los factores socioculturales, psicológicos, económicos y medioambientales. Bourges (citado en Cabianca, Borelli y Ciotta, 2016).

Como sostiene en ese orden, Noguera, Márquez, Campos y Santiago (2013) “La práctica de la alimentación complementaria da inicio cuando el aporte nutricional por el consumo de leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos del lactante, esto crea la necesidad de agregar otros alimentos mientras se continua la práctica de la lactancia

materna. La evaluación nutricional se puede realizar, entre otros, a través de métodos antropométricos que se obtiene al evaluar el peso, la talla y la circunferencia abdominal y relacionarlos con la edad y el sexo del lactante. Esto nos permite clasificarlos en *Desnutrido Crónico, Desnutrido Agudo Moderado, Desnutrido Agudo Severo y Obeso* (Rodríguez, 2010).

En este sentido la infancia es considerada una etapa fundamental en la formación del ser humano para su crecimiento y desarrollo, en la cual debe recibir una correcta alimentación. Achor et al. (Citado en Cabianca, Borelli y Ciotta, 2016).

La Unicef (2016) señala que la mitad de todas las muertes de menores de 5 años puede deberse a la desnutrición, existiendo indicadores como el retraso en el crecimiento, como se muestra en un análisis de 87 países que los índices de retraso en el crecimiento es muy evidente.

Según la OMS (2017) actualmente el 45% de defunciones en niños está asociada con la desnutrición y se estima que la cifra de muerte infantil asociada a desnutrición es de 2 100 000 niños. Además el 2016 se encontró que 41 000 000 de niños menores de cinco años tenían sobrepeso u obesidad.

En los primeros años de vida la correcta alimentación es fundamental para asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados. La OMS, estima que una adecuada alimentación

complementaria podría agregar un beneficio añadido de 6% en la reducción de mortalidad en niños menores de 5 años. (Machado, 2013).

El Ministerio de Salud (Minsa, 2017) señala que las deficiencias tanto en calidad como en cantidad de la alimentación complementaria van a ocasionar déficit en el desarrollo de los niños entre los 6 a los 24 meses lo que conlleva al incremento del riesgo de padecer alguna enfermedad crónica o infecciosa.

Esta problemática ha llevado a realizar diversos estudios que establezcan la etapa de la niñez como inicio del desarrollo de estas alteraciones, considerándose como la etapa clave, donde se establecen patrones alimenticios por parte del cuidador durante la incorporación de alimentos en la etapa de la alimentación complementaria.

Según un estudio realizado en México, resalta que el inicio de la alimentación complementaria temprana coincide con un aumento significativo en la prevalencia de sobrepeso y obesidad especialmente en los niños, lo cual se debe entre otras causas a los cambios en los patrones de alimentación que se han experimentado. (Sandoval 2016).

La Encuesta Demográfica de Salud y Familia (ENDES, Perú) refiere que en el 2014 el porcentaje de niños con desnutrición crónica menores de 5 años alcanzó el 18,1%. La mala práctica de alimentación complementaria (AC) es uno de los responsables de una parte muy importante de ambos tipos de malnutrición infantil.

Según el último reporte de la Situación del Estado Nutricional (SIEN I semestre 2014) del Centro de Salud Juan Pablo II, el 3.1% de los niños menores de 5 años evaluados presenta desnutrición crónica, de los cuales, la mayor prevalencia se encuentra en el primer año de edad.

En los primeros años de vida la correcta alimentación es fundamental para asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados. La UNICEF (2016), estima que una adecuada alimentación complementaria podría agregar un beneficio añadido de 6% en la reducción de mortalidad en niños menores de 5 años.

Según Castro (2016, p.5) encontró que la mayoría de madres que acuden a los hospitales y centros de salud poseen costumbres inadecuadas sobre la nutrición de su niño y desconocen la importancia de la nutrición balanceada en relación al crecimiento y desarrollo de su niño.

Es debido a lo plantado anteriormente que se decidió investigar el siguiente problema:
¿Cuál es la relación existente entre la alimentación complementaria y el estado nutricional en los lactantes entre los 6 a los 24 meses que acuden al servicio de pediatría del INSN entre noviembre del 2017 a enero del 2018?

1.2. Delimitación del problema.

1.2.1 Planteamiento General:

¿Cuál es la relación existente entre la alimentación complementaria y el estado nutricional en los lactantes desde los 6 hasta los 24 meses que acuden al servicio de pediatría del INSN entre noviembre del 2017 a enero del 2018?

1.3. Objetivos.

1.3.1. General

- Evaluar la relación existente entre la alimentación complementaria y el estado nutricional en los lactantes desde los 6 hasta los 24 meses que acuden al servicio de pediatría del INSN entre noviembre del 2017 a enero del 2018.

1.3.2. Especifico

- Definir las prácticas de las madres durante la alimentación complementaria.
- Determinar el estado nutricional de los lactantes de 6 meses a 24 meses de edad que tienen alimentación complementaria, en el servicio de pediatría del “Instituto Nacional de Salud del Niño”, entre noviembre del 2017 a enero del 2018.
- Identificar el peso y talla de los lactantes de 6 meses a 24 meses de edad que asisten al servicio de pediatría del “Instituto Nacional de Salud del Niño”, entre noviembre del 2017 a enero del 2018.
- Determinar los conocimientos que tienen las madres sobre la adecuada alimentación complementaria.
- Identificar las áreas críticas en los conocimientos de las madres sobre la alimentación complementaria.

1.4. Justificación.

La alimentación complementaria constituye el pilar en el crecimiento y desarrollo del niño, consolida en muchas formas las prácticas y hábitos que a futuro determinaran el estilo de vida saludable en la persona.

La tendencia en aumento de los índices de malnutrición y obesidad es preocupante que establece la necesidad de poder identificar la causa real que está condicionando la prevalencia e incidencia, por ello es importante describir las prácticas de alimentación complementaria donde se pueda intervenir adecuada y oportunamente.

Es importante que el equipo de salud que labora en el área de Pediatría y Crecimiento y Desarrollo cuente con evidencias reales acerca de las prácticas alimenticias que tienen los padres en relación a la alimentación complementaria para poder establecer pautas que permitan un adecuado inicio y control del desarrollo de la misma en el ámbito de la comunidad. Esto podrá contribuir a reducir los índices de malnutrición que afectan a la salud pública

1.5. Antecedentes de la investigación

Un estudio de investigación realizado por Pantoja-Mendoza, Meléndez, Guevara-Cruz y Serralde-Zuñiga (2015) en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas (México) titulado: “Revisión de las prácticas de alimentación complementaria en niños mexicanos”; que incluyeron 7 estudios, la investigación fue de tipo cuantitativo y método descriptivo explicativo correlacional. Y concluye:

“Que los niños inician la alimentación complementaria antes de los 6 meses predominantemente con frutas, aunque también consumieron jugos industrializados, refrescos y frituras. Los menores reciben alimentos con alta densidad energética, mientras que es bajo el consumo de aquellos que aportan proteína animal y hierro en particular, lo que puede contribuir a problemas de salud como sobrepeso, obesidad, desnutrición y anemia.”.

Macías-Tomei, Herrera, Mariño y Useche (Venezuela, 2014), realizaron una investigación titulada: “Crecimiento, nutrición temprana en el niño y riesgo de obesidad”. El objetivo general de esta investigación fue identificar la relación que existe en la nutrición temprana y el riesgo de padecer obesidad. La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta, utilizando el cuestionario como instrumento. Respecto a los resultados se concluye:

”La nutrición adecuada de la madre durante la gestación y de los niños durante los primeros años de vida, es fundamental para lograr una buena salud en etapas posteriores y en la edad adulta. Por el contrario, la nutrición inadecuada durante los periodos críticos puede conducir a malnutrición por déficit y exceso y a enfermedades crónicas en la edad adulta. La reducción de proteínas en las fórmulas infantiles induce respuestas metabólicas y endocrinas parecidas a las obtenidas con la alimentación con leche humana, la cual es insustituible.

Luis Sandoval Jurado y sus colegas en su estudio “Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil” (México, 2016) evaluó el patrón de

lactancia materna y el inicio de alimentación complementaria como riesgo de obesidad en niños de edad preescolar de un centro de atención primaria. Diseño transversal analítico. Participaron niños de 2 a 4 años de edad, pertenecientes a una Unidad de atención primaria. Las mediciones principales son el tiempo de lactancia materna total y exclusiva, alimento de inicio de alimentación complementaria referido por la madre o persona encargada del cuidado del menor y evaluación del estado nutricional, mediante el índice de masa corporal (IMC) y percentil ≥ 95 . Determinación de razón de prevalencia (RP), Chi al cuadrado (X^2) y regresión logística binaria. Se analizó a 116 niños (55,2% niñas) con promedio de edad de 3,2 años, obesidad en 62,1%, lactancia exclusiva 72,4% con duración promedio de 2,3 meses y edad de inicio de alimentación complementaria de 5,0 meses. Existió diferencia en las medianas para tiempo de lactancia y edad de inicio de alimentación complementaria por sexo ($p < 0,05$). Se calculó una RP = 3,9 (intervalo de confianza del 95%, 1,49-6,34) para lactancia materna exclusiva y riesgo de obesidad. El modelo no mostró asociación de estas variables con la obesidad de los niños. Se concluyó:

La lactancia materna exclusiva menor a 3 meses de duración se presenta casi 4 veces más en los niños con obesidad, existiendo una diferencia para edad de inicio de alimentación complementaria, tiempo de lactancia materna y tiempo de consumo de leche de fórmula entre los niños con y sin obesidad.

