



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA**

**TESIS DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA
EN NUTRICION Y DIETETICA**

**TEMA:
COMPLICACIONES CLINICAS POR EL INICIO TEMPRANO DE LA
ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN MENORES DE 12 MESES QUE
ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD NUEVO ZAPOTAL, AREA No. 5 DE
VENTANAS, LOS RÍOS, EN EL PERÍODO DE JUNIO A DICIEMBRE DEL
2011.**

**AUTOR:
SORAYDA VIVIANA LEÓN RIVERA**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. FRANCISCO VILLACRÉS FERNÁNDEZ**

**AÑO LECTIVO
2010**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA**

**DR. CESAR NOBOA AQUINO
DECANO DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**DR. FRANCISCO VILLACRES FERNANDEZ
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA**

**DR. FRANCISCO VILLACRES FERNANDEZ
DIRECTOR DE TESIS**

**AB. ISRAEL MALDONADO CONTRERAS
SECRETARIO DE LA FACULTAD**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACION

Presidente

1er Vocal

2da Vocal

**AB. ISRAEL MALDONADO CONTRERAS
SECRETARIO DE LA FACULTAD**

DEDICATORIA

Dejamos constancia de nuestra gratitud a:

Dios, a la virgen Narcisa de Jesús, a nuestro ángeles protectores y a Nuestro Padre y a quienes me apoyaron espiritualmente y económicamente.

Por haberme brindado la oportunidad de demostrar al mundo que con sacrificio y dedicación al estudio, se llega a culminar con éxito una carrera universitaria y ser útil a la sociedad.

SORAYDA VIVIANA LEÓN RIVERA

AGRADECIMIENTO

La autora deja constancia de su agradecimiento a la Universidad Técnica de Babahoyo, la cual nos brindo la oportunidad de realizar nuestros estudios.

Al doctor Francisco Villacrés Fernández:

Tutor de nuestra tesis quien nos orientó para poder estructurar este importante documento de forma extraordinaria.

A las diferentes personas encuestadas y entrevistadas.

A mis familiares por su comprensión y apoyo incondicional para culminar esta etapa de nuestra vida profesional .

SORAYDA VIVIANA LEÓN RIVERA

TEMA:

COMPLICACIONES CLINICAS POR EL INICIO TEMPRANO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN MENORES DE 12 MESES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD NUEVO ZAPOTAL AREA No. 5 DE VENTANAS, LOS RÍOS, EN EL PERÍODO DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2011.

INDICE DE CONTENIDOS

Contenidos	Pág.
INTRODUCCION	10
CAPITULO I.	11
1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO	11
1.1 Contexto Nacional, Regional, Local y/o Institucional	11
1.1.1 Contexto Social	11
1.1.2 Contexto Educativo	13
1.1.3. Contexto Institucional.	14
1.2 Situación actual del objeto de investigación.	16
1.3. Formulación del problema	18
1.3.1. Problema general	18
1.3.2. Problemas derivados.	18
1.4. Delimitación de la investigación.	19
1.5. Objetivos	20
1.5.1. Objetivo general	20
1.5.2. Objetivos específico	20
1.6. Justificación	21
CAPITULO II	23
2. MARCO TEORICO	23
2.1. Alternativas teóricas asumidas	23
2.2. Categorías de análisis teórico conceptual.	25
2.3. Planteamiento de hipótesis.	45
2.3.1. Hipótesis general.	45
2.3.2. Hipótesis específica	45
2.4. Variables.	46
2.5. Operacionalización de las variables.	46

CAPITULO III	49
3. DISEÑO METODOLOGICO.	49
3.1. Tipo de investigación.	49
3.2. Universo y muestra.	50
3.3. Métodos y técnicas de recolección de información	51
3.4. Procedimientos	52
CAPITULO IV	53
4. Análisis y discusión de resultados	53
4.1. Tabulaciones e interpretaciones de datos	53
4.2. Comprobación y discusión de hipótesis	68
4.3. Conclusiones	69
CAPITULO V	70
5. Propuesta alternativa	70
5.1. Título de la propuesta	70
5.2. Presentación	70
5.3. Objetivos	71
5.3.1. Objetivo general	71
5.3.2. Objetivos específicos	71
5.4. Desarrollo de la propuesta	71
5.5. Descripción de los aspectos operativos de la propuesta	73
6. Bibliografía	76
7. Anexos	78

INTRODUCCION

El crecimiento y desarrollo alcanzado durante la vida intrauterina, así como en los 12 primeros meses de vida determinan, en gran medida, la composición corporal y la calidad de vida futura de cada niño.

En los recién nacidos, la introducción de alimentos diferentes de la leche (ablactación) es un proceso clave en su desarrollo y el primer paso para alcanzar la alimentación completa y variada a recibir durante toda su vida. El primer año es el periodo de crecimiento y desarrollo más rápido, pero también donde es más inmaduro y vulnerable. Debe garantizársele una alimentación suficiente y adecuada que satisfaga sus necesidades nutritivas, crear correctos hábitos alimentarios que proporcione una buena salud para evitar enfermedades crónicas y déficit de nutrientes¹.

Sin embargo, la alimentación complementaria debe realizarse cuando el lactante se encuentre apto para recibir alimentos semisólidos, de lo contrario pueden presentarse consecuencias no deseadas, ya que el alimento suministrado no será complemento de la leche materna sino más bien un sustituto parcial e inadecuado.

En este trabajo hacemos referencia al marco teórico que es una investigación científica conceptualizada y sustentada en el trabajo de campo, exponemos el desarrollo de las categorías, la metodología diseñada y ejecutada, así como hipótesis y variables debidamente verificadas. El análisis e interpretación de los resultados nos permite elaborar una propuesta alternativa, con el objetivo de proponer estrategias para lograr métodos fiables de orientación que garanticen una adecuada alimentación complementaria en niños y niñas menores de 12me

¹Organización Mundial de la Salud: Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. 2002.

INTRODUCTION

The growth and development reached during the intra-uterine life, as well as in the first 12 months of life they determine, in great measure, the corporal composition and the quality of each boy's future life.

In the newly born ones, the introduction of foods different from the milk (ablactación) it is a key process in their development and the first step to reach the complete and varied feeding to receive during all their life. The first year is the period of growth and quicker development, but also where it is more immature and more vulnerable. It owes garantizársele an enough and appropriate feeding that satisfies their nutritious necessities, he/she believes correct alimentary habits and provide a good health to avoid chronic illnesses and deficit of nutritious.

However, the complementary feeding should be carried out when the nursling is capable to receive foods semisólidos, otherwise not wanted consequences can be presented, since the given food won't be complement of the maternal milk but rather a partial and inadequate substitute.

In this work we make reference to the theoretical mark that is a conceptualized scientific investigation and sustained in the field work, we expose the development of the categories, the designed methodology and executed, as well as hypothesis and properly verified variables. The analysis and interpretation of the results allows us to elaborate an alternative proposal, with the objective of proposing strategies to achieve reliable methods of orientation that guarantee an appropriate complementary feeding in children and girls smaller than 12 months.

CAPÍTULO I

1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

1.1. CONTEXTO NACIONAL, REGIONAL, LOCAL E INSTITUCIONAL.

1.1.1 Contexto Social.

El Ecuador es un país donde la pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación.

La pobreza absoluta es la experimentada por aquellas personas que no disponen de los alimentos necesarios para mantenerse sanos; las personas que no pueden acceder a una educación o a servicios médicos deben ser considerados en situación de pobreza, aunque dispongan de alimentos. La falta de oportunidades educativas es otra fuente de pobreza, ya que una formación insuficiente conlleva menos oportunidades de empleo.

Gran parte de la pobreza en el mundo se debe a un bajo nivel de desarrollo económico. China e India son ejemplos de países superpoblados en vías de desarrollo en donde, a pesar de la creciente industrialización, la pobreza es notoria. El desempleo generalizado puede crear pobreza incluso en los países más desarrollados.

Entre los principales problemas que aqueja al país, podría decir que son:

Los malos gobiernos, que por la mezquindad y ambición de ser ricos y más ricos, dan como resultado:

- El desempleo.
- La delincuencia.
- La Prostitución.
- Las violaciones.
- Los asaltos.
- Los asesinatos.
- El alcoholismo; y,

- La pobreza.
- Malnutrición
- Alta mortalidad infantil

Todo este sinnúmero de problemas se dan por la manera desigual de distribuir la riqueza; si llegara un poquito de esta riqueza a todos los rincones de la patria, tendríamos una mejor manera de vida.

Así el estado se encuentra comprometido moralmente y esta obligación moral del Estado, es de educar a la población en los temas de salud en especial en los temas ginecológicos, gineco-obstétricos y postnatales. Ofrecer a los ciudadanos la información necesaria y suficiente, evitando uno de los grandes males de nuestro tiempo, la manipulación de la información por parte de los poderes económicos y políticos. El Estado debe establecer los mínimos que la voluntad general de los individuos establezcan por consenso.

La obligación básica del Estado es evitar la injusticia (marginación, discriminación, segregación) y la maleficencia (agresión, violación, mutilación) en la relación entre personas, pero que definir en cada caso los contenidos de la injusticia o maleficencia es labor empírica que tiene que realizar la propia sociedad.

El artículo 32 de la Constitución Política de la República del Ecuador 2008 consagra a la salud como un derecho garantizado por el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. Además, el artículo 358 menciona que “el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el

desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral.....”

1.1.2. Contexto educativo

Los niveles de educación en relación a la relación entre los hábitos alimenticios y los problemas de salud son insuficientes, la comunidad y en especial las madres carecen de información en cuanto al cuidado y nutrición de los recién nacidos y los niños durante su primer año de vida.

Los médicos obstetras en muchas ocasiones no tienen una guía de alimentación para las embarazadas y su bebé, ni tampoco las embarazadas y madres tienen orientación para alimentarse correctamente ellas y su bebé.

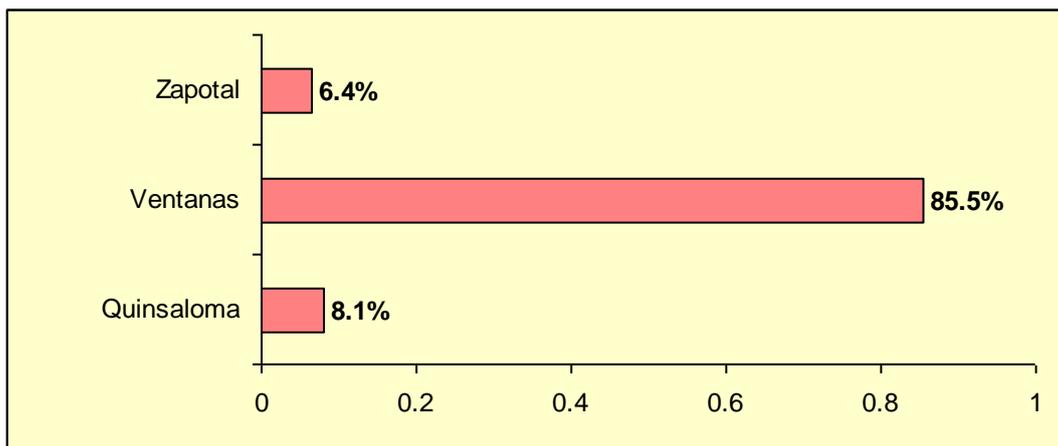
El crecimiento y desarrollo alcanzado por los seres humanos durante la vida dentro del útero, así como en los 12 primeros meses de vida determinan, en gran medida, la composición corporal y la calidad de vida en el futuro de cada niño. Durante esos períodos, el crecimiento es acelerado y el desarrollo neurológico y conductual complejo; para que se lleven a cabo con éxito, se requiere de un buen estado de salud y una nutrición adecuada. Se ha demostrado que el ser humano es vulnerable a la desnutrición en estas etapas. Si la alimentación es deficiente durante un tiempo prolongado, el niño ya no podrá alcanzar un crecimiento normal de su peso, talla y posiblemente del tamaño cerebral, aunque en edades posteriores se corrijan las deficiencias alimentarias. Es por ello, que ofrecer una buena alimentación durante los tres primeros años de la vida y especialmente durante los primeros 12 meses de edad, constituye una medida preventiva prioritaria y un factor indispensable para promover la salud del niño.

Al interior del sistema de salud también existen barreras como: la falta de capacitación del personal para la atención integral y humanizada en los servicios de gineco-obstétricos y Postnatales, en la estrategia educativa y divulgativa, insuficiente infraestructura, material y equipo para la atención.

1.1.3. Contexto Institucional.

El Sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, está ubicado en la parroquia rural Zapotal, en el cantón Ventanas. Provincia de Los Ríos.

Estructura del catastro de Personas Naturales en Ventanas



Fuente: SRI, 2007

Elaborado por: autor de tesis

La principal finalidad de este centro es brindar atención prioritaria primaria a todas las personas que acuden al centro de salud con respeto, amabilidad y con elevado nivel profesional.

Actualmente cuenta con las áreas

- Dirección de Sub-centro de Salud.
- Enfermería.
- Odontología.
- Obstetricia.