Rita Rocío Márquez Díaz en su estudio “Relación entre la antropometría y el tipo de alimentación del lactante en sus primeros meses de vida” (España, 2016) estudió la relación que existe entre la antropometría y la alimentación del lactante en nuestro medio

para conocer las diferencias que existen en el crecimiento de niños lactados al pecho con respecto a los que toman lactancia artificial o complementaria. Se diseñó un estudio observacional descriptivo y analítico, retrospectivo y longitudinal en el que participaron 170 lactantes. Los datos antropométricos (peso, longitud y perímetro craneal) así como el tipo de lactancia, a los meses 0, 2, 4 y 6, procedían de una base de datos anonimizada proporcionada por la Gerencia de Atención Primaria. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el peso y el grupo de lactancia, particularmente los niños cuya alimentación no se basa en las recomendaciones de la OMS tienen mayor ganancia. Por otro lado, la prevalencia total de lactancia materna exclusiva es de casi 55% en el nacimiento, decreciendo a un 40% a los 6 meses de edad. Y, atendiendo al centro de salud, el que es miembro IHAN, tiene mayor porcentaje de lactados al pecho durante todo el período. Se concluye:

Pese a los beneficios que confiere la lactancia materna, reconocidos desde 1984, existe una baja tasa de prevalencia en la población estudiada. Para promover la práctica del amamantamiento se creó la iniciativa IHAN, cuyos resultados satisfactorios quedan clarificados en este estudio. Por último, aunque los niños alimentados con leche materna presenten menor ganancia de peso, no se contempla qué tipo de alimentación es la más idónea para la salud del niño por lo que es necesario mantener abiertas líneas de investigación orientadas a discernir si el amamantamiento es un factor protector del sobrepeso y obesidad en el futuro.

Según Dalmacia Noguera (Venezuela, 2013) el proceso de la alimentación complementaria tiene su inicio cuando los nutrientes aportados por la lactancia materna

exclusiva no llegan a cubrir las necesidades nutricionales del lactante, esto va a conllevar a la necesidad de agregar otros alimentos que acompañen a la lactancia materna. También refiere algunos objetivos importantes de la alimentación complementaria como son el aporte de energía y nutrientes para el crecimiento y desarrollo del niño sin la necesidad de destetarlo, la creación de hábitos de alimentación correctos, el estímulo del desarrollo psicoemocional y sensorial y fomentar la integración del niño a la dieta familiar.

Figuroa, López y Vera (Caracas, 2009) refieren que se debe considerar las bases fisiológicas como son madurez neurológica, renal, digestiva e inmunológica para evitar así iniciar una alimentación complementaria temprana que puede conllevar a la disminución de la lactancia materna y que el niño no alcance sus requisitos nutricionales debido a la ingesta de alimentos de bajo contenido calórico o el incremento del riesgo de padecer alguna enfermedad por la reducción del aporte de inmunógenos protectores de la leche materna o incrementar el riesgo de alergias debido a la mayor permeabilidad de la mucosa intestinal e inmadurez inmunológica. También se menciona el aumento del riesgo de padecer diarreas debido a que los alimentos complementarios pueden ser vehículos de agentes infecciosos. O puede llevar a iniciar una alimentación complementaria tardía que producirá una disminución de la velocidad de crecimiento, el déficit de vitaminas y minerales, alteraciones en la conducta alimentaria y en el desarrollo psicomotor, el riesgo de sensibilización.

María José Galiano y José Manuel Moreno Villares en su actualización sobre “Nuevas tendencias en la introducción de la alimentación complementaria en lactantes” (Unidad

de Nutrición Clínica. Hospital Universitario. Madrid-España, 2011). La alimentación complementaria (AC) consiste en la introducción en la alimentación infantil de todo alimento distinto de la leche, ya sea ésta leche materna o una fórmula infantil. Esta definición difiere de la utilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que incluye cualquier alimento o bebida distintos de la leche materna (LM), pero que es la más aceptada por las sociedades científicas pediátricas occidentales. Otros términos usados frecuentemente son el de *beikost* o el de *weaning foods* (alimentos del período de destete).

OMS (2003) cambio la recomendación de la introducción de la alimentación complementaria entre los 4 y 6 meses por la de los 6 meses. Esto debido a que la lactancia materna exclusiva a partir de los 6 meses no cubre los requerimientos nutricionales de lactante y esto lleva a la necesidad de administrar otros alimentos que tengan los aportes suplementarios necesarios para el lactante.

Según Galiano y Moreno-Villares (2011) sobre la introducción de la alimentación complementaria refiere que el Comité de Nutrición de ESPGHAN (Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica) recomendó que no se produjera antes de las 17 semanas (4 meses) ni después de las 26 semanas (6 meses y medio), asimismo refiere que en Europa la Autoridad Seguridad Alimentaria (EFSA) el 2009 señalo que los lactantes desde los 4 meses van a requerir agregar la alimentación complementaria a la lactancia materna con el fin de asegurar que el crecimiento y el desarrollo sean adecuados.

Carlos Alberto Paredes Rodríguez realizó en un estudio en el 2015 titulado: “Relación entre características de alimentación complementaria y longitud en lactantes de 6-11 meses de edad en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador” El Estudio tuvo un enfoque cuantitativo, descriptivo de asociación cruzada. En el cual se concluyó: “Se encontró relación entre las características de la alimentación complementaria con la longitud del niño.”

En la investigación realizada por Jiménez (Perú, 2011) en un centro de salud sobre la alimentación complementaria y el estado nutricional de los lactantes de 6 a 12 meses encontró que la alimentación complementaria tiene como inicio mayormente los 6 meses de edad, aquellos que la inician previamente a los 6 meses o posterior a los 7 meses son un grupo minoritario y aquellos que la han iniciado posterior a los 7 meses han presentado un mayor índice de desnutrición.

En el estudio por Benites (Perú, 2007) en un centro de salud sobre el conocimiento de la alimentación complementaria y el estado nutricional de los lactantes de 6 a 12 meses encontró que hay significancia entre el conocimiento sobre alimentación complementaria y el estado nutricional, asimismo este conocimiento se encuentra en su mayoría entre un nivel medio y alto.

Carolina Tarqui Mamani y sus colegas en su estudio “Diversidad alimentaria en los niños peruanos de 6 a 35 meses” (Perú, 2016), describe la diversidad alimentaria (DA) y la desnutrición crónica en niños peruanos de 6 a 35 meses. Realizó un estudio transversal,

durante el 2012-2013 en el Instituto Nacional de Salud (Lima) donde participaron niños entre 6 a 35 meses que residen en los hogares peruanos. Se intervino con Muestreo probabilístico, estratificado y multietápico. La muestra incluyó 13 216 viviendas, que incluyó 1 315 niños. Se definió DA: ingesta de 4 a 7 grupos de alimentos durante el día anterior, según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El procesamiento se realizó mediante muestras complejas, ajustado por ponderación. Se calculó porcentajes, Chi cuadrado y regresión logística. Se solicitó el consentimiento informado escrito de los padres. El 75,5% de los niños tuvieron DA. Los niños (78,5%) tuvieron mayor DA que las niñas (72,5%). Los niños que habitan en el área urbana (76,5%) y pobres (80,2%) tuvieron mayor DA. La carne fue el cuarto grupo de alimento consumido. La DA estuvo asociada a la DC ($p > 0,05$). La edad entre 6 a 11 meses fue un factor protector de DC. El sexo femenino, el área rural, vivir en la sierra, selva, el nivel educativo primario del jefe del hogar, la pobreza estuvieron asociados a la DC. Entre las posibles explicaciones podemos mencionar el inicio tardío de la alimentación complementaria, que según norma técnica debería iniciarse a los 6 meses; la inseguridad alimentaria y el bajo nivel educativo de las madres o cuidadoras de los niños limitarían el consumo de los alimentos. La introducción de una alimentación complementaria en los niños de seis meses es necesaria por los requerimientos de energía y nutrientes del lactante, que sobrepasa el aporte que tendría la leche materna. Por otra parte, el niño está en condiciones de recibir otros alimentos para cubrir los requerimientos nutricionales y evitar la desnutrición o la anemia. Concluye que: Las tres cuartas partes de los niños peruanos entre 6 a 35 meses tuvieron diversidad alimentaria adecuada. La DA se asoció a la desnutrición crónica, aunque no fue significativa esta asociación.