1.2.Situación actual objeto de investigación.

Cuando una nueva vida se encuentra en gestación, es necesario tomar conciencia de que los cuidados que deben brindársele comienzan en el mismo momento en el que nos enteramos de ese maravilloso milagro de la naturaleza. No sólo la madre debe asegurarse, conjuntamente con el seguimiento de su médico, de estar haciendo lo adecuado para que ese pequeño brote de vida crezca sano y vigoroso, sino que deben tomarse en cuenta las situaciones previas y posteriores al embarazo y debe existir un compromiso de la pareja como un vínculo unitario responsable de esa nueva vida. Pero no debe olvidarse que el momento de empezar la correcta alimentación de su hijo es varios años antes de que nazca ya que el embarazo y, en especial, el parto, constituyen dos instancias culminantes en la vida de una mujer.

El personal médico encargado de la atención a la embarazada y después a la nueva madre debe atender el cuerpo y el alma, dentro de un contexto real; cumpliendo de ese modo con los preceptos de la atención integral que implican la atención de lo físico, de lo mental y de lo espiritual.

La introducción de alimentos diferentes de la leche materna (ablactación) es un proceso clave en el desarrollo del niño, ya que es el primer paso para alcanzar la alimentación completa y variada que deberá recibir el individuo durante toda su vida. En este periodo deben considerarse además de la edad del bebe, los alimentos consumidos en el hogar, la facilidad de disposición y las condiciones ambientales para prepararlos. Si existe alguna desventaja relacionada con estas condiciones, es preferible retardar la alimentación complementaria hasta que sea absolutamente necesaria por razones nutrimentales y así evitar las complicaciones clínicas derivadas del incumplimiento de los requerimientos anteriores².

²OMS-UNICEF (declaración conjunta): Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. La función especial de los servicios de maternidad. World Health Organization, 1989.

Las madres lactantes necesitan de una correcta orientación, ya sea de forma verbal o mediante material divulgativo que contenga bien detallado todo lo que debe y no debe hacer, y cómo y cuándo comenzar la alimentación complementaria en el recién nacido.

Durante los primeros 12 meses de vida del niño la alimentación cobra un papel importante en la preparación de un cuerpo sano, pues más de cuarenta nutrientes están trabajando en la formación, el desarrollo y el crecimiento del bebé. Evidentemente la deficiencia nutricional es un factor clave en las altas tasas de mortalidad.

En nuestro país, se conjugan el elevado nivel de pobreza con la deficiente divulgación y orientación a las madres sobre cómo y cuándo iniciar la alimentación complementaria del niño³.

En este trabajo se realiza una investigación para determinar las complicaciones clínicas por el inicio temprano de la alimentación complementaria en menores de 12 meses que acuden al sub-centro de salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos y proponer alternativas para ayudar a una correcta orientación profiláctica y nutricional.

³<http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/ecuador.html>

1.3. Formulación del problema.

1.3.1. Problema general.

1.3.1.1. ¿Cuáles son las complicaciones clínicas por el inicio temprano de la alimentación complementaria en menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, en el periodo de junio diciembre del 2011?

1.3.2. Problemas derivados.

1.3.2.1. ¿Cuáles son los alimentos que ingieren como parte de su alimentación complementaria los menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos?

1.3.2.2. ¿Son los adecuados los alimentos que ingieren como parte de su alimentación complementaria los menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos?

1.3.2.3. ¿De qué manera podemos contribuir a que las madres de los menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, tengan una correcta información y orientación sobre la alimentación complementaria de sus hijos?

1.4.DELIMITACION DE LA INVESTIGACION.

1.4.1. Temporal

Junio a diciembre – 2011

1.4.2. Espacial.

Institución: Sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas,

Ubicación: Parroquia: Zapotal

Cantón: Ventanas

Provincia: de Los Ríos

País: Ecuador

1.4.3. Unidades de observación:

Menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, en el periodo de junio diciembre de 2011.

1.5.OBJETIVOS.

1.5.1. Objetivo General.

- 1.5.1.1. Conocer las complicaciones clínicas por el inicio temprano de la alimentación complementaria en menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, en el periodo de junio diciembre de 2011.

1.5.2. Objetivos Específicos.

- 1.5.2.1. Conocer los alimentos que ingieren como parte de su alimentación complementaria los menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos.
- 1.5.2.2. Determinar si los alimentos que ingieren como parte de su alimentación complementaria los menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, son los adecuados.
- 1.5.2.3. Contribuir a que las madres de los menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, tengan una correcta información y orientación sobre la alimentación complementaria de sus hijos.

1.6. Justificación.

Numerosas investigaciones demuestran que existen periodos de riesgo o vulnerabilidad para la afectación del crecimiento de un niño por causas nutricionales. Este periodo abarca desde el nacimiento del niño hasta los dos años y tiene su etapa crítica cuando comienza la alimentación complementaria a la lactancia materna, lo cual implica riesgos pues se debe tener en cuenta, la cantidad, calidad, composición y disponibilidad de nutrientes de esos alimentos complementarios.

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria debe ser después de los 6 meses de edad, que es cuando se deben cubrir requerimientos nutricionales ya que en esta etapa se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones renales, digestivas y neurológicas y debe aportar los macro y micronutrientes adicionales a la lactancia.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, independientemente que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años. La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. El Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría coincide en sus recomendaciones con OMS y UNICEF.

Las mismas fuentes aconsejan que no es indispensable guardar una secuencia específica en el orden de la introducción de los alimentos complementarios, pero sí es fundamental que el niño los ingiera con la preparación e higiene adecuadas, siempre bajo la recomendación y orientación del especialista.

Está demostrado que los lactantes menores de cuatro meses de edad, no se encuentran aptos para recibir alimentos semisólidos, ni éstos son necesarios

cuando son alimentados al pecho materno o reciben una fórmula láctea especialmente diseñada.

La inmadurez neuromuscular puede ser un factor asociado a problemas de la deglución. Los lactantes que reciben alimentación complementaria antes del tercer mes pueden presentar accesos de tos al momento de ser alimentados y en ocasiones dificultades respiratorias. El lactante menor de cuatro meses es incapaz de expresar cuando ha saciado su hambre, lo cual puede conducir a que sea sobrealimentado por su madre. Además, está demostrado que la introducción de alimentos diferentes de la leche humana, disminuye la frecuencia e intensidad de la succión y como consecuencia de la producción láctea. Bajo estas circunstancias el alimento no será complemento de la leche materna sino más bien un sustituto parcial e inadecuado, cuyo valor nutricional será menor que el de la leche materna, lo que pondrá al niño en desventaja.

El personal médico debe conocer y utilizar con rigor la tecnología, y todas las herramientas y estrategias para orientar a una correcta nutrición, lactancia y comienzo de la alimentación complementaria a la madre de niños recién nacidos para garantizar una descendencia sana y fuerte.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO.

2.1. Alternativas teóricas asumidas.

En muchos países del mundo los médicos no ofrecen obstetras no tienen una guía de alimentación para las embarazadas y su bebé, ni tampoco las embarazadas tienen orientación para alimentarse correctamente ellas y su descendencia.

El crecimiento y desarrollo alcanzado por los seres humanos durante los 12 primeros meses de vida determinan, en gran medida, la composición corporal y la calidad de vida en el futuro de cada niño. Durante esos períodos, el crecimiento es acelerado y el desarrollo neurológico y conductual complejo; para que se lleven a cabo con éxito, se requiere de un buen estado de salud y una nutrición adecuada. De hecho, se ha demostrado que el ser humano es vulnerable a la desnutrición en estas etapas. Si la alimentación es deficiente durante un tiempo prolongado, el niño ya no podrá alcanzar un crecimiento normal de su peso, talla y posiblemente del tamaño cerebral, aunque en edades posteriores se corrijan las deficiencias alimentarias.

Ofrecer una buena alimentación durante los tres primeros años de la vida y especialmente durante los primeros 12 meses de edad, constituye una medida preventiva prioritaria y un factor indispensable para promover la salud del niño. La alimentación adecuada, además de cumplir con su función nutritiva específica, permite al lactante vivir la experiencia de la succión, la percepción de sabores, calor, con tacto, satisfacción de hambre, etc. Estos estímulos también son elementos que contribuyen a que el recién nacido crezca y se desarrolle para convertirse en un niño capaz de expresar al máximo sus potencialidades.

La introducción de alimentos diferentes de la leche (ablactación) es un proceso clave en el desarrollo del niño, ya que es el primer paso para alcanzar la alimentación completa y variada que deberá recibir el individuo durante toda su vida.

Los nutrientes que componen la leche materna, serán suficientes para cubrir los requerimientos del lactante en energía, proteínas, vitaminas y minerales hasta un periodo determinado que abarca alrededor de los 3 a 4 meses de nacido. La evolución del crecimiento del lactante, su estado de salud y la curva ponderal nos darán el criterio fundamental para contestar esa pregunta. Si estos parámetros transcurren en los límites de normalidad podemos deducir que la alimentación es adecuada y suficiente. Sin embargo en algunos países subdesarrollados, se observa con frecuencia un deterioro en la salud y en la ganancia de peso a partir de los tres meses de edad en lactantes alimentados exclusivamente al pecho materno. Es posible que a partir de esta edad, en madres desnutridas, la producción láctea ya no sea suficiente para cubrir las necesidades de su hijo.

Durante ese período de crecimiento tan acelerado, las necesidades de nutrimentos aumentan rápidamente. Al mismo tiempo, la secreción láctea de la madre, aún en su momento óptimo, no supera los 700-800 mL/día. En los tres o cuatro meses de edad, esta cantidad alcanza para cubrir las necesidades energéticas del niño. Pero a medida que el lactante aumenta de peso, incrementa su actividad y duerme menos, entonces el volumen total de leche materna puede ser insuficiente para mantener un ritmo de crecimiento óptimo. Si en ese momento no se incorporan a la dieta fuentes de energía, el niño corre el riesgo de recurrir a sus tejidos de reserva para satisfacer sus necesidades. Es posible, en ese caso, que la curva de crecimiento normal hasta entonces, se detenga o incluso descienda.

Ahora bien, el inicio de la alimentación complementaria inadecuada, bien sea por comenzarla temprano o por no seguir una guía médica nutricional, pueden

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

Es importante además, considerar los alimentos consumidos en el hogar, la facilidad de disposición y las condiciones ambientales para prepararlos. Si existe alguna desventaja relacionada con estas condiciones, es preferible retardar la alimentación complementaria hasta que sea absolutamente necesaria por razones nutrimentales.

Existen suficientes evidencias clínicas, epidemiológicas y en animales de experimentación, que fundamentan los inconvenientes y riesgos de la una alimentación temprana e inadecuada.

Estos riesgos generalmente son imperceptibles a los padres y aún a los médicos que supervisan el crecimiento y desarrollo del niño.

2.2. Categorías de análisis teórico conceptual.

2.2.1 Ablactación o Destete.

Es un término que se utiliza para referirse al momento de la introducción de alimentos diferentes de la leche materna y, agregamos, de un sucedáneo de la leche materna, a la dieta del niño. Se recomienda usar el término Introducción de alimentos.

2.2.2 Introducción de alimentos.

Es la incorporación a la dieta del niño de alimentos distintos a la leche materna. La introducción de estos alimentos debe hacerse en forma gradual y progresiva a partir del cuarto mes de vida del niño. Lo anterior no significa la interrupción de la lactancia, sino que será complemento en la alimentación. No es

indispensable guardar una secuencia específica en el orden de la introducción, pero sí es fundamental dar al niño los alimentos con la preparación e higiene adecuadas.

2.2.3 Alimentación complementaria.

Término usado en Pediatría para referirse a la alimentación ofrecida al lactante, además de la leche materna u otras fórmulas utilizadas para su alimentación una vez que se ha establecido la introducción de alimentos.

2.2.4 Alimentación

La alimentación comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos, fenómenos muy relacionados con el medio sociocultural y económico (medio ambiente) y determinan al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y estilos de vida

2.2.5 Alimentación correcta

Es aquella dieta que cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar y alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades⁴.

2.2.6 Función digestiva en el lactante

La digestión de los alimentos es efectuada en el aparato digestivo por enzimas que son responsables de degradarlos y permitir su absorción. Estas enzimas se desarrollan durante la etapa intrauterina y en los primeros meses de vida. Todo niño de término y sano nace con la capacidad de hidrolizar los hidratos de carbono de la leche. En consecuencia, sus funciones de digestión, absorción y excreción se realizan sin dificultad. En cambio, las enzimas necesarias para la

⁴Fomon SJ. Nutrición del lactante. Mosby 1995.

digestión de hidratos de carbono más complejos (almidones), aún no están presentes en el momento del nacimiento. Su actividad comienza a ser importante al rededor de los cuatro meses de vida extrauterina. De acuerdo con estas consideraciones, la introducción de cereales en la dieta no sería recomendable antes del cuarto mes de vida, como tampoco la de otros alimentos que contengan hidratos de carbono más complejos que los disacáridos.