Doris Álvarez Dongo y la Dra. Carolina Tarqui Mamani (2015) en su informe técnico al DEVAN (Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional) que tiene como título “Estado nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013”. Describió el estado nutricional de la población peruana por etapas de vida a nivel nacional. Se realizó un estudio observacional y transversal. Se incluyó a todos los miembros residentes en los hogares de la muestra de la Encuesta Nacional de Hogares. Se realizó un muestreo probabilístico, estratificado y multietápico. El total de hogares incluidos fue de 11 358. Las mediciones antropométricas se realizaron según metodología internacional. Para evaluar el estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años de edad se calcularon los coeficientes Z de talla/edad, peso/edad y peso/talla usando los estándares de crecimiento infantil de NCHS y los coeficientes Z de la Organización Mundial de la Salud 2006, utilizando el OMS Anthro versión 3.0.1. La clasificación de niños y niñas según las puntuaciones Z para desnutrición crónica fue $Z_{T/E} < -2$, desnutrición global $Z_{P/E} < -2$, Desnutrición aguda $Z_{P/T} < -2$ y sobrepeso $Z_{P/T} > 2DE$. La evaluación nutricional de los niños y adolescentes de 5 a 19 años se realizó mediante los coeficientes Z del IMC para la edad. La evaluación nutricional de los adultos y adultos mayores se realizó mediante el IMC. Se realizó el análisis para muestras complejas en SPSS y se ajustó por factor de ponderación. Se calculó estadísticas descriptivas con intervalo de confianza de 95%. La desnutrición crónica fue de 17,7% (IC95%: 16,0-19,6) siendo tres veces más alta en la zona rural que en la zona urbana y afectó más a los niños menores de 5 años en pobreza extrema. El 33,4% (IC95%: 31,0-35,8) de niños menores de 5 años presentó anemia, siendo mayor en los dos primeros años de vida (58,4 y 47,4%), ésta fue mayor en el área rural, en las regiones de la sierra y selva y en los niños pobres. Concluyen que:

Los problemas nutricionales por deficiencia y por exceso de peso coexisten en el Perú, constituyéndose el sobrepeso y la obesidad como un problema de salud pública, existiendo además un alto y muy alto riesgo de enfermar en la población adulta. La anemia es un problema moderado de salud pública en los niños, las mujeres en edad fértil y gestantes peruanas. La prevalencia de desnutrición crónica según el estándar de referencia es OMS fue 17.7% a nivel nacional, siendo tres veces más alta en la zona rural que en la zona urbana. Los niños entre 1 y 2 años de edad presentan las mayores cifras de desnutrición crónica. El 40,6% de niños en situación de pobreza extrema presenta desnutrición crónica.

1.6. BASES TEÓRICAS

Delimitación de la alimentación de tipo complementaria

Para la Unicef (2016) la alimentación complementaria es aquella que complementa a la lactancia materna, mas no la elimina, se dice que la lactancia materna es el alimento adecuado en los primeros años de vida, para acaparar las necesidades del niño.

Hernández (2006) nos dice que alimentación complementaria es la oferta de alimentos a los lactantes que ayuden a complementar la lactancia materna. Además la edad para iniciar esta alimentación complementaria es considerada una época sensible porque como es sabido los primeros años de vida van a permitir un adecuado desarrollo tanto mental como físico, pero cuando no se llegan a cumplir los requerimientos nutricionales adecuados este desarrollo se puede ver alterado.

Relevancia de la alimentación complementaria

Para la OMS (2003), nos dice que la lactancia materna debe ser indispensable en los primeros seis meses de vida de todo infante, además de la inducción primitiva de los alimentos complementarios. Es este el tema de importancia para la salud de la población.

Castro (2016) nos hace énfasis en que el carácter complementario de los alimentos que se le va a dar al niño a partir de los 6 meses va a ayudar a mejorar el aporte proteico-energético en el lactante, así también mejorara la biodisponibilidad de nutrientes que requiera el lactante para optimizar su desarrollo. Así mismo los padres deben ser capacitados con la información más objetiva sobre cuáles son las prácticas más adecuadas para la alimentación de sus niños. Esto ayudara a los padres a poder saber en qué momento introducir los alimentos complementarios, cuáles son sus tipos, que cantidad dar y como prepararlos.

Según Noguera (2013) a los 6 meses de edad el niño ya ha alcanzado la madurez neurológica, gastrointestinal, inmunológica y renal, por lo tanto, este desarrollo va a demandar un mayor requerimiento energético y nutricional.

Agentes que influyen en el inicio de la alimentación complementaria

El niño a partir de los 4 meses empieza a conseguir algunos hitos del desarrollo como la desaparición del reflejo de extrusión que le va a permitir la ingesta de alimentos diferentes a la leche materna, cuando ya tiene 8 meses puede masticar por sí solo y entre los 9 a 12 meses ya se alimentan por sí mismos, pero si alrededor de los 10 meses no se ha iniciado

la ingesta de alimentos sólidos grumosos se va a acrecentar el riesgo de dificultades alimentarias en etapas posteriores (Galiano y Moreno-Villares, 2011).

Debido a esta maduración del niño se debe tener cuidado al momento de querer iniciar la alimentación complementaria. Por ello, Noguera (2013) nos da algunas pautas para poder evaluar la maduración de algunos sistemas antes de iniciar la alimentación complementaria:

- **Maduración Neurológica:** Se va caracterizar por el desarrollo psicomotor (masticación, deglución, desaparición del reflejo de extrusión, sostenimiento y equilibrio cefalo-torácico) que va a permitir una adecuada introducción de alimentos.
- **Maduración Digestiva:** Aquí se hace presente la adecuada producción de enzimas digestivas, amilasa pancreática, mucosa intestinal menos permeable a grandes moléculas y una inmunotolerancia de tipo digestiva.
- **Madurez Renal:** Se presenta una filtración adecuada para agua y solutos a los 4 meses, cuando llegan a los 6 meses el manejo de metabolitos de origen proteico y mineral es mayor.

Características de la alimentación complementaria

A partir de los 6 meses al iniciar su alimentación complementaria, el niño, es expuesto a nuevos sabores, nuevas consistencias, nuevas texturas y nuevos olores que vienen de los nuevos alimentos que va a recibir. Para evitar el rechazo a los nuevos alimentos y permitir

que la alimentación complementaria resulte exitosa se deben cumplir, según Castro (2013), con 4 requisitos:

1. **Frecuencia:** Va a depender de la capacidad calórica de los alimentos locales y de la cantidad consumida en cada ración, siempre teniendo en cuenta la poca capacidad que tiene el estómago del niño (30g/kg) y la densidad energética mínima (0.8kcal/g).
2. **Consistencia:** Esta se debe incrementar a medida que el niño pueda empezar a comer solo, para iniciar se pueden usar alimentos semisólidos como los purés.
3. **Cantidad:** Hay que tener en cuenta que el peso del niño va a influir en el volumen gástrico (30g/kg de peso corporal) para evitar forzarlo a comer más de lo que tolera y evaluar algunas señales de que el niño está satisfecho como puede ser el desinterés por el alimento al voltear la cabeza al ofrecerle comida.
4. **Contenido Nutricional:** Los nutrientes cumplen diferentes funciones en el organismo, como por ejemplo las carnes tienen un alto contenido proteico y son ricas en hierro, lo cual permite un desarrollo físico y cognitivo adecuado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003) recomendaron dar alimentos al niño de forma gradual, variando la textura, la consistencia y la cantidad. Para ello como ejemplo dieron la siguiente tabla:

Tabla 1. Cantidad, variedad y frecuencia de alimentos a ser ofrecidos

Edad	Textura	Frecuencia	Cantidad de alimentos a ser ofrecidos en cada comida
6 a 8 meses	Comenzar con papillas espesas, alimentos bien triturados.	2-3 comidas por día y mantener lactancia humana. Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1-2 meriendas	Comenzar con 2-3 cucharadas por comida. Incrementar gradualmente a 4 onzas
9 a 11 meses	Alimentos finamente picados y alimentos que el lactante pueda agarrar con la mano.	3-4 comidas por día y lactancia humana. Dependiendo del apetito del niño se pueden ofrecer 1-2 meriendas.	Taza o plato de 4 onzas
12 a 23 meses	Incorporación a la dieta familiar.	3-4 comidas por día y lactancia humana. Dependiendo del apetito del niño se pueden ofrecer 1-2 meriendas.	Taza o plato de 4 onzas

Si el lactante no es amamantado, darle además 8 a 16 onzas por día de fórmula infantil y 1-2 comidas adicionales por día.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) en su Comité de Nutrición (2007-2008) también sugirió algunos requisitos que debe cumplir la alimentación complementaria:

- **Oportuna:** Se da cuando los requerimientos nutricionales de la lactancia ya no son suficientes.
- **Adecuada:** Contendrá los nutrientes necesarios que cubran las necesidades nutricionales del niño.
- **Inocua:** Su preparación y forma de administración debe ser de forma muy higiénica.
- **Perceptiva:** Se debe dar cuando el niño de señales de apetito y suspenderla cuando el niño este satisfecho.

García y Dini (2009) sugieren que los requerimientos nutricionales se deben cubrir con 6 tipos de alimentos, como son: lácteos, vegetales, frutas, almidones, carnes y grasas.

Además mencionan un promedio de ración por día de acuerdo a la edad:

Grupo de alimentos	Edad	
	<1 año	1-2 años
Lácteos	2-3*	1-2
Vegetales	½-1	1
Frutas	2-3	3-4
Harinas, pastas y tubérculos	3-4	4-6
Carnes y quesos	2-3	1-2
Grasas	1-1 ½	2-4

*Incluye leche humana, fórmulas infantiles y leche de vaca.

Introducción de Alimentos

Galiano y Moreno-Villares (2011) refieren que se debe iniciar la introducción de alimentos con los que sean ricos en hierro. Esto evitara futuras deficiencias de hierro y promoverá el desarrollo neurológico, debido a que los alimentos ricos en hierro también son ricos en ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga y en ácido docosahexanoico. En cuanto a los demás alimentos refieren lo siguiente:

- ✓ **Leche y derivados:** No recomiendan consumir leche de vaca antes de los 12 meses por su pobre contenido en hierro, a partir de los 6 meses en niños destetados se debe dar 280-550ml/día si consumen productos de origen animal y 400-500ml/día si no se consume productos animales.

- ✓ **Carne:** Contiene proteínas de alto valor biológico (más concentrados en carnes magras), el caldo de carne posee un valor nutritivo escaso por eso no está recomendado.
- ✓ **Pescado:** El pescado blanco y el azul contiene muchas proteínas, pero el pescado azul es rico en omega 3 y 6. Los pescados de agua salada son ricos en yodo y minerales.
- ✓ **Huevo:** Posee grasas ricas en fosfolípidos a predominio de ácidos grasos poliinsaturados. 1 huevo contiene 6g de proteínas. No recomendable la ingesta de huevo crudo por su gran capacidad alergénica.
- ✓ **Cereales:** Gran fuente de fibra y energía, se recomienda su consumo diario. Es recomendable evitar la ingesta de gluten antes de los 4 meses y retrasarla hasta después de los 7 meses por riesgo de enfermedad celíaca.
- ✓ **Sal:** No se recomienda usar mucha sal por riesgo de desarrollar presión arterial elevada. Se recomienda evitar alimentos salados como vegetales en conservas y carnes curadas.
- ✓ **Verduras, Frutas y Hortalizas:** Tiene una gran cantidad de vitaminas, minerales y fibra. Es recomendable su consumo diario. Evitar el consumo de alimentos ricos en nitratos como zanahoria, espinaca, calabaza y habas antes de los 3 meses para evitar la presencia de metahemoglobina.
- ✓ **Legumbres:** Deben consumirse añadidas a las verduras para potenciar su valor biológico, en puré se debe dar 1 a 2 veces por semana.

Estado nutricional del niño

Castro (2013) refiere que la evaluación antropométrica nos va a permitir poder evaluar el estado nutricional del niño, usando para esto medias antropométricas tales como peso, talla, perímetro braquial, entre otros. Así mismo estas medidas se van a relacionar con la edad o entre si dándonos índices como son peso para la edad (P/E), talla para la edad (T/E) y peso para la talla (P/T).

Según Waterloo (1996) cuando hay deficiencia entre estos índices se habla de Desnutrición y esta puede ser Desnutrición Global (Peso/Edad), Desnutrición Aguda (Peso/Talla) y Desnutrición Crónica (Talla/Edad).

Araya (2006) explica:

“Cuando un niño, por alguna razón, comienza a desnutrirse lo primero que ocurre es que pierde peso, por lo tanto su peso será menor que lo que debería pesar un niño a su edad. Obviamente por lo agudo del cuadro, inicialmente, la talla no se ve afectada (Desnutrición Global). Si esta situación se prolonga, el niño se adapta (ej.: baja su metabolismo basal) mediante una serie de mecanismos endocrino metabólicos y deja de crecer. Como consecuencia su talla será menor que la que le corresponde tener a su edad y la relación talla para la edad disminuirá (Desnutrición Crónica). Finalmente si por alguna razón el niño con desnutrición crónica sufre un episodio intercurrente (principalmente infeccioso) y el niño

vuelve a perder peso, se observará un bajo peso para la talla (Desnutrición Crónica Agudizada)”.

1.7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Estado nutricional (Rodríguez, 2010).

Es el resultado que se obtiene al analizar el peso, la talla, circunferencia abdominal, en función a la edad y el sexo del lactante, valorándolo en Desnutrido Crónico, Desnutrido Agudo moderado Desnutrido Agudo Severo, Obeso.

Alimentación complementaria (Dalmacia Noguera, 2013)

Es el proceso que se inicia cuando los nutrientes aportados por la lactancia materna exclusiva no llegan a cubrir las necesidades nutricionales del lactante, esto va a conllevar a la necesidad de agregar otros alimentos que acompañen a la lactancia materna.

Lactante (Dalmacia Noguera, 2013)

Es toda persona con tiempo de vida desde que nace hasta los 2 años de edad. Que necesite alimentos para cubrir en forma adecuada sus requerimientos calóricos para salvaguardar un crecimiento y desarrollo adecuado.

Prácticas alimenticias

Grupo de prácticas de tipo sociales con función a la alimentación del ser humano. Intervenidas por la cultura, la religión o las tendencias, que se desarrollan temporalmente.

2. MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de Estudio

El presente estudio es de método cuantitativo, debido que los datos que serán obtenidos son susceptibles a medición, de tipo descriptivo correlacional porque está orientada a describir al mismo tiempo la relación que existe entre las variables de estudio de la investigación. Es Analítico Observacional, porque la naturaleza de la investigación seguirá su curso realizándose la medición sin ninguna intervención, el tipo de corte es transversal, donde se han tomado los hechos de forma real en un tiempo determinado y en un determinado espacio, de asociación cruzada, porque se medirá más de una variable, que permita identificar si las variables medidas guardan algún tipo de asociación, Aplicada, porque busca la utilización de los conocimientos que se adquieren y nivel integrativo porque busca confirmar la relación que existe entre dos variables.

2.2. Formulación de Hipótesis:

GENERAL

Hipótesis Alterna

H1: Existe relación significativa entre las prácticas alimenticias en la alimentación complementaria y el estado nutricional

Hipótesis nula

H0: No existe relación significativa entre las prácticas alimenticias en la alimentación complementaria y el estado nutricional

2.3. VARIABLES

Variable dependiente: *Estado nutricional del niño menor de 2 años en el servicio de pediatría del “Instituto Nacional de Salud del Niño”.*

Variable independiente: *Prácticas alimenticias durante la alimentación complementaria.*

2.4. Población, Muestra y Muestreo.

La población de estudio se conformará por las madres y los lactantes que se encontraban entre los 6 a los 24 meses de edad y que acudieron mensualmente al “Instituto Nacional de Salud del Niño” durante el mes de noviembre del 2017, según el registro y reporte del total de niños entre 6 y 24 meses que asisten con sus madres, siendo un total de 50.

No hubo muestreo debido a que se tomaron los datos por censo a todos los niños (al 100%) que asistieron al centro de salud durante el mes de noviembre del 2017 y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Los niños y niñas del presente estudio deben estar recibiendo lactancia materna y alimentación complementaria y por el contrario ningún tipo de fórmula láctea para su alimentación.

2.5. Criterios de Selección.

Los criterios serán divididos en Criterios de Inclusión y Criterios de Exclusión, los cuales se detallan a continuación:

a) Criterios de Inclusión

Para la madre:

- ✓ Madres que como mínimo asistieron 3 veces al servicio de pediatría del “Instituto Nacional de Salud del Niño” entre noviembre del 2017 a enero del 2018.
- ✓ Madres que aceptan participar en el estudio.
- ✓ Madres mayores de 18 años.
- ✓ Madres que hablen castellano.
- ✓ Madres y lactantes que residen solo en la jurisdicción del “Instituto Nacional de Salud del Niño”.

Para el niño:

- ✓ Niños que se encuentren entre los 6 a 24 meses de edad.
- ✓ Niños nacidos a término.
- ✓ Que no reciban ningún tipo de fórmula láctea para su alimentación.

b) Criterios de Exclusión

Para la madre:

- ✓ Madres que no hablen castellano.
- ✓ Madres que presenten su negativa a participar del estudio.

Para el niño:

- ✓ Niños cuya edad sea menor a los 6 meses y aquellos cuya edad sea mayor a los 24 meses de edad.
- ✓ Niños con antecedentes de prematuridad.

- ✓ Niños con enfermedades especiales.

2.6. Plan de recolección

Para la recolección de datos la técnica que se utilizó fue la entrevista. El instrumento está dado por una encuesta semiestructurada que contiene preguntas de tipo mixto (tipo abierta y tipo cerrada) como parte de su estructura, contiene una pequeña introducción, algunos datos generales de la madre y del niño, datos específicos sobre las prácticas de alimentación complementaria de la madre (Ver Anexo 2) y una ficha de evaluación del Estado Nutricional según la NCSH. Esta encuesta fue sometida a validación por un juicio de Expertos, el cual estuvo conformado por 8 profesionales de la salud con amplia experiencia en investigación, de los cuales 3 son médicos pediatras, 2 son docentes del área de investigación, 1 es especialista del área de CRED (Lic. en enfermería), 1 es estadístico y 1 es nutricionista. Los resultados que fueron emitidos por el Juicio de Expertos se procesaron a través de una Tabla de Concordancia con la finalidad de determinar la validez, donde si $p < 0.05$ nos va a indicar una concordancia significativa. (Ver anexo).

Luego se realizaron las recomendaciones en el instrumento. Se realizó posteriormente la prueba piloto con 30 niños de 6 a 12 meses que asisten con sus madres, la cual fue sometida a validez estadística mediante la prueba del coeficiente de confiabilidad Kuder Richarson.

Para el estudio de la variable estado nutricional se aplicó una lista de chequeo a los lactantes en el consultorio de pediatría del “Instituto Nacional de Salud del Niño”.

2.7. Análisis estadístico de los datos.

Instrumentos

Los instrumentos usados fueron: una Ficha de evaluación del Estado Nutricional de la National Center for Health Statistics (NCSH).

Se realizara la prueba piloto con 30 niños de 6 a 24 meses que asisten con sus madres el cual será sometido a validez estadística mediante la prueba coeficiente de confiabilidad Kuder Richarson.

Estadística descriptiva

Los resultados fueron presentados en gráficos y/o tablas estadísticos para su análisis e interpretación respectiva.

Estadística inferencial.

Los resultados que fueron emitidos por el Juicio de Expertos fueron procesados en una Tabla de Concordancia con el fin de determinar su validez, donde un $p < 0.05$ es indicativo de significancia.

Análisis de variable.

Para el análisis de la Variable practicas alimenticias se aplicó la prueba de Estanones en dos categorías: práctica alimentaria adecuada y práctica alimentaria inadecuada. Para establecer la relación entre las prácticas alimentarias de la madre hacia el lactante y el estado nutricional que presenta el lactante se usó la prueba de significancia estadística: Chi cuadrado (X^2).

Programas a usar para análisis de datos.

Los datos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de SPSS 21, Excel 2016, previa elaboración de la tabla de Códigos y tabla matriz.