En cuanto a los lípidos, se observa que su absorción es deficiente durante los primeros meses de la vida. Aparentemente, la concentración de enzimas responsables de la digestión de las grasas en el recién nacido es ligeramente menor a la de épocas posteriores. Sin embargo, las sales biliares no se sintetizan en cantidad suficiente, y en forma madura, antes de los seis meses de edad. Por lo tanto, es inconveniente incluir en la dieta alimentos no lácteos que contengan lípidos de difícil absorción para el lactante.

2.2.7 La absorción de proteínas y el hierro

En cuanto a las proteínas, las enzimas responsables de su hidrólisis están presentes desde el nacimiento, incluso en los niños prematuros. No obstante, la inmadurez digestiva del recién nacido se expresa a otro nivel: la pared intestinal es excesivamente permeable y proteínas completas con pequeño peso molecular pueden pasar al torrente circulatorio. Estas moléculas son capaces de originar reacciones alérgicas a determinados alimentos, siendo las más frecuentes aquellas que se presentan con la albúmina de la leche de vaca y en la clara del huevo. Esta permeabilidad exagerada persiste hasta los seis meses de edad; incluso por la misma razón, no se recomienda introducir cítricos antes de esa edad para disminuir el riesgo de sensibilidad frente a estos alimentos, especialmente en lactantes con antecedentes familiares.

El hierro es otro nutrimento que debemos considerar durante la etapa del lactante. Durante la vida intrauterina, la madre provee de hierro al feto a través de la placenta. Al nacer, se suspende este suministro y el recién nacido recibe

leche como único alimento. La concentración de hierro en la leche humana es de alrededor de 0.5 mg/L. Si se calcula que un lactante adquiere esta cantidad de la leche materna y se absorbiera 50% del hierro presente en esta secreción humana, sólo dispondría de 0.25 mg/día. Esta cantidad es bastante menor que el requerimiento estimado para el hierro absorbido de 0.6 a 0.7 mg/día. Así sería necesaria la suplementación con hierro a partir del cuarto mes de edad para cubrir las demandas del crecimiento y desarrollo.

2.2.8 Importancia de la vitamina D

La leche materna cubre los requerimientos de vitamina A y C del lactante. La vitamina D requiere consideración. Esta vitamina es necesaria para la absorción de calcio a nivel intestinal y éste a su vez es indispensable para el crecimiento y la mineralización del esqueleto. Normalmente la vitamina D se forma a partir del efecto de la luz sobre la provitamina D, precursora de la hormona activa, 1,25 (OH)² cole calciferol. En regiones muy frías, donde la luz es escasa y los lactantes están muy cubiertos por la ropa, puede producirse un déficit de vitamina D que se traduce en una absorción escasa de calcio y falta de la mineralización ósea, lo cual podría conducir a raquitismo. Sin embargo, en los últimos años, se han de mostrado pocos casos de esta enfermedad, aún en países con climas fríos y, aunque se recomienda la suplementación con vitamina D en el lactante, cada vez hay menor convencimiento de su uso.

En resumen, desde el punto de vista biológico y nutricional, la edad necesaria y óptima para la introducción de otros alimentos (ablactación), se ubica, aparentemente, alrededor de los seis meses de edad. En ese momento la madre ya no produciría la cantidad necesaria de leche para cubrir los requerimientos de energía de su hijo y el aparato digestivo del niño ya habría adquirido la capacidad de digerir y absorber alimentos diferentes de la leche. Además, coincide con el período en que se agotan los depósitos de hierro.

2.2.9 Maduración neuromuscular

Desde esta perspectiva, es conveniente señalar, que el niño va adquiriendo una serie de habilidades o destrezas que favorecen la introducción de alimentos (ablactación). A partir de los tres meses, es capaz de sostener la cabeza cuando se le coloca en posición semisentada. La coordinación entre los músculos de los labios y las mandíbulas mejoran; esto favorece la movilización del alimento semisólido dentro de la boca y aumenta la capacidad de sensaciones de temperatura, sabor y consistencia. El reflejo de extrusión, que desaparece a los cuatro meses, consiste en que el lactante empuja hacia afuera todo alimento semisólido colocado en la parte anterior a la lengua. La desaparición de este reflejo ayuda a que la papilla sea llevada hacia la parte posterior de la boca sin dificultad. Otra capacidad importante que adquiere el niño a los cinco o seis meses es la de expresar su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia adelante. Contrariamente, cuando se encuentra satisfecho, puede demostrar su desinterés por el alimento impulsándose hacia atrás y volteando a un lado la cabeza. De este modo, el niño participa activamente en la nueva experiencia de la alimentación y no ingiere en forma indiscriminada los alimentos que se le introducen a la boca. En resumen, desde el punto de vista del desarrollo neuromotor del lactante, la edad óptima para iniciar la introducción de alimentos (ablactación) parecería situarse entre los cuatro y seis meses de edad.

2.2.10 Cómo iniciamos la introducción de alimentos

Los cereales adicionados con hierro serían los más recomendables para iniciar al lactante en la ingestión de semisólidos. Este alimento reúne ciertas características que lo hacen conveniente: aporta energía y hierro que, según lo expuesto, son los nutrimentos que requiere el niño alimentado al pecho para mantener su curva de crecimiento. Su consistencia, una vez mezclado con leche es lo suficientemente suave para que sea deglutido sin dificultad.

Su sabor es generalmente aceptado. Si se inicia hacia los cinco o seis meses de edad, el aparato digestivo del lactante está maduro para digerirlos y absorberlos sin dificultad. Sólo es conveniente evitar la introducción de trigo antes de los seis meses por su característica potencialmente alergénica (gliadina). Si no se cuenta con cereal adicional del nutrimento o si se considera que son excesivamente caros para la economía familiar, puede iniciarse con frutas como plátano, pera o manzana. O bien, a partir de los seis meses de edad podrían introducirse las verduras como zanahoria, papa, calabacita, chayote, espinacas, acelgas, brócoli, etc., y poco más adelante leguminosas como frijol, lenteja, garbanzo, habas, chícharo, molidas y coladas.

Al principio se ofrece una cantidad pequeña, acaso, dos o tres cucharadas de alimento. Si el niño manifiesta el deseo de más alimento puede incrementarse progresivamente la cantidad. Por el contrario, si el niño no termina con agrado todo el alimento que se preparó, no debe forzarse. El uso de cuchara, las nuevas consistencias y sabores requieren de tiempo y habituación.

2.2.11 Cómo dar de comer

Cuando se introducen alimentos semisólidos a un lactante que aún no es capaz de mantenerse sentado, es recomendable que la madre se siente frente a una mesa donde haya colocado el plato con el alimento y la cuchara, siente a su hijo sobre sus piernas y le permita recargarse contra su brazo izquierdo. Con la cuchara en la mano derecha puede golpear el borde del plato para llamar la atención de su hijo con este sonido.

La cuchara, ya cargada con el alimento, se acerca a la boca del niño a una altura que pueda seguirla con los ojos. Se introduce el alimento suavemente, sin forzar al niño para que abra la boca. Se espera a que trague perfectamente y se inicia una nueva cucharada o se interrumpe si el niño muestra resistencia a continuar alimentándose.

Esta nueva experiencia es vivida por el niño en estrecho contacto físico con su madre y en una forma compleja en que se integran estímulos afectivos, táctiles,

sonoros, visuales y gustativos. Hacia los siete u ocho meses, el niño intenta tomar los alimentos con su mano, y también con la cuchara. Esta iniciativa representa el inicio de la autonomía en la alimentación y es conveniente respetar y estimular esos intentos. A esta edad, puede ofrecérsele los líquidos en vaso o taza y permitirle que los tome él mismo, aunque derrame gran parte del contenido. De este modo, alrededor del año de edad el niño es capaz de alimentarse adecuadamente por sí solo.

2.2.12 Esquema de introducción de alimentos

Durante las primeras semanas de alimentación complementaria se recomiendan los cereales y las frutas (entre los cuatro y seis meses de edad) ricos en hidratos de carbono. A partir de los seis meses de edad se podrían incluir los jugos de frutas; sin embargo, estos alimentos son potencialmente alergénicos, con una osmolaridad muy elevada y una calidad nutricia que no sustituye a la leche por lo que algunos autores recomiendan su inicio hasta el año de edad. En todo caso se recomiendan los jugos de naranja y lima natural en cantidad de preferencia no mayor de 4 onzas al día, las verduras y en forma progresiva las leguminosas; estos alimentos con tienen una buena cantidad de energía, proteínas, vitaminas y minerales. A partir de los siete u ocho meses podrían incluirse las carnes magras (pollo, res cocida sin grasa, ternera, pescado), alimentos muy ricos en proteínas de buena calidad, vitaminas del complejo B y hierro altamente biodisponible.⁴⁹ Estos mismos alimentos podrán darse pica dos alrededor de los diez meses o cuando el lactante tenga mínimo ocho dientes. Se dejan para los dos últimos meses del primer año de vida la yema de huevo. Otros alimentos potencialmente alergénicos es preferible iniciarlos hasta que cumpla el primer año de vida (huevo completo, piña, durazno, fresa, etc.).

2.2.13 Algunas recomendaciones en el esquema de introducción de alimentos

- 1.** Siempre debe introducirse un solo alimento por vez y no una mezcla de ellos. Esto permite valorar su aceptación y tolerancia.
- 2.** Es recomendable que los alimentos sean preparados en el hogar cuando sea posible y evitar los productos industrializados para lactantes. Estos últimos son más costosos en relación a los preparados en casa y su sabor y consistencia son homogéneos, lo que no contribuye en el lactante al reconocimiento de sabores, colores y consistencias. No obstante, vale la pena mencionar que en circunstancias especiales (madre que trabaja fuera del hogar, viajes u otros) pueden emplearse productos comerciales sin perjuicio para el niño. Su empleo rutinario no es recomendable especialmente en niveles socioeconómicos bajos.
- 3.** No deben emplearse alimentos enlatados por su alto contenido de sodio y con frecuencia de plomo.
- 4.** No se recomiendan las frutas en almíbar o excesiva mente dulces por sus efectos osmolares y contraproducentes a los hábitos de alimentación.
- 5.** En los alimentos preparados en el hogar solo utilizar la sal indispensable para mejorar su sabor.
- 6.** En lactantes bien nutridos no ofrecer mezclas de alimentos en la leche del biberón.
- 7.** Cuando existan antecedentes de atopia familiar, aplazar la introducción de cítricos y el huevo hasta el año de edad.
- 8.** La cantidad de cada alimento ofrecido al niño se incrementa lentamente: desde una cucharada hasta cuatro a ocho cucharadas cafeteras por ración.

9. La leche es el alimento principal durante los primeros 12 meses de la vida, mientras que la alimentación complementaria nos ayuda a integrarlo en forma progresiva a la dieta familiar. Por la mañana puede ofrecerse cereal, fruta, jugos, yema de huevo, etc.; a mediodía carne, verduras, leguminosas y cereales; en la merienda puede repetirse fruta, cereal, yogurt, ge latina, etc. En lactantes menores de ocho meses o con peso bajo debe insistirse en que la leche sea proporcionada antes que el resto de los alimentos.

De este modo, al llegar al año de vida, la alimentación del lactante ya es completa y cubre todos los requerimientos. Si bien su necesidad de leche es menor a esta edad, es recomendable mantenerla como parte importante de su dieta hasta los 36 meses de edad. Otros alimentos que conviene evitar antes de esa edad son: los mariscos, condimentos, chile, etc. por la frecuencia de intolerancia y reacciones adversas.

2.2.14 Cómo iniciar el destete

El destete representa una etapa clave en el crecimiento y desarrollo del niño por su repercusión nutricional, psicológica y social. No sólo es un período fundamental para el hijo, sino también para la madre. En la decisión del destete intervienen factores biológicos, socioculturales y psicológicos. Desde el punto de vista nutricional puede afirmarse que la leche materna es la mejor fuente de nutrientes durante los primeros seis meses de vida. A partir de ese momento, continúa siendo una parte fundamental de la dieta ya complementada con la introducción de otros alimentos. En la medida en que la nutrición del niño se apoya cada vez más en alimentos diferentes de la leche, puede llevarse a cabo el destete sin poner en riesgo el adecuado crecimiento y desarrollo del lactante. Por lo tanto, desde una perspectiva biológica, puede recomendarse el sexto mes de vida para iniciar el destete, aclarando que no hay razón de peso para retardarlo a edades más avanzadas.

2.2.15 El comienzo de la independencia

Es frecuente observar, durante el período del destete, que el lactante muerde el pecho o pega a su madre. Pueden notarse también síntomas de depresión o rechazo al alimento. Todos estos sentimientos, si bien no agradables, se presentan inevitablemente cuando se pasa de una etapa a otra de la vida y siempre se sufre la pérdida de la anterior aunque la nueva implique crecimiento y avance. Probablemente, mantener la lactancia durante un tiempo muy prolongado puede generar una dependencia del niño hacia su madre que interfiera con el desarrollo de su nueva capacidad. Para que este proceso transcurra del mejor modo posible, es importante que sea paulatino, se acompañe de claras reafirmaciones del afecto y que se escoja una edad conveniente para iniciarlo. Hacia los ocho o nueve meses de edad, el lactante explora intermitentemente el mundo que lo rodea mediante el gateo y la manipulación de todos los objetos a su alcance. Al mismo tiempo, inicia ciertos juegos muy característicos (escondarse y aparecer, arrojar objetos al suelo y observar su caída, tapar y destapar sus ojos, etc.) que le permite verificar que las personas y las cosas puede desaparecer momentáneamente, pero luego reaparecen, y que él es un ser diferente de los demás y del mundo que lo rodea. Además, y no menos importante, a esta edad el niño ya está acostumbrado a recibir alimentos sólidos. Como ya tiene varios dientes los puede comer picados e incluso lo hace por sí mismo. Esta observación, apoya la postura de que esta es una edad favorable para iniciar el destete ya que el niño, en su desarrollo normal, se encuentra preparado para aceptar pérdidas e interesado en las nuevas experiencias que le ofrece el mundo que lo rodea.

Para empezar el destete es conveniente reemplazar una de las tomas cotidianas, escogiendo la hora que represente menor dificultad. En general, será una de las del día y no la previa al sueño de la noche. Si el niño lo acepta puede sustituirse la tetada por el biberón. Sin embargo, es más recomendable reemplazarla por una alimentación con sólidos y la toma de líquidos en taza. Si durante varios días se elimina una sola toma, la madre no resiente las molestias del llenado excesivo de los pechos y el niño no sufre en cambios

bruscos en su rutina. Cuando esta toma ha sido reemplazada adecuadamente, puede suspenderse otra, siguiendo los mismos lineamientos. Así, seguirán progresivamente todas las tetadas.

En la mayoría de los casos, si la lactancia fue satisfactoria, el destete oportuno y la introducción de alimento sólidos es un hecho establecido en la rutina del lactante, la separación del pecho se completa exitosamente en el período de uno o dos meses, siempre y cuando también se haya acompañado al niño en este proceso, tolerándose sin ansiedad sus manifestaciones normales de depresión y agresividad⁵.

De esta manera, el niño habrá recorrido buena parte del camino de su desarrollo psicológico y, lejos de resentirse por la pérdida de experiencias gratificantes, se apoyará en ellas como en una base sólida para enfrentarse a las nuevas vivencias que acompañarán su crecimiento.

2.2.16 Riesgos de la alimentación complementaria temprana

Se ha reconocido que los lactantes menores de cuatro meses de edad, no se encuentran aptos para recibir alimentos semisólidos, ni éstos son necesarios cuando son alimentados al pecho materno o reciben una fórmula láctea especialmente diseñada.

La inmadurez neuromuscular puede ser un factor asociado a problemas de la deglución. Los lactantes que reciben alimentación complementaria antes del tercer mes pueden presentar accesos de tos al momento de ser alimentados y en ocasiones se observan signos de dificultad respiratoria como sucede cuando una pequeña fracción de papilla deglutida alcanza la glotis del niño. Otro problema radica en que el lactante menor de cuatro meses es incapaz de

⁵División de la Salud y Desarrollo del Niño: Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998.

expresar cuando ha saciado su hambre, lo cual puede conducir a que sea sobrealimentado por su madre.

2.2.17 Riesgos a corto plazo

Un hecho demostrado es que la introducción de alimentos diferentes de la leche humana, disminuye la frecuencia e intensidad de la succión y como consecuencia de la producción láctea. En estas circunstancias el alimento suministrado no será complemento de la leche materna sino más bien un sustituto parcial e inadecuado. En la mayoría de los casos el valor nutricional del alimento complementario será menor que el de la leche materna, y por lo tanto, el niño se encontrará en desventaja. Otro riesgo a corto plazo está relacionado con la carga renal de solutos. El lactante durante los primeros meses de edad manifiesta cierta inmadurez renal lo cual le impide concentrar con la misma eficiencia de niños mayores o del adulto. En esta situación, la introducción de alimentos con exceso de solutos aunado a eventuales pérdidas extra-renales de agua, como sucede en la diarrea, puede ocasionar una deshidratación hipertónica con consecuencias graves en el sistema nervioso central.

Parece existir un mayor riesgo de caries dental con la introducción de jugos o aguas endulzadas a temprana edad, sobre todo cuando estos alimentos son suministrados con biberón y mamila. Cuando existe una exposición prolongada de los dientes a líquidos que contengan hidratos de carbono, se desarrolla un patrón característico de destrucción dentaria (caries con predilección de incisivos superiores y caninos). A este fenómeno se le ha llamado "caries del biberón".

Desgraciadamente, con frecuencia los jugos y otros líquidos endulzados son administrados con mamila y usados como "tranquilizador" del bebé, especialmente durante las horas del sueño. En general, como fue mencionado antes no se recomienda introducir los jugos antes de los seis meses y en tal caso es preferible que se haga con taza y cuchara. Cabe señalar sin embargo,

que en un estudio publicado recientemente no fue posible comprobar una relación directa entre la ingestión de jugo en biberón y la presencia de caries.

Otro riesgo importante a corto plazo es el síndrome diarreico agudo. Se observa sobre todo en sectores marginados de países subdesarrollados, donde viven en condiciones insalubres, y la preparación de los alimentos se lleva a cabo sin higiene y con un elevado índice de contaminación. Así, cuando se ofrecen en forma temprana otros alimentos a lactantes alimentados con leche materna, puede propiciarse una mayor incidencia de procesos diarreicos agudos y repetidos con la consecuente desnutrición y desaceleración del crecimiento del niño.

2.2.18 Riesgos a largo plazo

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

- **Obesidad**

Un aspecto importante es la relación entre prácticas de alimentación y sobrepeso en la infancia y subsecuente obesidad en el adulto. Aun cuando no se han realizado estudios prospectivos a largo plazo, estudios retrospectivos y prospectivos a corto plazo, tienden a sostener esta hipótesis. A manera de ejemplo, es sabido que tanto la desnutrición como la sobrealimentación en la infancia pueden conducir a una obesidad tardía. En la obesidad existe un mayor riesgo de enfermedad cardíaca e hipercolesterolemia, por lo cual, es lógico considerarla como una consecuencia negativa de una alimentación temprana inadecuada.

Algunos estudios han mostrado buena correlación entre peso ganado durante la infancia y sobrepeso en la vida adulta. Recientemente se demostró, que mientras los niños alimentados al pecho materno o con fórmula artificial mantuvieron la misma ganancia de peso durante los primeros tres meses de edad, a los 12 meses, los niños y las niñas alimentados con fórmula tuvieron una ganancia mayor (410 g y 750 g respectivamente) que los niños alimentados con leche humana.

En ratones la sobrealimentación y el destete temprano parecen tener un efecto negativo en la vida tardía. Por ejemplo, esta conducta puede resultar en un número mayor de adipocitos. Asimismo, es posible que los seres humanos no estén exentos de los efectos de los cambios de alimentación temprana. Se ha especulado que la falta de lactancia materna en el neonato, puede tener efectos deletéreos en la vida posterior.

En particular, *Poskitt* cree que los niños que están genéticamente predispuestos a la obesidad, son los que podrán ser obesos en la adultez si el ambiente es propicio para ello. Sin embargo, los niveles de colesterol en niños no parecen estar asociados con el método de alimentación, ya sea, si han sido sobrealimentados en calorías, leche materna o con fórmulas lácteas.

- **Hipertensión**

La preocupación actual de que la hipertensión del adulto pudiera iniciarse con la experiencia de la alimentación temprana, tiene su origen en la década de los sesenta.

En aquella época el alejamiento de la lactancia materna condujo a un desarrollo paralelo de la tecnología productora de fórmulas lácteas derivadas de la leche de vaca. Además, los alimentos procesados para lactantes se hicieron populares hace 40 años y fueron introducidos en edades cada vez más tempranas al final de la década de los cincuenta.

Por ese tiempo la incidencia de morbilidad cardiovascular en países desarrollados fue sometida a un exhaustivo escrutinio, reconociéndose, mediante estudios epidemiológicos, que el exceso en la ingesta de sal tenía un posible rol etiológico en la hipertensión arterial. En la actualidad, alrededor de 20% de la población de países industrializados del Occidente, tienen el riesgo de presentar hipertensión. Sin embargo, algunos estudios no han corroborado esta hipótesis.

La relación entre la sal, como factor etiológico de morbilidad cardiovascular, y el posible riesgo de los lactantes con ingesta excesiva de sodio en etapas tempranas de la vida fue planteada inicialmente por Dahl y colaboradores en 1963 en estudios con animales de experimentación.

Sin embargo, aún no existen datos fidedignos de que la elevada ingesta de sodio en etapas tempranas de la vida tengan las mismas consecuencias en adultos humanos como se ha demostrado en animales. Se ha sugerido que el "gusto" por la sal puede quedar establecido con la introducción de alimentos diferentes a la leche materna. Y así, el mantenimiento de este hábito pudiera tener un efecto acumulativo que resulte en afectación de la salud años más tarde.

Con base en estos hallazgos, en 1970, la *Food and Drug Administration* y la Academia Nacional de Ciencias en Estados Unidos sugirieron que el nivel máximo de sal adicionado a los alimentos infantiles fuera de 0.25%. Desde entonces, se logró el apoyo de las empresas comerciales y en 1977 acordaron no adicionar un solo miligramo de sal en estos productos procesados.

En México, Vega Franco y colaboradores demostraron en 1988, que no se había disminuido y menos aún desaparecido la sal de los productos infantiles industrializados. Por ejemplo, los colados de verduras, las sopas y las comidas con carne suministraban una cantidad excesiva, entre 300 y 700 mg de cloruro de sodio por cada 100 g de alimento infantil. Esta situación ha cambiado recientemente.

La ingesta de sodio en la dieta del bebé depende principalmente del tipo de leche administrado y de la alimentación transicional utilizada durante el destete. Por las 13 semanas de edad, los bebés que recibieron alimentos sólidos desde las tres semanas de vida tuvieron una ingesta de sodio dos veces mayor que los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria entre las cinco y siete semanas y tres veces mayor que aquellos que la iniciaron a los dos meses de edad. También se ha demostrado, que los bebés que reciben alimentos preparados en casa, ingieren una cantidad de sodio superior a la recomendación nutrimental.

Sin embargo, a pesar de los múltiples estudios realizados hasta la actualidad y con resultados orientados al posible rol etiológico de la sal en la hipertensión arterial, permanece aún sin comprobación la hipótesis de que la ingestión excesiva de sodio durante la lactancia sea aún factor de riesgo de hipertensión a largo plazo.

- **Arteriosclerosis**

No se ha establecido aún si existe relación entre prácticas de alimentación y la presencia de arteriosclerosis o enfermedad isquémica 30 años más tarde. Los lactantes que presentan niveles de lípidos en las centilas superiores tienden a mantenerlos dos años más tarde. Por ello, parece razonable promover desde etapas tempranas de la vida, el consumo de productos derivados del mar (ricos en el ácido graso poli-insaturado alfa-linolénico, cuyo papel en la prevención de arteriosclerosis y enfermedad isquémica es cada vez más claro). Además, evitar que la alimentación complementaria contenga exceso de grasas saturadas y proteínas, cuyos efectos indeseables en la vida adulta, ya han sido documentados.

2.2.19 Alergia alimentaria

Antes de considerar el fenómeno de la alergia alimentaria es conveniente definir algunos conceptos.

Reacción adversa. Es cualquier reacción inespecífica que sigue a la ingestión de un alimento o aditivo. Además, existen causas no inmunológicas responsables de reacciones adversas a los alimentos: psicológicas, conductuales, deficiencias de enzimas intestinales, microorganismos o parásitos, toxinas, agentes farmacológicos y otros contaminantes.

La leche materna protege a los lactantes de las reacciones adversas a los alimentos por tres vías: a) minimizando el tamaño de la dosis de proteína extraña ingerida; b) induciendo una maduración temprana de la barrera natural de la mucosa vs proteínas extrañas; c) aportando protección pasiva a través de la IgA secretora en la leche vs proteínas extrañas.

Intolerancia alimentaria. Es una reacción adversa que resulta de una respuesta fisiológica anormal a la ingestión de alimentos o aditivos alimentarios.

Anafilaxia alimentaria. Reacción alérgica clásica (hipersensibilidad) a alimentos o aditivos alimentarios en el cual están involucrados la actividad inmunológica de anticuerpos IgE y mediadores químicos.

Reacción anafilactoide a los alimentos. Reacción de tipo anafiláctica a alimentos o aditivos alimentarios que resulta de una liberación no inmunológica de mediadores químicos.

Reacción farmacológica alimentaria. Es una reacción adversa a alimentos o aditivos alimentarios que resulta de un derivado natural o químico adicionado que produce un efecto farmacológico en el huésped.

Reacción metabólica-alimentaria. Es una reacción a alimentos o aditivos alimentarios que resulta del efecto de una sustancia en el metabolismo del huésped.

Alergia alimentaria (hipersensibilidad) Reacción adversa al alimento que resulta de una interacción antígeno -anticuerpo o célula-antígeno. Involucra un mecanismo mediado por IgE.