2.8. Consideraciones Éticas

La presente investigación fue sometida a los principios éticos, considerándose desde la autorización obtenida por del hospital para la ejecución del instrumento (ver anexo); así mismo se brindó un consentimiento informado que fue firmado de manera voluntaria por la madre participante, previa información sobre el estudio que se desea realizar, los datos fueron utilizados únicamente con fines de esta investigación, la identidad del participante como la información que nos brinde y los resultados se mantendrán en confidencialidad.

3. RESULTADOS

3.1. Análisis de Resultados

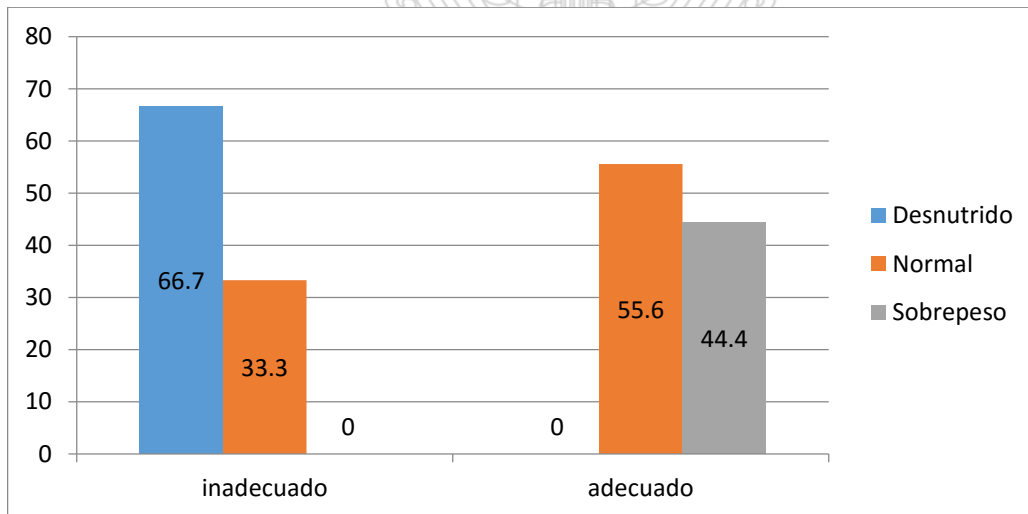
En el presente estudio se evaluaron los datos de 50 madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al servicio al servicio de pediatría del Instituto de Salud del Niño. El estado civil de las madres más frecuente fue conviviente 25 (83,3%), seguido de soltera 3 (10%) y casada 2 (6,7%); con relación al lugar de nacimiento, tenemos que proceden de Lima Metropolitana y Callao 27 (90%) y de otras provincias fuera de Lima 3 (10%); en relación al nivel de instrucción, fueron con secundaria 20(66,7%) e instrucción superior 10 (33,3%), finalmente con relación a la edad de la madre fue $29,4 \pm 5,3$ años, edad mínimo 18 años y máxima 43 años.

Con relación a la información relacionada a los niños/as; tenemos de género femenino 18 (60%) y masculino 12 (40%); luego se observó el peso al inicio de la alimentación complementaria $7,2 \pm 0,62$ kilogramos y la talla al inicio de la alimentación complementaria fue $67,3 \pm 3,3$ centímetros.

TABLA 1

Prácticas de alimentación complementaria según el peso para la edad en lactantes de 6 a 24 meses en el servicio de pediatría del INSN* – 2017

Prácticas de Alimentación Complementaria	Peso para la Edad						Total	
	Desnutrido		Normal		Sobrepeso		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Inadecuado	8	66,7	20	33,3	0	0,0	28	100,0
Adecuado	4	0,0	10	55,6	8	44,4	22	100,0
Total	12	26,7	30	46,7	8	26,7	50	100
<i>Correlación de Spearman = 0.745 p = 0,000**</i>								
* Instituto Nacional de Salud del Niño								
** $p < 0,05$								



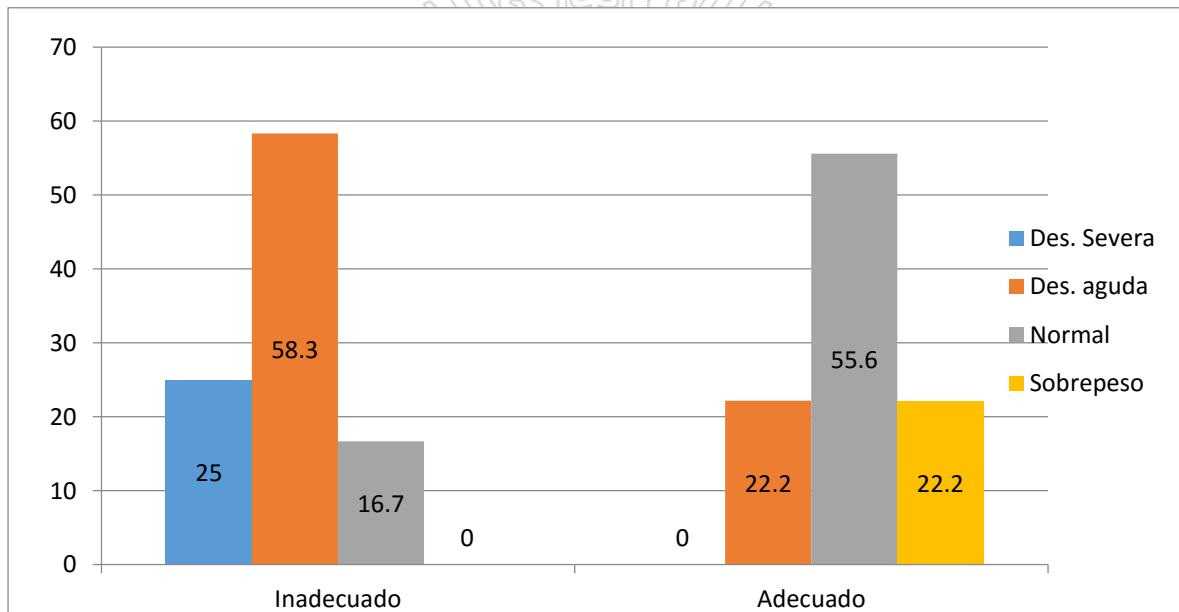
Interpretación:

Según la tabla 1, se puede observar en las prácticas de las madres durante la alimentación complementaria, se encontró un 66.7% lactantes desnutridos con el valor inadecuado con un número total de 28 madres lactantes, a diferencia del valor adecuado en la escala de normal con 55.6 de madres lactantes.

TABLA 2

Prácticas de alimentación complementaria según el peso para la talla en lactantes de 6 a 24 meses en el servicio de pediatría del INSN* – 2017

Prácticas de Alimentación Complementaria	Peso para la Talla								Total	
	Desnutrido Severo		Desnutrido Agudo		Normal		Sobrepeso			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inadecuado	3	25,0	7	58,3	2	16,7	2	0,0	14	100,0
Adecuado	10	0,0	10	22,2	10	55,6	6	22,2	36	100,0
Total	3	10,0	11	36,7	12	40,0	4	13,3	50	100
<i>Correlación de Spearman = 0.745 p = 0,000**</i>										
<i>* Instituto Nacional de Salud del Niño</i>										
<i>** p<0,05</i>										



Interpretación:

Según lo que muestra la tabla 2. En relación al peso y talla de los lactantes de 6 a 24 meses, se encontró 7 lactantes con desnutrición aguda arrojando un 58.3 %. Con respecto al rango normal se halló a 10 lactantes con 55.6 con peso para la talla normal, que vendría ser adecuada ese peso para la talla de los lactantes.

TABLA 3

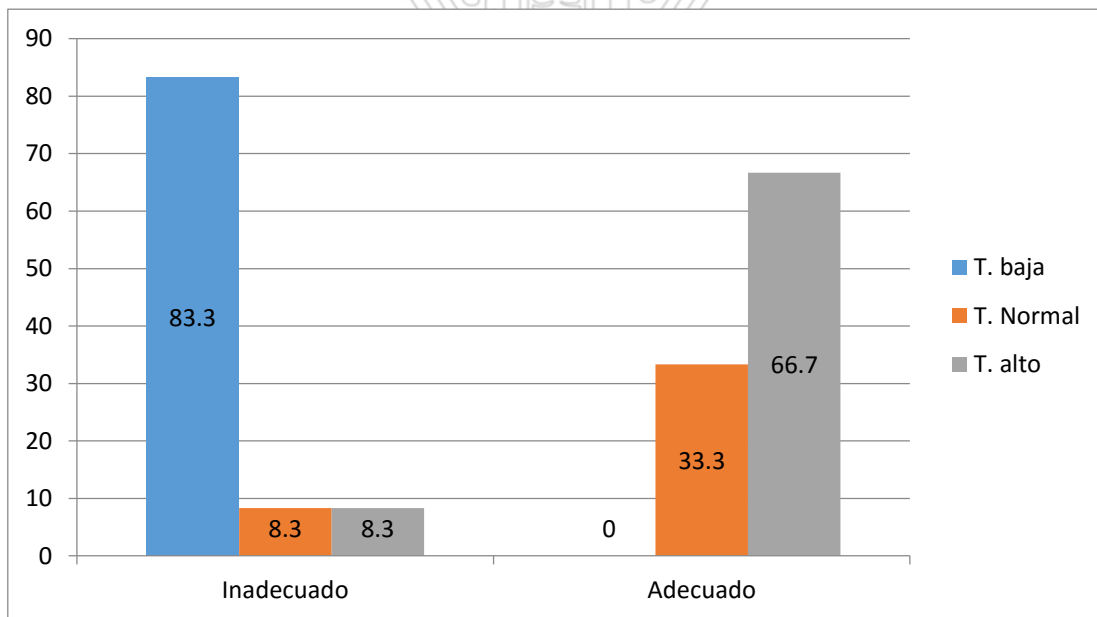
Prácticas de alimentación complementaria según la talla para la edad en lactantes de 6 a 24 meses en el servicio de pediatría del INSN* – 2017