Normalmente existe una barrera gastrointestinal que protege al organismo de antígenos extraños. Está formada por dos grupos de componentes:

- 1) Inmunológicos: IgA, IgE, IgM, IgG, linfocitos y macrófagos, placas de Peyer, IgA secretora intestinal e IgA secretora de la leche humana;
- 2) No inmunológicos: ácido gástrico, enzimas pancreáticas, enzimas intestinales, membrana de las microvellosidades y la capa mucosa.

En el momento en que la naturaleza de la dieta se altera, como sucede con la introducción de alimentos o el destete, ocurren complejos cambios fisiológicos. De esta situación pueden resultar efectos profundos en la respuesta inmune no sólo porque los antígenos en el lumen son diferentes, sino también debido a la ingestión y digestión alterada. Por ejemplo, las enzimas proteolíticas de las secreciones digestivas, la motilidad intestinal, la rapidez de absorción y el patrón de defecación influyen sobre la cantidad del antígeno presente en un segmento particular del intestino. Por otro lado, un cambio en la flora bacteriana puede exponer al tejido linfo-reticular asociado al intestino a sustancias inmuno-modulatorias muy potentes como es el caso de las endotoxinas.

La hipótesis más aceptada en la patogenia de la alergia alimentaria se refiere a la carencia relativa de IgA secretora en el lactante que permite una absorción excesiva de antígenos alimentarios que estimulan el sistema de anticuerpos IgE y el consecuente desarrollo de una reacción adversa al alimento. Asimismo, esta respuesta de IgE es dependiente de la interacción de las células T ayudadoras y supresoras.

Estudios realizados en ratones dan apoyo a la hipótesis de que la alimentación del recién nacido con proteínas antigénicas, al momento en que los sistemas

digestivos e inmunológicos están inmaduros, pueden sensibilizar al lactante para responder a los alimentos potencialmente dañinos.

Se ha mostrado que la mayoría de los lactantes alimentados con fórmulas lácteas reaccionan a proteínas extrañas. **Además, que la alimentación prolongada con leche materna tiene un efecto protector a la alergia alimentaria.** Especialmente, los niños con eccema o atopia familiar, cuando son alimentados al pecho materno por seis meses, presentan una incidencia menor de esta enfermedad que los alimentados con fórmulas artificiales.

En familias con antecedentes de alergia a los alimentos es preferible que la madre ofrezca el pecho materno y diferir la introducción de alimentos hasta que el sistema inmune del niño esté razonablemente maduro, alrededor de los seis meses. A partir de ese momento introducir un alimento nuevo a la vez, mantenerlo por una semana e iniciar con otro y así sucesivamente.

La prevalencia de reacciones adversas a los alimentos es relativamente alta (1.9-7.4%) y mayor que la de reacciones alérgicas (2-2.5%).¹² Es conveniente hacer énfasis en que muchas de las reacciones adversas probablemente no sean de origen alérgico.

Los alérgenos más conocidos en el mundo, incluso en el prestigioso Servicio de Inmuno-alergia del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, México son: leche, clara de huevo, naranja, trigo, frijol de soya, cacahuates, pescado, tomate, piña, edulcorantes, chocolate, mariscos⁶.

Incluso, conviene recordar que la leche materna contiene ciertos antígenos que surgen de la dieta de la madre. Lactantes alimentados con leche materna mejoraron cuando la madre disminuyó la ingesta de: huevo, leche, trigo, pescado, carne de res, cítricos, cacahuates y pollo.

⁶OMS, UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1989. Disponible en: http://www.ihan.es/publicaciones/folletos/Presentaci%C3%B3n_libro.pdf

Las principales reacciones alérgicas mediadas por IgE son: urticaria, angioedema, congestión nasal, prurito nasal y estornudos, vómitos, diarrea y raramente choque.

2.3. PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS.

2.3.1. Hipótesis General.

El inicio temprano de la alimentación complementaria provocó complicaciones en los menores de 12 meses que acuden al subcentro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, en el periodo de junio diciembre de 2011.

2.3.2. Hipótesis Específicas.

2.3.2.1. Si se identificarán los componentes de la alimentación complementaria en los menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, en el periodo de junio diciembre de 2011, se podrían identificar los alimentos adecuados e inadecuados para esta etapa.

2.3.2.2. Si se identifican los alimentos inadecuados que se ingieren como parte de la alimentación complementaria en los menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, se podrán identificar las causas de las complicaciones.

2.3.2.3. Mediante una propuesta alternativa, se podría contribuir a que las madres de los menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, tengan una correcta información y orientación sobre la alimentación complementaria de sus hijos menores de 12 meses.

2.4. VARIABLE:

2.4.1. Variables independientes.

VIG: Alimentación complementaria en menores de 12 meses

VIE: Componentes en la alimentación complementaria

VIE: Alimentos inadecuados.

VIE: Programas de divulgación y orientación

2.4.2. Variables dependientes.

VDG: Complicaciones en menores de 12 meses.

VDE: Alimentos adecuados

VDE: Causas de complicaciones.

VDE: Correcta orientación.

2.5. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

2.5.1.1. El inicio temprano de la alimentación complementaria provocó complicaciones en los menores de 12 meses que acuden al subcentro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, en el periodo de junio diciembre de 2011.

CONCEPTO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
Alimentación complementaria en menores de 12 meses	Alimentación complementaria	Componentes y etapas de la alimentación complementaria	Alimentos adecuados	Si No
	Complicaciones en menores de 12 meses		Alimentos inadecuados.	Si No

2.5.2.2. Si se identificarán los componentes de la alimentación complementaria en los menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, en el periodo de junio diciembre de 2011, se podrían identificar cuáles son adecuados e inadecuados para esta etapa.

CONCEPTO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
Conocimiento de los componentes de la alimentación complementaria.	Componentes en la alimentación complementaria	Componentes y etapas de la alimentación complementaria	Alimentos adecuados	Si No
			Alimentos inadecuados	Si No

2.5.2.3 Si se determinan los alimentos inadecuados que se ingieren como parte de la alimentación complementaria en los menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, se podrán identificar las causas de las complicaciones.

CONCEPTO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
Desconocimiento de los hábitos alimentarios para lograr una adecuada alimentación.	Alimentos inadecuados	Dieta inadecuada	Consejos médicos	Si No
			Divulgación	Si No
	Causas de complicaciones		Charlas.	Si. No

2.5.2.4. Mediante una propuesta alternativa, se podría contribuir a que las madres de los menores de 12 meses que acuden al subcentro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, tengan una correcta información y orientación sobre la alimentación complementaria de sus hijos.

CONCEPTO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
Correcta orientación y divulgación	Programas de orientación y divulgación	Inadecuada alimentación	Consejos médicos	Si No
			Divulgación	Si No
	Correcta orientación	Adecuada alimentación	Charlas.	Si. No

CAPITULO III

3. METODOLOGIA.

3.1. TIPO DE INVESTIGACION.

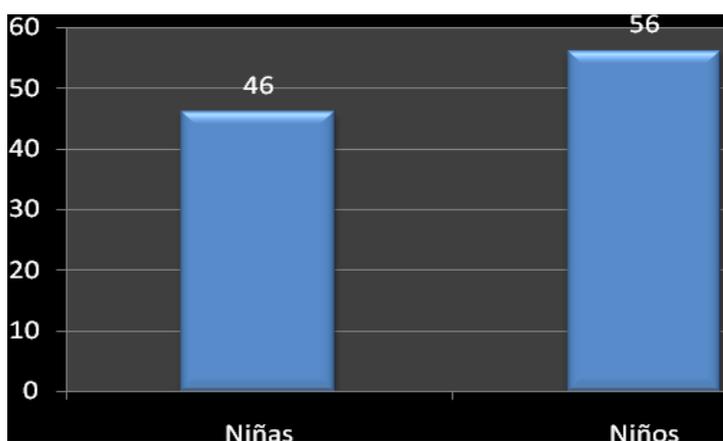
Los tipos de investigación a emplearse son: descriptivas y explicativas.

Descriptivas, por cuanto a través de la información obtenida se clasifica elementos y estructuras para caracterizar la realidad y, Explicativa, porque permite el análisis del fenómeno para su rectificación.

3.2. UNIVERSO Y MUESTRA

Población.

La población o universo a investigarse lo conforma: 102 niños menores de 12 meses (56 niños y 46 niñas).

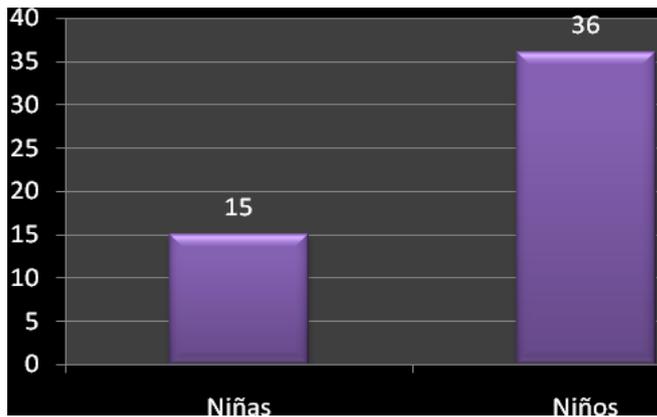


Muestra

La muestra es de: 51 niños

Niñas: 15

Niños: 36



Para la obtención de la muestra (total y por sexos) se aplicó tomando la población de la misma a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{e^2 (N - 1) + 1}$$

n = Tamaño de Muestra

N = Universo

e = Margen de Error (0.10)

3.3. METODOS Y TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION.

Métodos:

Método Científico

Utilizaremos el método científico porque emplea un conjunto de procedimientos lógicamente sistematizados ya que se requiere descubrir hechos, datos y problemas reales, los mismos que permitirán establecer las conclusiones y el diseño de la estrategia alternativa.

Se aplica las siguientes fases del Método Científico.

- Observación.
- Determinación del problema.
- Ideas a defender.
- Verificación de los resultados.
- Recopilación de datos.

Método descriptivo

Este método en la investigación será usado para clasificar y ordenar estadísticamente los datos conseguidos y conseguir la interpretación de como favorece el rol de enfermería en la aplicación de los principios bioéticos en las mujeres embarazadas.

Técnicas.- se refieren al camino a través del cual se establecen las relaciones o mediciones instrumentales entre el investigador y el consultado, para la recolección de datos y el logro de los objetivos. Entre las técnicas que se emplearan tenemos:

Observación.- como técnica es fundamental para la recopilación de datos, es el registro sistemático, válido y confiable del comportamiento o conducta manifiesta.

La encuesta.- Consiste en obtener información de los sujetos de estudios proporcionados por ellos mismo, sobre opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias. Hay dos maneras de obtener información: La entrevista y el

Cuestionario. En la entrevista, las respuestas son formuladas verbalmente y se necesita del entrevistador; en el procedimiento denominado cuestionario, las respuestas son formuladas por escrito y no se requiere del entrevistador.

La entrevista.- es un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir.

La técnica de la entrevista nos permite tener un acercamiento objeto sujeto, para determinar objetivamente las preguntas previamente establecidas en un patrón predefinido. A través de esta técnica nos permite obtener información por medio del diálogo entre dos o más personas.

La entrevista será estructurada (preguntas previamente elaboradas y ordenadas) la misma que nos conducirá a un acercamiento al personal objetos y sujetos de la investigación.

3.4. PROCEDIMIENTO

La investigación será elaborada, procesada y sistematizada de la siguiente manera:

- Investigación bibliográfica.
- Construcción del marco contextual
- Elaboración del marco teórico
- Construcción del diseño metodológico.
- Redacción y presentación del borrador de lo anterior.
- Aplicación de instrumentos de investigación.
- Tabulación de datos.
- Procesamiento de datos.
- Redacción de la ejecución y propuesta de la tesis.
- Defensa y exposición.

CAPÍTULO IV

4. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

4.1. TABULACION E INTERPRETACION DE DATOS.

RESULTADOS DE ENCUESTAS A MADRES DEL SUBCENTRO DE SALUD NUEVO ZAPOTAL
Para efectos de elaborar Tesis de Grado.

Pregunta 1-¿A qué edad usted comenzó la alimentación complementaria de su hijo?

CUADRO # 1

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A los 5 meses	13	25%
A los 6 meses	15	29%
A los 7 meses	13	25%
A los 8 meses	5	11%
A los 9 meses	3	6%
A los 10 meses	2	4%
TOTAL	51	100%

GRAFICO # 1



Análisis e interpretación de datos.

Del total de madres encuestas, el 25% manifestó que comenzó la alimentación complementaria de su hijo a los 5 meses, el 29% la comenzó a los 6 meses, el 25% a los 7 meses, el 11% a los 8 meses, el 6% a los 9 meses y el 4% a los 10 meses.

Esto demuestra que no existe consenso o no se cumplen las indicaciones de cuándo comenzar la alimentación complementaria en menores de 12 meses.

Pregunta 2-¿Como parte de la atención post natal a su bebé, recibió o recibe usted, en el sub centro de salud, indicaciones de cómo y cuándo comenzar la alimentación complementaria?

CUADRO # 2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No recibo información	0	0%
Si recibo información adecuadamente	47	92%
Si recibo información inadecuadamente	4	8%
TOTAL	51	100%

GRAFICO # 2



Análisis e interpretación de datos.

Del recurso humano encuestado el 92% respondió que parte de la atención post natal a su bebé, recibió en el sub centro de salud, indicaciones de cómo y

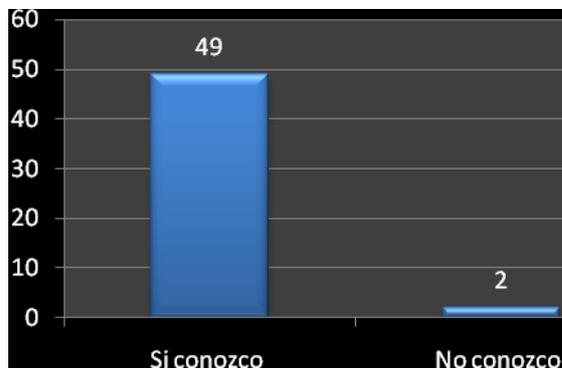
cuándo comenzar la alimentación complementaria. El 8% refiere que no las recibió adecuadamente.

Pregunta 3- ¿Conoce usted que debe y que no debe comer su bebé antes de los 12 meses?

CUADRO # 3

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si conozco	49	96%
No conozco	2	4%
TOTAL	51	100%

GRAFICO # 3



Análisis e interpretación de datos.

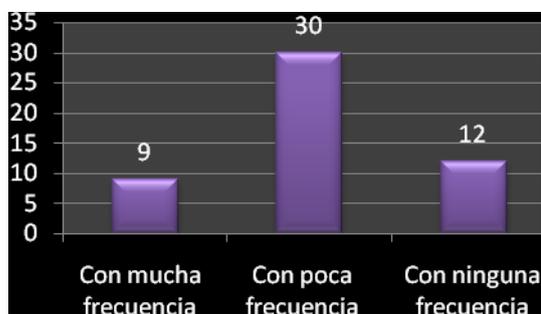
Del total de madres encuestadas el 96% respondió que si conoce qué debe y qué no debe comer su bebé antes de los 12 meses, mientras que el 4% respondió que no conoce qué debe y que no debe comer su bebé antes de los 12 meses.

Pregunta 4-¿Le suministra usted alimentos u otros productos contraindicados para la edad de su bebé como parte de su alimentación complementaria?

CUADRO # 4

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con mucha frecuencia	9	18%
Con poca frecuencia	30	59%
Con ninguna frecuencia	12	23%
TOTAL	51	100%

GRAFICO # 4



Análisis e interpretación de datos.

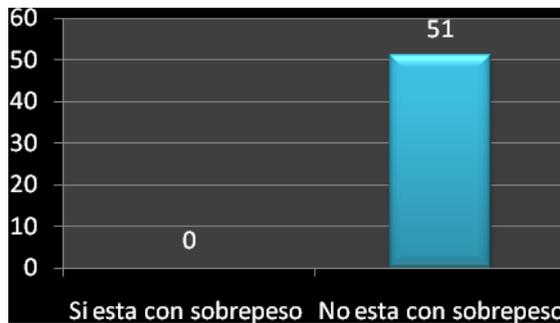
Del total de madres encuestadas el 18% respondió que le suministra con mucha frecuencia alimentos u otros productos contraindicados para la edad de su bebé, como parte de su alimentación complementaria, el 59% refiere que le suministra con poca frecuencia y el 23% refiere que no le suministra con ninguna frecuencia. Se deduce que no se siguen las indicaciones de los especialistas médicos para la alimentación complementaria en menores de 12 meses.

Pregunta 5- ¿Su bebé está dentro del rango de niño con sobre peso?

CUADRO # 5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	51	100%
TOTAL	51	100%

GRAFICO # 5



Análisis e interpretación de datos.

Del recurso humano encuestado el 100% manifestó que su niño no está con sobrepeso. Se deduce que independientemente de que se incumplen las orientaciones en cuanto a la alimentación complementaria, aún este indicador negativo en la dieta, esta inalterable.

Pregunta 6- ¿Ha tenido que llevar a su bebé a la consulta médica por alguna de las sintomatologías siguientes?

Síndromes digestivos_____

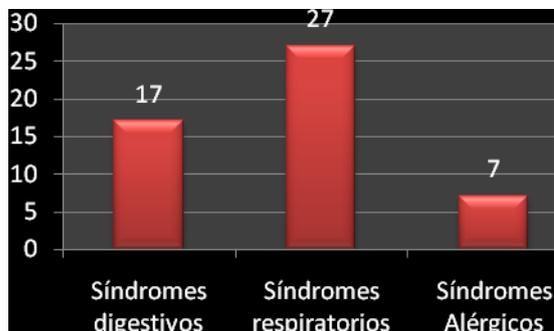
Síndromes respiratorios_____

Síndromes Alérgicos_____

CUADRO # 6

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Síndromes digestivos	17	33%
Síndromes respiratorios	27	53%
Síndromes Alérgicos	7	14%
TOTAL	51	100%

GRAFICO # 6



Análisis e interpretación de datos.

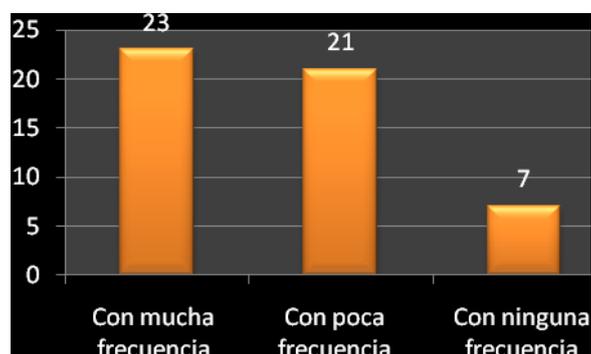
Del total de madres encuestadas, el 33% respondió que ha tenido que llevar a su bebé a la consulta médica aquejado por síndromes digestivos, el 53% ha tenido que llevar a su bebé a la consulta médica aquejado por síndromes respiratorios y el 14% ha tenido que llevar a su bebé a la consulta médica aquejado por síndromes alérgicos. De esto se deduce que una temprana alimentación y el incumplimiento y/o ausencia de las orientaciones dietéticas pueden ser las causas de estos cuadros clínicos.

Pregunta 7- ¿Sus ingresos económicos le permiten cumplir correctamente los requerimientos nutricionales en la alimentación complementaria de su bebé?

CUADRO # 7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con mucha frecuencia	23	45%
Con poca frecuencia	21	41%
Con ninguna frecuencia	7	14%
TOTAL	51	100%

GRAFICO # 7



Análisis e interpretación de datos.

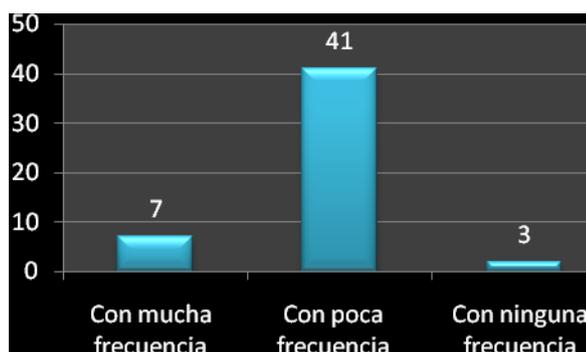
Del total de madres encuestadas, el 45% manifestó que sus ingresos económicos le permiten cumplir correctamente los requerimientos nutricionales en la alimentación complementaria de su bebé, 41% refirió que lo puede hacer con poca frecuencia y el 14% respondió que no o puede hacer con ninguna frecuencia. Se deduce que más de la mitad de las madres encuestadas no pueden con sus ingresos económicos cumplir correctamente los requerimientos nutricionales en la alimentación complementaria de su bebé.

Pregunta 8-¿Recibe usted en su Centro de salud charlas sobre la alimentación complementaria de su bebé?

CUADRO # 8

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con mucha frecuencia	7	14%
Con poca frecuencia	41	80%
Con ninguna frecuencia	3	6%
TOTAL	51	100%

GRAFICO # 8



Análisis e interpretación de datos.

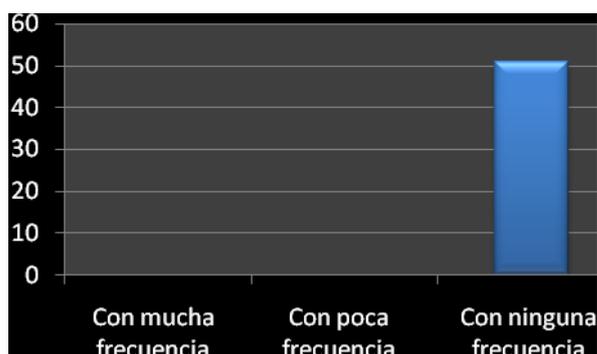
Del total de madres encuestadas, el 14% manifestaron que reciben en su Centro de Salud charlas sobre la alimentación complementaria de su bebé, el 80% refirió que la recibe con poca frecuencia y el 6% dijo que no las recibe con ninguna frecuencia. De lo que se deduce que las charlas que brinda el Centro de Salud sobre alimentación complementaria en menores de 12 meses es insuficiente.

Pregunta 9-¿Recibe usted en su casa visitas de especialistas que ofrezcan charlas sobre la alimentación complementaria de su bebé?

CUADRO # 9

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con mucha frecuencia	0	0%
Con poca frecuencia	0	0%
Con ninguna frecuencia	51	100%
TOTAL	51	100%

GRAFICO # 9



Análisis e interpretación de datos.

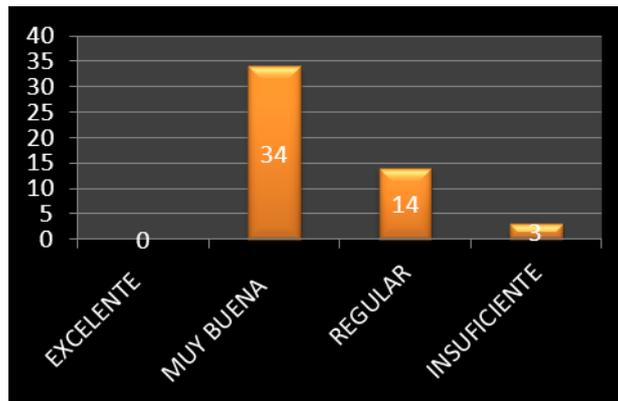
Del total de madres encuestadas, el 100% manifestaron que no reciben en su casa, visitas de especialistas que ofrezcan charlas sobre la alimentación complementaria de su bebé. De lo que se deduce que las charlas que brinda el Centro de Salud sobre alimentación complementaria en menores de 12 meses es insuficiente y que además es necesario implementar estrategias para ampliar esta información necesaria y llevarla a todas las casas donde haya niños (as) menores de 12 meses.

Pregunta 10-¿Cómo considera usted la atención post natal a los niños (as) menores de 12 meses en el sub centro de salud?

CUADRO # 10

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	0	0%
MUY BUENA	34	67%
REGULAR	14	27%
INSUFICIENTE	3	6%
TOTAL	51	100%

GRAFICO # 10



Análisis e interpretación de datos.

Del total de madres encuestadas, el 67% manifestaron que la atención post natal que reciben los niños menores de 12 meses en el Subcentro de salud es Muy Buena; el 14% dijeron que la atención recibida es regular, mientras que el 3% dijeron que es insuficiente. De lo que se deduce que la atención brindada a la mayoría de los niños menores de 12 meses es Muy Buena.

RESULTADOS DE ENCUESTAS A MEDICOS DEL SUBCENTRO DE SALUD NUEVO ZAPOTAL

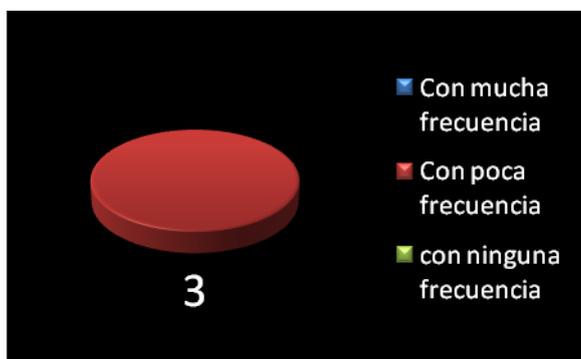
Para efectos de elaborar Tesis de Grado.

Pregunta 1-¿Ha atendido usted a niños (as) menores de 12 meses con complicaciones derivadas de una incorrecta alimentación complementaria?

CUADRO # 1

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con mucha frecuencia	0	0%
Con poca frecuencia	3	100%
con ninguna frecuencia	0	0%
TOTAL	3	100%

GRAFICO # 1



Análisis e interpretación de datos.