Prácticas de Alimentación Complementaria	Talla para la Edad						Total	
	Talla Baja		Normal		Alto		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Inadecuado	10	83,3	5	8,3	6	8,3	22	100,0
Adecuado	7	0,0	9	33,3	12	66,7	28	100,0
Total	17	33,3	14	23,3	18	43,3	50	100

*Correlación de Spearman = 0.745 p = 0,000***

** Instituto Nacional de Salud del Niño*

*** p<0,05*



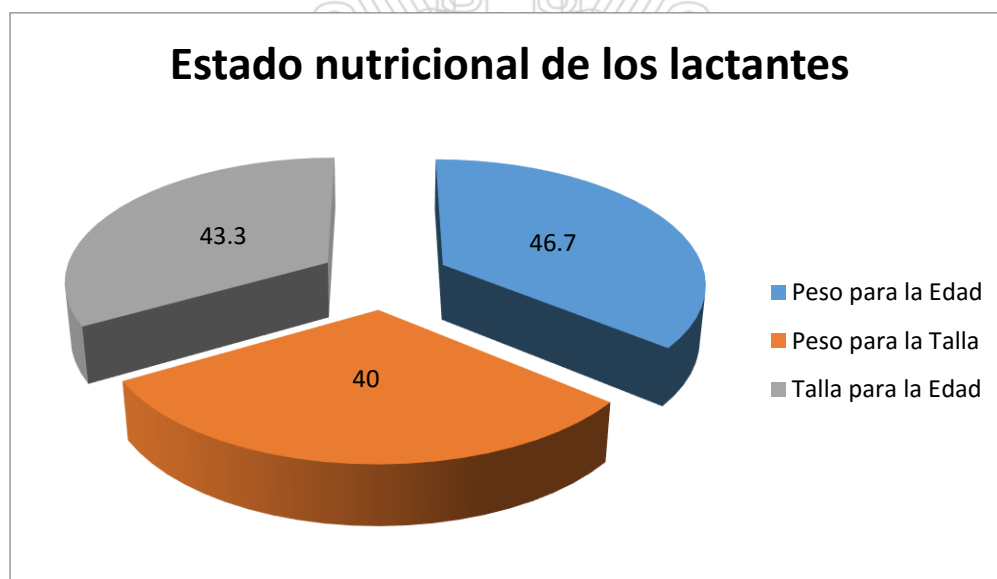
Interpretación:

En la gráfica 3, sobre las prácticas de alimentación complementaria según talla para la edad en lactantes de 6 a 24 meses, se observa a 10 lactantes con un promedio de 83.3% con talla baja para la edad, entonces la alimentación es de forma inadecuado. Por lo contrario se halló, lactantes con 66.7 en una talla alto lo cual refiere una talla adecuada para la edad en 12 lactantes.

TABLA 4

Estado nutricional de los lactantes de 6 a 24 meses en el servicio de pediatría del INSN – 2017

	n	%
PESO PARA LA EDAD		
Desnutrido	8	26,7
Normal	14	46,7
Sobrepeso	8	26,7
PESO PARA LA TALLA		
Desnutrición Severa	3	10,0
Desnutrición Aguda	11	36,7
Normal	12	40,0
Sobrepeso	4	13,3
TALLA PARA LA EDAD		
Talla Baja	10	33,3
Normal	7	23,3
Alto	13	43,3

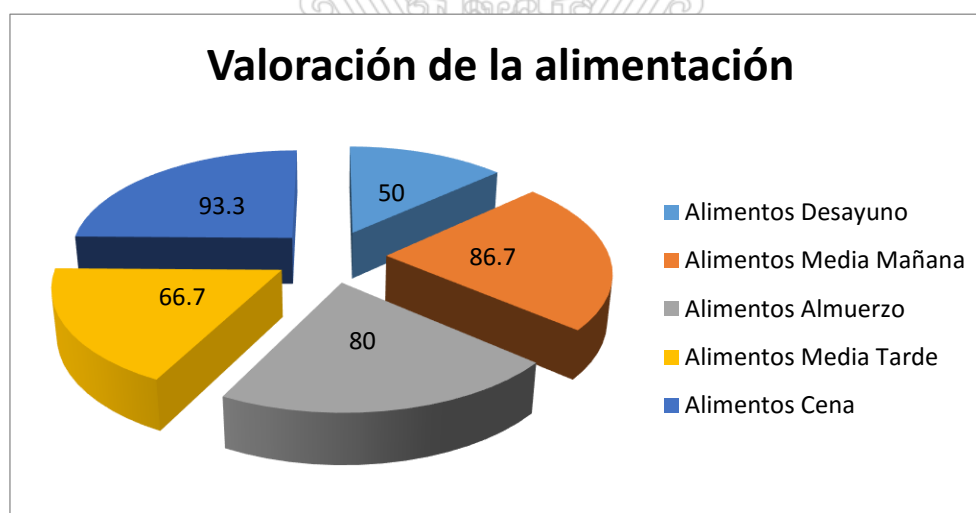


Interpretación:

En la tabla 4, se observa el 46.7% del peso para la edad con un estado normal, a diferencia del peso para la talla que arrojó un 40% de igual manera en un estado normal, en la talla para la edad arrojó un 43.3% con un nivel alto.

TABLA 5**Valoración de adecuada alimentación complementaria de las madres de los lactantes de 6 a 24 meses en el servicio de pediatría del INSN – 2017**

	n	%
Alimentos que le da a su niño/a para el desayuno		
Adecuado	25	50
Inadecuado	25	50
Alimentos que le da a su niño/a a media mañana		
Adecuado	41	86,7
Inadecuado	9	13,3
Alimentos que le da a su niño/a en el almuerzo		
Adecuado	26	20,0
Inadecuado	24	80,0
Alimentos que le da a su niño/a a media tarde		
Adecuado	20	66,7
Inadecuado	30	33,3
Alimentos que le da a su niño/a en la cena		
Adecuado	22	6,7
Inadecuado	28	93,3

**Interpretación:**

En la tabla 5, se puede observar la valoración de 50% adecuada y de la misma forma inadecuada, se podría deducir que la mitad de la población en estudio realiza una valoración de adecuada alimentación complementaria de las madres de los lactantes de 6 a 24 meses, en cuanto a la alimentación de media mañana 41 madres con un 86.7%

alimentan al niño adecuadamente, en la hora del almuerzo el 80% de la madres dicen no alimentar inadecuadamente al niño, a media tarde un 66.7% de la madres respondieron adecuadamente y en la cena un 93.3% de madres alimentan al niño inadecuadamente.

3.2. Discusión de los Resultados

Con relación a la información relacionada a los niños/as; tenemos de género femenino 18 (60%) y masculino 12 (40%); luego se observó el peso al inicio de la alimentación complementaria $7,2\pm 0,62$ kilogramos y la talla al inicio de la alimentación complementaria fue $67,3\pm 3,3$ centímetros. Según la tabla 1, se puede observar en las prácticas de las madres durante la alimentación complementaria, se encontró un 66.7% lactantes desnutridos con el valor inadecuado con un número total de 28 madres lactantes, a diferencia del valor adecuado en la escala de normal con 55.6 de madres lactantes. Según lo que muestra la tabla 2. En relación al peso y talla de los lactantes de 6 a 24 meses, se encontró 7 lactantes con desnutrición aguda arrojando un 58.3 %. Con respecto al rango normal se halló a 10 lactantes con 55.6 con peso para la talla normal, que vendría ser adecuada ese peso para la talla de los lactantes.

En la gráfica 3, sobre las prácticas de alimentación complementaria según talla para la edad en lactantes de 6 a 24 meses, se observa a 10 lactantes con un promedio de 83.3% con talla baja para la edad, entonces la alimentación es de forma inadecuado. Por lo contrario se halló, lactantes con 66.7 en una talla alto lo cual refiere una talla adecuada para la edad en 12 lactantes. En la tabla 4, se observa el 46.7% del peso para la edad con

un estado normal, a diferencia del peso para la talla que arrojó un 40% de igual manera en un estado normal, en la talla para la edad arrojó un 43.3% con un nivel alto. En la tabla 5, se puede observar la valoración de 50% adecuada y de la misma forma inadecuada, se podría deducir que la mitad de la población en estudio realiza una valoración de adecuada alimentación complementaria de las madres de los lactantes de 6 a 24 meses, en cuanto a la alimentación de media mañana 41 madres con un 86.7% alimentan al niño adecuadamente, en la hora del almuerzo el 80% de las madres dicen no alimentar inadecuadamente al niño, a media tarde un 66.7% de las madres respondieron adecuadamente y en la cena un 93.3% de las madres alimentan al niño inadecuadamente. Una inadecuada valoración alimentaria como observamos en la gráfica 5.

En relación a nuestras bases teóricas se observó que en la actualidad un 45% de las defunciones de niños se asocia a la desnutrición y que la cifra estimada de muertes de niños debido a la desnutrición es de 2,1 millones, Además el 2016 se encontró que 41 000 000 de niños menores de cinco años tenían sobrepeso u obesidad (OMS, 2017).