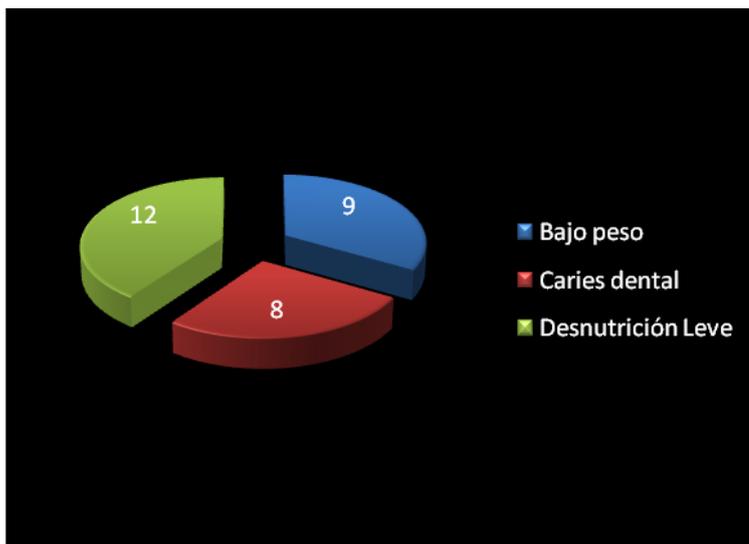
Del recurso humano encuestado el 100% respondieron que no han atendido usted a niños (as) menores de 12 meses con complicaciones derivadas de una incorrecta alimentación complementaria, sin embargo es una respuesta no exacta pues los 3 especialistas encuestados no son pediatras.

Pregunta 2-¿Cuáles son las principales sintomatologías presentadas por los menores de 12 meses que usted ha atendido en consulta?

CUADRO # 2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo peso	9	31%
Caries dental	8	28%
Desnutrición Leve	12	41%
TOTAL	29	100%

GRAFICO # 2



Análisis e interpretación de datos.

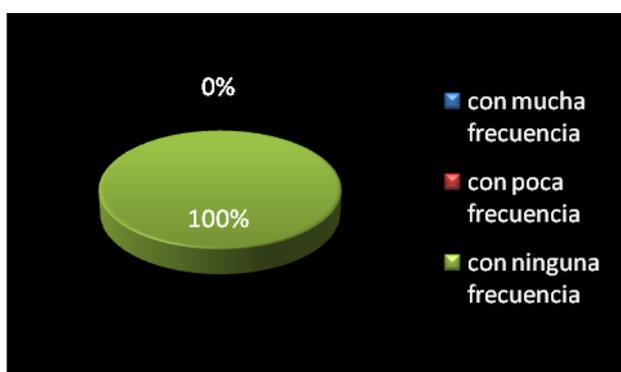
Del recurso humano encuestado el 100% respondieron que han atendido a 31% menores de 12 meses con bajo peso, a 28% que presentaron caries dentales y a 41% que presentaban desnutrición leve. Todas estas sintomatologías están asociadas a una incorrecta alimentación. De esto se deduce que algunas madres pueden estar suministrando a sus niños (as) menores de 12 meses, alimentos contraindicados.

Pregunta 3 -¿Han requerido hospitalización los niños (as) menores de 12 meses con complicaciones derivadas de una incorrecta alimentación complementaria, atendidos por usted?

CUADRO # 3

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
con mucha frecuencia	0	0%
con poca frecuencia	0	0%
con ninguna frecuencia	3	100%
TOTAL	3	100%

GRAFICO # 3



Análisis e interpretación de datos.

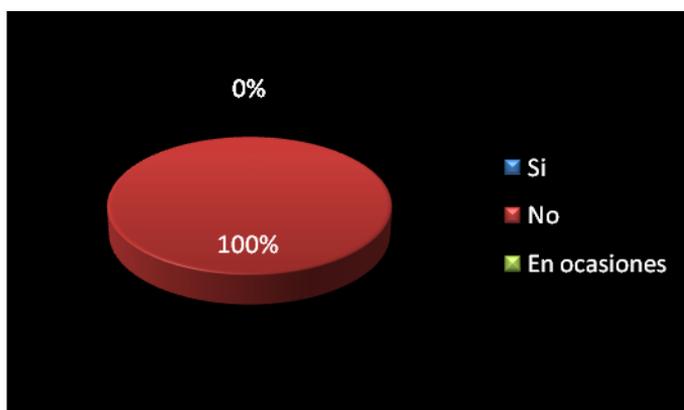
El 100% de los encuestados respondieron que no han requerido hospitalización los niños (as) menores de 12 meses con complicaciones por una incorrecta alimentación complementaria. Se deduce que si se intensifican las orientaciones sobre este tema, se pueden disminuir las sintomatologías asociadas a incorrectos hábitos alimentarios y evitar complicaciones.

Pregunta 4-¿Cómo médico del sub-centro de salud, realiza usted visitas a las casas de las madres de niños (as) menores de 12 meses para impartir charlas u orientaciones sobre cómo y cuándo comenzar la alimentación complementaria?

CUADRO # 4

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	0	0%
No	3	100%
En ocasiones	0	0%
TOTAL	3	100%

GRAFICO # 4



Análisis e interpretación de datos.

El 100% del personal de salud encuestado, refiere que como médico del sub centro de salud, no realiza visitas a las casas de las madres de niños (as) menores de 12 meses para impartir charlas u orientaciones sobre cómo y cuándo comenzar la alimentación complementaria. Se deduce que hay problemas en la divulgación y orientación de cómo y cuándo comenzar la alimentación complementaria en niños (as) menores de 12 meses.

NOTA ACLARATORIA

NO HAY OBSTETRA EN EL SUBCENTRO. SOLO LLEGAN UNO O DOS SEMANAS Y NO LLEGAN MAS, POR ESO REALIZO SOLO TRES ENCUESTAS AL PERSONAL DE SALUD.A LOS NIÑOS DE 12 MESES, LOS ATIENDEN TODOS ES DECIR LA ENFERMERA, EL MEDICO Y EL ODONTOLOGO QUE ELLOS SON LOS UNICOS QUE TRABAJAN EN EL SUBCENTRO.

4.2. COMPROBACION Y DISCUSION DE HIPOTESIS.

Después de la investigación de campo se comprobó que:

La primera hipótesis “Si se identificaran los componentes de la alimentación complementaria en los menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, en el periodo de junio diciembre de 2011, se podría conocer si ingieren alimentos inadecuados para esta etapa”, es positiva, ya que a pesar de que el 77% de las madres comenzó la alimentación complementaria de sus bebés a partir de los 6 meses, el 92% conoce qué debe y qué no debe comer su niño (a) en esta etapa; el 76% le suministra a su niño (a) alimentos contraindicados para esta etapa.

En relación a la segunda hipótesis “Si se identifican los alimentos inadecuados que se ingieren como parte de la alimentación complementaria en los menores de 12 meses que acuden al Sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, se podrán identificar las causas de las complicaciones”, es negativa, ya que a pesar de que el 77% de las madres le suministra a su niño (a) alimentos contraindicados para esta etapa, no se reportan complicaciones graves ni niños (as) con sobrepeso. Tampoco requirió ningún niño (a) hospitalización por la sintomatología presentada.

En relación a la tercera hipótesis “Mediante una propuesta alternativa, se podría contribuir a que las madres de los menores de 12 meses que acuden al Subcentro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, tengan una correcta información y orientación sobre la alimentación complementaria de sus hijos menores de 12 meses”, es positiva, ya que el 76% le suministra a su niño (a) alimentos contraindicados para esta etapa y el 84% de las madres manifestó que no reciben con frecuencia en su Centro de salud ni en su casa, charlas sobre la alimentación complementaria de su bebé, como complemento a las orientaciones de su médico, o que demuestra que la información es insuficiente.

4.3. CONCLUSIONES.

Al término de esta investigación sobre **COMPLICACIONES CLINICAS POR EL INICIO TEMPRANO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN MENORES DE 12 MESES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD NUEVO ZAPOTAL, AREA No. 5 DE VENTANAS, LOS RÍOS, EN EL PERÍODO DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2011**, obtuvimos como resultado:

1. Las madres de niños (as) menores de 12 meses, conocen cuándo y cómo comenzar a alimentación complementaria de su bebe, ya que reciben de su médico orientaciones al respecto.
2. Las madres de niños (as) menores de 12 meses, le suministran con poca frecuencia alimentos contraindicados para esta etapa.
3. Más de la mitad de las madres de niños (as) menores de 12 meses, no pueden, con sus ingresos económicos, cumplir completamente los requerimientos nutricionales de su bebe.
4. Es necesario e impostergable que el Centro de Salud Nuevo Zapotal cuente con médicos pediatras diariamente para la atención postnatal.
5. Las madres de niños (as) menores de 12 meses, no reciben con frecuencia en su Centro de salud ni en su casa, charlas sobre la alimentación complementaria de su bebé, como complemento a las orientaciones de su médico.
6. Es necesario implementar un programa de capacitación exclusivo a las madres de niños (as) menores de 12 meses, sobre alimentación complementaria, como complemento a las orientaciones de su médico para evitar complicaciones derivadas de una incorrecta alimentación.

CAPITULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA.

5.1. Título:

Implementar un programa de capacitación domiciliaria las madres de niños (as) menores de 12 meses, sobre alimentación complementaria.

5.2. Presentación de la propuesta.

La capacitación en temas de salud es una actividad sistemática, planificada y permanente, cuyo propósito general es preparar, desarrollar e integrar a los pacientes al cuidado de su salud para adaptarlos a las exigencias cambiantes del entorno y los requerimientos y cuidados de su enfermedad.

Estas actividades se organizan principalmente para contribuir de manera altruista con la sociedad, ya que no sólo se informa y previene ciertos padecimientos, sino que se aporta un beneficio a la comunidad con la participación activa de la institución, en actividades como: donación de sangre, campañas de vacunación, **nutrición en niños y adultos**, higiene personal y salud mental.

Es entonces nuestra responsabilidad de capacitar a las madres de niños (as) menores de 12 meses, que acuden al Sub Centro de Salud Nuevo Zapotal, provincia de Los Ríos, sobre alimentación complementaria, y que estas conozca todos los aspectos sobre cómo y cuándo comenzar la alimentación complementaria de sus hijos.

5.3. Objetivos de la propuesta.

5.3.1. Objetivo General.

Diseñar un programa de capacitación domiciliaria las madres de niños (as) menores de 12 meses, sobre alimentación complementaria.

5.3.2. Objetivos Específicos.

- Orientar a las madres de niños (as) menores de 12 meses, sobre cómo administrar una correcta alimentación complementaria a sus hijos.
- Promover la participación y aumentar los conocimientos de los familiares de niños (as) menores de 12 meses, en la atención de ellos.
- Realizar un seguimiento a largo plazo de los menores de 12 meses, del Sub centro de salud Nuevo Zapotal, provincia de Los Ríos, para demostrar la eficacia de esta propuesta educativa.

5.4. Desarrollo de la propuesta.

El factor humano es cimiento y motor de toda organización y su influencia es decisiva en el desarrollo, evolución y futuro de la misma, por eso el personal de los centros de salud debe aumentar su rol de orientadores e informadores, capacitar a los pacientes y usuarios sobre diversos temas de salud con la finalidad de contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida personal y familiar.

Cuando hablamos de capacitación nos referimos a la educación que recibe una persona con el fin de estimular su efectividad en la posición que desempeña

dentro de su hogar y el tipo de padecimiento que posee. Normalmente la capacitación tiene objetivos a corto o mediano plazo y busca desarrollar una capacidad específica, en este el tratamiento de cualquier enfermedad tanto en el domicilio como fuera de el.

Las madres de los niños (as) menores de 12 meses, necesitan conocer al detalle los requerimientos nutricionales de sus hijos en esta importante etapa para garantizar un crecimiento y desarrollo armónico de sus hijos y evitar posibles complicaciones derivadas de una incorrecta alimentación..

Realizar un seguimiento a largo plazo en este tipo de situación, que permita demostrar la eficacia de la intervención educativa, nos permite adecuar las estrategias educativas acorde a los nuevos tiempos y elaborar planes para enfrentar cualquier contingencia o epidemia de salud. Es bueno señalar que el primer año es el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño, pero también donde él es mas inmaduro y vulnerable.

En la capacitación de las madres de los niños (as) menores de 12 meses en cómo realizar la alimentación complementaria de sus hijos, la participación de los familiares es el complemento de la labor del personal de salud. Para este fin la participación del personal de salud es muy importante, ya que todo contacto con los servicios de salud es una oportunidad que debe ser aprovechada para influir en la adquisición de los conocimientos y prácticas que permitirán tomar mejores decisiones para evitar complicaciones y daños por una incorrecta nutrición.

A continuación se define que es una madre de un niño (as) menor de 12 meses con una correcta orientación:

Es aquella que después de un proceso educativo demuestra que:
I.- Conoce cómo y cuándo debe comenzar la alimentación complementaria de su bebe.

II.- Evita que sus hijos adquieran complicaciones derivadas de una incorrecta alimentación.

III.-No ingiere bebidas alcohólicas y no tiene hábito de fumar.