Así mismo el Ministerio de Salud (Minsa, 2017) señala que las deficiencias tanto en calidad como en cantidad de la alimentación complementaria van a ocasionar déficit en el desarrollo de los niños entre los 6 a los 24 meses lo que conlleva al incremento del riesgo de padecer alguna enfermedad crónica o infecciosa.

Esta problemática ha llevado a realizar diversos estudios que establezcan la etapa de la niñez como inicio del desarrollo de estas alteraciones, considerándose como la etapa clave, donde se establecen patrones alimenticios por parte del cuidador durante la

incorporación de alimentos en la etapa de la alimentación complementaria. Esta información apoya nuestra investigación ya que en nuestros hallazgos muestran cifras exactas de desnutrición en los lactantes, así como también En la alimentación más importante del almuerzo y la cena las madres sufren descuido sobre los lactantes. Los motivos se desconocen, en cuanto al estado nutricional de los lactantes en el peso para la edad arrojó 46.7 siendo inadecuada esta valoración.

3.3. Conclusiones:

1. Según este estudio se llegó a concluir que las madres desconocen los términos nutricionales de los lactantes, entonces se puede afirmar que la mala práctica de alimentación complementaria (AC) es uno de los responsables de una parte muy importante de ambos tipos de malnutrición infantil.
2. Los índices de malnutrición y obesidad encierra un tema de preocupación que establece la necesidad de poder identificar la causa real que está condicionando la prevalencia e incidencia, por ello es importante describir las prácticas de alimentación complementaria donde se pueda intervenir adecuada y oportunamente.
3. Que la valoración nutricional de 50% adecuada y de la misma forma inadecuada, se podría deducir que la mitad de la población en estudio realiza una valoración de adecuada alimentación complementaria de las madres de los lactantes de 6 a 24 meses, en cuanto a la alimentación de media mañana 41 madres con un 86.7% alimentan al niño adecuadamente, en la hora del almuerzo el 80% de la madres dicen no alimentar inadecuadamente al niño, a media tarde un 66.7% de la madres respondieron adecuadamente y en la cena un 93.3% de madres alimentan al niño inadecuadamente.

4. Que el estado nutricional de los lactantes, resalta de desnutrición aguda a normal con valores de 40-36.7 en esos dos rangos, que las prácticas en las madres es en la mayoría inadecuada con el valor en 10 madres con 83.3%, En relación al peso y talla de los lactantes de 6 a 24 meses, se encontró 7 lactantes con desnutrición aguda arrojando un 58.3 %. Con respecto al rango normal se halló a 10 lactantes con 55.6 con peso para la talla normal, que vendría ser adecuada ese peso para la talla de los lactantes.

3.4. Recomendaciones:

Según la investigación realizada se afirma que actualmente la población de madres desconocen el tema sobre prácticas de alimentación complementaria, así como la talla, peso, edad, ellas manifiestan muy confuso esos términos médicos, por lo tanto es recomendable los siguientes puntos:

- ✓ En el debido programa realizar programas de capacitación al personal médico para difundir los conocimientos aprendidos referente al tema, así mismo lograr fomentar interés en las madres sobre las consecuencias de la malnutrición de los lactantes, y las enfermedades que podría afectar al menor a un corto, mediano o largo plazo.
- ✓ Generar estrategias por medios audiovisuales que lleven aun interés visual y práctico de los términos médicos, enfocados para las madres que no conocen el tema.
- ✓ Enseñar temas sobre métodos fáciles sobre las prácticas de las madres durante la alimentación complementaria.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez, D., Tarqui, C. (2015). Estado nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013 [Informe técnico]. Perú: Ministerio de Salud del Perú, Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional.
2. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition 2007-2008. Feeding the child. In: R. Kleinman, Editor. *Pediatric Nutrition Handbook*. 6a edición. USA. 2009. pp: 145-174.
3. Araya, G. (2006). Desnutrición aguda. Curso Diplomado Avances en la nutrición en el niño. INTA. Universidad de Chile. Santiago.
4. Cbianca, G., Borelli, M., Ciotta, A. y Pantaleón, R. (2016). Factores que influyen en las prácticas alimentarias de los niños menores de 1 año de edad y su relación con el estado nutricional, en la comunidad Chané de Tuyunti, Aguaray, Salta, Argentina. *Antropo* (35): 53-65.
5. Castro, K. (2016). Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S S.J.M 2015 [Tesis de Pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; Lima, Perú.

6. Centro de prensa de la OMS (2017). Alimentación del lactante y del niño pequeño. [Citado el 27 noviembre 2017]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
7. Figueroa O, López A, Vera L. Alimentación del lactante. En: L. Machado de Ponte, I. Izaguirre de Espinoza, R.J. Santiago. Nutrición Pediátrica. Editorial Medica Panamericana, C.A. Caracas 2009, pp. 125-126
8. Galiano, M. y Moreno-Villares, J. (2011). Nuevas tendencias en la introducción de la alimentación complementaria en lactantes. *An Pediatr Contin. España.* Oct; 9(1): 41-7.
9. García M, Dini, E. (2009) Alimentación en el lactante. En: Centro de Atención Nutricional Infantil de Antimano (CANIA), editores. *Nutricion en Pediatria.* Empresas Polar. Caracas. pp 265-293.
10. Hernández, M. (2006) Alimentación complementaria. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría.* Madrid: *Exlibris Ediciones;* 2006. p. 249-56.
11. INEI (2014). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Nacional y Departamental (ENDES). Perú. Disponible en:
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf.

12. Jiménez, C. (2008). Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza 2008 [Tesis de Pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; Lima, Perú.
13. Machado K. (2013) Alimentación Complementaria: Perceptiva y Preventiva. *Gastrohnutp.* [Uruguay]. Vol 5 (2): 36-44.
14. Macías-Tomei, C., Herrera, M., Mariño, M. y Useche, D. (2014) Crecimiento, Nutrición Temprana en el Niño y Riesgo de Obesidad. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 77 (3), 144-153.
15. Márquez, R. (2016). Relación entre la antropometría y el tipo de alimentación del lactante en sus primeros meses de vida. *Nure Investigación*. España. Nov; 14(86): 1-15.
16. Noguera, D., Márquez, J., Campos, I. y Santiago, R. (2013). Alimentación complementaria en niños sanos de 6 a 24 meses. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría*; Vol. 76 (3): 128 – 135.
17. OMS (2003) Special Issue Based on a World Health Organization Expert Consultation on Complementary Feeding. *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 24, no. 1. Disponible en:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/fnb_24-1_who_comp_feeding.pdf?ua=1

- 18.** OPS-OMS. (2003) Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington, DC, pp. 1-38. Disponible en:
http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/nu/Guiding_Principles_CF.htm [Fecha de consulta 16 de enero de 2018].
- 19.** Pantoja-Mendoza, I., Meléndez, G., Guevara-Cruz, M. y Serralde-Zuñiga, A. (2015) Revisión de las Prácticas de Alimentación en Niños Mexicanos. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (2), 552-558.
- 20.** Pardío-López, J. (2012). Alimentación complementaria del niño de seis a 12 meses de edad. *Acta Pediátrica de México* Abr; 33(2): 80-88
- 21.** Paredes, C. (2015). Relación entre características de alimentación complementaria y longitud en lactantes de 6-11 meses de edad de un centro materno infantil – Lima [Tesis Pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; Lima, Perú.
- 22.** Rodríguez, C. (2010). Estado nutricional y orientación nutricional en estudiantes. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 7, 870-902. [Archivo en Pdf.]. [Citado 28 set. 2017]. Disponible en:

http://www.tcasevilla.com/archivos/estado_nutricional_y_orientacion_nutricional_en_estudiantes_de_ballet_ii.pdf

- 23.** Sandoval, Luis, Jiménez, M., Olivares, S. y De la Cruz, Tomas. (2016). Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. Atención Primaria. México. *ELSEVIER*. Feb; 48(9): 572-578. Disponible desde: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
- 24.** Tarqui, C., Alvarez-Dongo, D., Gómez-Guizado, G. y Rosales-Pimentel, S. (2016). Diversidad alimentaria en los niños peruanos de 6 a 35 meses. *An Fac med.* 77(3): 219-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i3.12402>
- 25.** UNICEF (2008) Estado nutricional de niños y niñas menores de cinco años: Encuesta de Niveles de Vida. República de Panamá. Colectivo de autores, ministerio de salud. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/consejos_nutricion_full.pdf.
- 26.** UNICEF. (2016) La desnutrición infantil: “Causas, Consecuencias y Estrategias”. Instituto Nacional de Estadística E informática: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales -Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (España). Disponible en:

https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-ARTICULADO%20NUTRICIONAL.pdf

27. UNICEF (2016). Estado mundial de la infancia. División de Comunicaciones.

[Archivo en Pdf.]. [Citado 15 nov. 2017]. Vol (1): 8 - 39. Disponible en:

https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf

28. Waterloo J. (1996) Malnutrición proteico energética. Washington: OPS/OMS

(Organización Panamericana de la Salud). Publicación científica N° 555.

5. ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUA L DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL, DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	TIPO DE RESPUES TA	VALOR FINAL	ESC ALA DE MED ICIO N	TECNICA/ INSTRUMEN TO
Estado nutricional del lactante de 6 a 2 años de edad	Evaluar el peso, la talla, circunferencia abdominal, en relación a la	Condición del estado nutricional del lactante de 6 a 2 años que se obtendrá con el reporte obtenido del personal	C U	<ul style="list-style-type: none"> • Talla para su edad. • Peso para su edad. 	Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado • Regular • inadecuado 	N O	Entrevista/ encuesta semiestructur ada

<p>Practicas alimenticias durante la</p>	<p>edad y el sexo del lactante, valorándolo en Desnutrido Crónico, Desnutrido Agudo moderado Desnutrido Agudo Severo, Obeso.</p> <p>Conjunto de las prácticas</p>	<p>de salud: nutricionista y médico pediatra</p> <p>Conjunto de prácticas sociales que realiza las madres durante la alimentación al</p>	<p>A</p> <p>L</p> <p>I</p> <p>T</p> <p>A</p> <p>T</p> <p>I</p> <p>V</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peso para su talla. • Índice de masa corporal • Circunferencia abdominal • Signos y síntomas • Diagnóstico. • El niño consume 5 			<p>M</p> <p>I</p> <p>N</p> <p>A</p> <p>L</p>	
--	---	--	---	--	--	--	---	--

<p>alimentación complementaria.</p>	<p>sociales relativas a la alimentación del ser humano. Influenciadas por la cultura, la religión o las tendencias, que evolucionan con el tiempo.</p>	<p>lactante de 6 a 12 meses.</p>	<p>A C U A L I</p>	<p>comidas al día.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada alimentación contiene los nutrientes necesarios. • La cantidad incorporada es la medida necesaria. • Consumo de sopas. 	<p>Politómica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Malas prácticas alimenticias • Buenas practicas alimenticias 	<p>N O M I N</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Lista de chequeo
-------------------------------------	--	----------------------------------	---	--	--------------------------	---	---	--

			T A T I V A	<ul style="list-style-type: none"> • Las comidas son consistentes. • Consumo de frutas. • Consume ensaladas. • Consumo de comida enlatadas. • Consumo de alimentos preparados. 			A L	
--	--	--	--	---	--	--	--------------------------	--

ANEXO 2: CUESTIONARIO

PRESENTACIÓN

Buenos días mi nombre Víctor Guerrero Quijano, interno de medicina humana de la universidad Federico Villarreal, estoy realizando una investigación en coordinación con el Hospital del Niño, a fin de obtener información relacionado a los prácticas sobre la alimentación del niño de 6 meses a 24 meses y su relación con el estado nutricional. Por lo que se le solicita su participación a través de sus respuestas en forma veraz y severa; expresándole que la información es de carácter confidencial, sólo para uso del estudio agradezco anticipadamente su colaboración.

INSTRUCCIONES

A continuación se le presenta una serie de preguntas por lo que se le solicita marcar con un aspa (x) la respuesta que considera correcta y completar la información que se le solicita en los espacios en blanco.

DATOS GENERALES

1. Edad:.....
2. Estado Civil: a. Soltera b. Casada c. Conviviente
3. Lugar de Nacimiento:.....
- 4. Grado de Instrucción:**

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Superior.

DATOS GENERALES EN RELACIÓN AL NIÑO

- 1. Sexo:.....
- 2. Fecha de Nacimiento:.....

DATOS GENERALES:

1.- ¿Su niño ya inicio la alimentación complementaria?

Si

No

2. Si ya inicio la alimentación, a qué edad la inicio:

- a. 4 meses a menos
- b. 5 meses
- c. 6 meses
- d. 7 meses a más
- e. Otros:.....

Al Inicio de la alimentación complementaria cual fue su:

Peso.....

Talla.....

3. Cuáles fueron los alimentos que le dio a su niño cuando inicio su alimentación:

.....

4. Qué tipo de preparado alimenticio le dio cuando inicio la alimentación complementaria.

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| a. Papillas | si <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| b. Sopas | si <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| c. Segundos | si <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| d. Mazamoras | si <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| e. Otros, especifique:..... | | | |

4. La cantidad que le dio a su niño fue:

- a. Una cucharada.
- b. Dos cucharadas
- c. Tres cucharadas
- d. cuatro cucharadas

e. Otros, especifique:.....

5. cuantas veces al día le da estos preparados

a. Papillas (1) (2) (3) (4)

b. Sopas: (1) (2) (3) (4)

c. Segundos: (1) (2) (3) (4)

d. Mazamorras: (1) (2) (3) (4)

e. Otros,

especifique:.....

6. Qué tipo de preparado alimenticio le brinda actualmente.

a. Papillas si no

b. Sopas si no

c. Segundos si no

d. Mazamorras si no

e. Otros, especifique:.....

7. Por lo general la consistencia de sus alimentos para su niño es:

a. Bien Aguado.

b. Aguado

c. Espeso

d. Muy espeso

e. Otros:.....

8. Los alimentos que emplea en la preparación para el desayuno de su niño son:

.....

9. Los alimentos que le da a su niño a media mañana son:

.....

10. Los alimentos que le da a su niño en el almuerzo son:

.....

11. Los alimentos que le da a media tarde a su niño son:

.....

12. Los alimentos que utiliza en la preparación de la cena del niño son:

.....

13. La cantidad de alimentos que le da actualmente a su niño es:

.....

14. ¿A qué edad le dio a su niño de la olla familiar y/o todos los alimentos?

.....

15. Para la alimentación o dar de comer a si niño Ud. lo hace:

a. Con amor, paciencia, voz suave.

b. Apurada porque trabajo

c. Gritando porque se demora

- d. Alzando la voz porque no me hace caso
- e. Renegando porque falta dinero

21. El lugar donde se alimenta su niño es:

- a. En la cocina
- b. En la cama
- c. En el cuarto
- d. En el comedor
- e. Otro:

22. Para que su niño coma sus alimentos Ud. utiliza:

- a. Juguetes
- b. Música
- c. Televisor prendido.
- d. Le habla
- e. Otros:.....

29. Su niño tiene sus propios utensilios para alimentarse (plato, cuchara, taza)

- a. si
- b. no

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><u>Planteamiento del problema</u> En la actualidad las alteraciones nutricionales, como la obesidad y desnutrición han aumentado significativamente y muchos estudios lo relacionan a las formas de alimentación durante el inicio de la alimentación complementaria.</p>	<p align="center"><u>Objetivo general</u></p> <p>Determinar la relación que existe entre las prácticas en la alimentación complementaria y el estado nutricional en lactantes de 6 a 2 años en el hospital del niño</p>	<p align="center"><u>Hipótesis General</u></p> <p>Existe relación significativa entre el estado nutricional y las prácticas alimenticias durante la alimentación complementaria.</p>	<p align="center">Variable Independiente (VI) Estado nutricional</p> <hr/> <p align="center">Variable Dependiente (VD) Prácticas alimenticias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peso para edad - Talla para la edad - Peso para su talla - IMC - Circunferencia abdominal <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Textura y consistencia de los alimentos - Frecuencia de alimentación - Variedad de alimentos - Cantidad de alimentos proporcionados - Calidad: nutrientes requeridos 	<p align="center"><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u></p> <p>tipo cuantitativo, observacional, de asociación cruzada</p> <p>Los lineamientos metodológicos usados fueron los sugeridos por el PCT y la OMS.</p> <p align="center"><u>DISEÑO METODOLÓGICO</u></p>

<p><u>Formulación de problema</u> <u>Problema general</u> ¿Cuál es la relación que existe entre las prácticas alimenticias en la alimentación complementaria y el estado nutricional en lactantes de 6 a 24 meses, en el hospital del niño?</p>	<p><u>Objetivos específicos</u></p> <p>1.- Describir las prácticas alimenticias de las madres en los lactantes durante la alimentación complementaria.</p>	<p><u>Hipótesis Específicas</u></p> <p>1.- Las prácticas alimenticias durante la alimentación complementaria son inadecuadas.</p>	<p>Variable Independiente (VI1) Prácticas alimenticias inadecuadas En la alimentación complementaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alimento sin consistencias - Cantidad inadecuada - Frecuencia de alimentación deficiente - Mala elección de los alimentos - Satisfacción de antojos del niño - Consumo de alimentos con distractores: TV, juegos, etc. - Incorporación de comida chatarra - 	<p>Método descriptivo Correlacional de corte trasversal.</p>
<p>Problemas específicos:</p>	<p>2.- Determinar el estado nutricional de los lactantes de 6 meses a 2 años de edad que tienen alimentación complementaria.</p>	<p>2.- los niños que presentan alteración en el estado nutricional tienen inadecuadas prácticas alimenticias en la alimentación complementaria</p>	<p>Variable Independiente (VI2) Alteraciones nutricionales</p> <hr/> <p>Variable Dependiente (VD2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Obesidad - Sobrepeso - Desnutrición crónica - Desnutrición aguda <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Alimento sin consistencias - Cantidad inadecuada - Frecuencia de alimentación deficiente 	<p><u>POBLACIÓN</u></p> <p>todos los niños (al 100%) que asisten al servicio de pediatría del hospital del niño durante del 2017</p>

			Inadecuadas practicas alimenticias		
	3.- Determinar los conocimientos que tienen las madres sobre la adecuada alimentación complementaria.	3.- el conocimiento adquirido del cuidador sobre alimentación complementaria no se demuestra en la práctica durante la alimentación del lactante.	<p>Variable Independiente (V3) Conocimientos adquiridos</p> <hr/> <p>Variable Dependiente (VD3) Practicas alimenticias demostradas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Como preparar los alimentos - Nutrientes importantes para el niño - Conoce la importancia de 5 comidas al día - Variedades de alimentos - Identifica la cantidad necesaria <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Textura y consistencia de los alimentos - Frecuencia de alimentación - Variedad de alimentos 	

				<ul style="list-style-type: none">- Cantidad de alimentos proporcionados- Calidad: nutrientes requerido	
--	--	--	--	--	--