IV.-Asiste sistemáticamente a las consultas en su centro de salud

V-Conoce los riesgos a que se expone al no suministrar correctamente los alimentos complementarios y no cumplir con los requerimientos dietéticos de su bebe.

VI-Ayuda a orientar a otras madres en la familia o en la comunidad.

Componentes de esta propuesta son:

- ❖ Establecer y gestionar un ciclo de Charlas y Conferencias dirigido a las madres de niños (as) menores de 12 meses.
- ❖ Aplicar técnicas activas y motivacionales.
- ❖ Evaluar lo aprendido en el proceso de las charlas y conferencias
- ❖ Establecer consejería continúa para madres de niños (as) menores de 12 meses y las que se inicien.

5.5. Descripción operativa de la propuesta.

RECURSO HUMANO

- ❖ Equipo de Salud del Sub Centro de salud Nuevo Zapotal
- ❖ Equipo Investigativo
 - 2 Investigadores Estudiantes Nutrición y Dietética
 - 1 Director de Tesis
 - 1 Digitador
 - Personal que labora en el hospital
 - Personal Médico que labora en el hospital.
 - Personal (Trabajador social) del hospital.
 - Madres de niños (as) menores de 12 meses.

RECURSOS MATERIALES

- Resmas de Hojas A4 75gr
- Bolígrafos
- Pendriver
- Xerocopias
- Textos
- Cuaderno de Notas
- Tríptico.
- Carpetas.
- Cartuchos de Tinta Lexmar negro y de color.
- Internet

RECURSO FINANCIERO

ACTIVIDADES	MATERIAL	COSTO
Análisis, revisión y aprobación de la Propuesta.		5.00
Coordinar acciones con el Equipo de Salud.		25.00
Elaboración y preparación de material didáctico.	Folletos	10.00
	Trípticos	100.00
Selección de temas para exposición, aplicar técnicas activas y motivacionales. Evaluar lo aprendido Conferencias (2 charlas por semana durante un mes, con refrigerio).	Manuales de	0.00
	Normas	0.00
	Textos	400.00
	Vídeos.	
Colocar papelotes comunicativos.	Afiches	5.00
	Papel Bond	5.00
	Marcadores	5.00
Consejería hospitalaria.	Historias clínicas.	150.00
	Visita domiciliarias.	
Imprevistos		35.00
TOTAL		740.00

BIBLIOGRAFIA.

1. Aguayo Maldonado, Josefa (ed.): La lactancia materna. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2001.
2. Asociación Española de Pediatría (varios autores): Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2008.
3. División de la Salud y Desarrollo del Niño: Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998.
4. González, Dr. Carlos: Manual práctico de lactancia materna. Barcelona: ACPAM (segunda edición), 2008.
5. González, Dr. Carlos: Un regalo para toda la vida. Guía de lactancia materna. Madrid: Temas de Hoy, 2006.
6. Nylander, Gro: Maternidad y lactancia. Desde el nacimiento hasta los seis meses. Barcelona: Granica, 2005.
7. Lawrence, Ruth A. y Robert M. Lawrence: Lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Elsevier Mosby (sexta edición), 2007.
8. OMS-UNICEF (declaración conjunta): Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. La función especial de los servicios de maternidad. World Health Organization, 1989.
9. Organización Mundial de la Salud: Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. 2002.
10. Dettwyler KA. A time to wean: the hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. En: Stuart-Macadam P, Dettwyler KA, editors. Breastfeeding: biocultural perspectives. New York: Aldine de Gruyter; 1995. pp. 39-73.
11. Thomas W. Hale, PH.D.: Medicamentos y lactancia materna. España: Emisa, 2004.
12. Fomon SJ. Nutrición del lactante. Mosby 1995.

En Internet:

1. OMS, UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1989. Disponible en: http://www.ihan.es/publicaciones/folletos/Presentaci%C3%B3n_libro.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_sp.pdf.
3. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005 Feb;115(2):496-506 Disponible en: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;115/2/496>
4. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para la lactancia materna. [monografía en Internet]. Asociación Española de Pediatría; 2008 [fecha de acceso: 28 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm>.
5. <http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/ecuador.html>

ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Tecnología Médica

**Encuesta A MADRES DE NIÑOS MENORES DE 12 MESES, DEL
SUBCENTRO DE SALUD NUEVO ZAPOTAL**
Para efectos de elaborar Tesis de Grado.

1-¿A qué edad usted comenzó la alimentación complementaria de su hijo?

A los 5 meses_____

A los 6 meses _____

A los 7 meses_____

A los 8 meses_____

A los 9 meses_____

A los 10 meses_____

2-¿Como parte de la atención post natal a su bebé, recibió o recibe usted, en el sub centro de salud, indicaciones de cómo y cuándo comenzar la alimentación complementaria?

No recibo información _____

Si recibo información adecuadamente _____

Si recibo información inadecuadamente_____

3-¿Conoce usted que debe y que no debe comer su bebé antes de los 12 meses?

Si conozco lo que debe comer mi bebe antes de los 12 meses_____

No conozco lo que debe comer mi bebe antes de los 12 meses_____

4-¿Le suministra usted alimentos u otros productos contraindicados para la edad de su bebé como parte de su alimentación complementaria?

Marcar con una cruz.

Con mucha frecuencia_____

Con poca frecuencia_____

Con ninguna frecuencia_____

5-¿Su bebé está dentro del rango de niño con sobre peso?

Si está con sobrepeso_____

No está con sobrepeso_____

6-¿Ha tenido que llevar a su bebé a la consulta médica por alguna de las sintomatologías siguientes:

Síndromes digestivos_____

Síndromes respiratorios_____

Síndromes Alérgicos_____

7-¿Sus ingresos económicos le permiten cumplir correctamente los requerimientos nutricionales en la alimentación complementaria de su bebé?

Con mucha frecuencia_____

Con poca frecuencia_____

Con ninguna frecuencia_____

8-¿Recibe usted en su Centro de salud charlas sobre la alimentación complementaria de su bebé?

Con mucha frecuencia_____

Con poca frecuencia_____

Con ninguna frecuencia_____

9-¿Recibe usted en su casa visitas de especialistas que ofrezcan charlas sobre la alimentación complementaria de su bebé?

con mucha frecuencia recibo visitas de los especialistas_____

con poca frecuencia recibo visita de los especialista_____

con ninguna frecuencia recibo visitas de los especialistas_____

10-¿Cómo considera usted la atención post natal a los niños (as) menores de 12 meses inscriptos en el sub centro de salud?

EXCELENTE_____

MUY BUENA_____

REGULAR_____

INSUFICIENTE_____

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Tecnología Médica

RESULTADOS DE ENCUESTAS A MEDICOS DEL SUBCENTRO DE SALUD NUEVO ZAPOTAL

Para efectos de elaborar Tesis de Grado.

1-¿A atendido usted a niños (as) menores de 12 meses con complicaciones derivadas de una incorrecta alimentación complementaria?

Con mucha frecuencia_____

Con poca frecuencia_____

Con ninguna frecuencia_____

2-¿Cuáles son las principales sintomatologías presentadas por los menores de 12 meses que usted ha atendido en consulta?

Sintomatología Bajo peso_____

Sintomatología Caries dental_____

Sintomatología Desnutrición Leve_____

3¿Han requerido hospitalización los niños (as) menores de 12 meses con complicaciones derivadas de una incorrecta alimentación complementaria, atendidos por usted?

Con mucha frecuencia_____

Con poca frecuencia_____

Con ninguna frecuencia_____

4-¿Imparte el sub centro de salud, charlas u orientaciones a las madres de niños (as) menores de 12 meses, sobre cómo y cuándo comenzar la alimentación complementaria? Si la respuesta es afirmativa, responda también el apartado b)

a) Si ____ No ____ En ocasiones ____

b) La considero suficiente ____ La considero Insuficiente ____

NOTA ACLARATORIA

NO HAY OBSTETRA EN EL SUBCENTRO. SOLO LLEGAN UNO O DOS SEMANAS Y NO LLEGAN MAS, POR ESO REALIZO SOLO TRES ENCUESTAS AL PERSONAL DE SALUD.A LOS NIÑOS DE 12 MESES, LOS ATIENDEN TODOS ES DECIR LA ENFERMERA, EL MEDICO Y EL ODONTOLOGO QUE ELLOS SON LOS UNICOS QUE TRABAJAN EN EL SUBCENTRO.

**LISTADO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 MESES DEL
SUBCENTRO DE SALUD DE ZAPOTAL NUEVO.**

APELLIDOS Y NOMBRES	GENERO	FECHA DE NACIMIENTO
1. Villamar Muñoz Maria	F	17 de julio del 2011
2. Tagacho Chela	F	16 de julio del 2011
3. Cervantes Zambrano Danny	M	02 de mayo del 2011
4. Carvajal Vergara	M	17 de abril del 2011
5. Villalta Mora	M	03 de mayo del 2011
6. Mera Cherrez Domenica	F	06 de julio del 2011
7. Manobanda Peralta Sara Estefania	F	15 de mayo del 2011
8. Campos Manzaba Derik	M	23 de mayo del 2011
9. Molina Bobadilla Boris	M	01 de mayo del 2011
10. Villares Coronel Direlys Marian	F	04 de julio del 2011
11. Jimenez Troya Rudy	F	18 de marzo del 2011
12. Mera Carranza Julio Jose	M	10 de mayo del 2011
13. Calero Salazar	M	13 de marzo del 2011
14. Melendez Roldan	F	23 de marzo del 2011
15. Ortiz Arizala Violeta	F	13 de mayo del 2011
16. Avilez Jimenes Yaritza Michel	F	23 de marzo del 2011
17. Guerrero Zambrano	M	06 de marzo del 2011
18. Zamora Alvarez	F	08 de mayo del 2011
19. Calderon Saltos Luis Johan	M	07 de marzo del 2011
20. Minda Vera Mileydi Betsabeth	F	17 de marzo del 2011
21. Armijos Vera Cristhian	M	16 de marzo del 2011
22. Yopez Teran Keyla Nicol	F	15 de agosto del 2011
23. Aguirre Anastasio	M	05 de junio del 2011
24. Bobadilla Saltos Emily	F	10 de junio del 2011
25. Alvarado Rodrigues Jaquelin	F	28 de abril del 2011
26. Cherrez Veliz Matias Erwin	M	25 de marzo del 2011
27. Zamora Gamarra Josselin Anahi	F	14 de junio del 2011
28. Alarcon Riera Anahi	F	15 de junio del 2011
29. Peralta Moncada Britany	F	04 de junio del 2011
30. Tuarez Espinoza Shirley	F	19 de junio del 2011
31. Perez Montoya Marcos	M	28 de marzo del 2011
32. Muñoz Medina Armando	M	10 de junio del 2011
33. Ramos Obando	M	18 de de abril del 2011
34. Garcias Barros Fernando	M	09 de junio del 2011
35. Reyes Diaz Lucas Eduardo	M	05 de agosto del 2011
36. Rea Carrasco Luis Alfredo	M	14 de agosto del 2011
37. Zambrano Mero	F	20 de agosto del 2011
38. Murillo Llanos Erick	M	10 de agosto del 2011

39. Gonzalez Casal Maria Andrea	F	20 de agosto del 2011
40. Molina Salazar Roberth	M	08 de agosto del 2011
41. Rosado Torres Skarleth Dennis	F	21 de agosto del 2011
42. Naranjo Suarez Esteven	M	15 de agosto del 2011
43. Ruiz Diaz	M	20 de agosto del 2011
44. Calderon Molina Enson Gregorio	M	06 de agosto del 2011
45. Quille Chimbo Jefferson Alexander	M	03 de junio del 2011
46. Leon Rosario Matilde	F	19 de abril del 2011
47. Valverde Lorente Marcos	M	25 de julio del 2011
48. Lorenty Martinez Brayán	M	04 de mayo del 2011
49. Guadalupe Zambrano		08 de septiembre del 2011
50. Cando Rosado Dilan Leonel	M	12 de septiembre del 2011
51. Tacuri Tamami	M	20 de septiembre del 2011
52. Guerrero Macias	M	18 de julio del 2011
53. Castro Muñoz Evelyn Dayerly	F	20 de julio del 2011
54. Coello Carriel	F	23 de septiembre del 2011
55. Briones Sanchez Emily	F	15 de septiembre del 2011
56. Tamami Tamami	M	20 de septiembre del 2011
57. Chimbo Chimborazo Edgar	M	12 de septiembre del 2011
58. Leon Farias Maria Fernanda	F	17 de septiembre del 2011
59. Gomez Ramos Ashley Elsa	F	28 de enero del 2011
60. Valles Castro Jostin Makel	M	23 de octubre del 2011
61. Burbano Quinatoa Andrea	F	11 de octubre del 2011
62. Tello Eslao Adonis	M	30 de junio del 2011
63. Zapata Rodrigues Valladi	F	24 de junio del 2011
64. Aguirre Mora	F	14 de octubre del 2011
65. Barros Moyano	F	08 de octubre del 2011
66. Gonzalez Yosa Sharich	F	05 de octubre del 2011
67. Vergara Zambrano	M	04 de octubre del 2011
68. Rivera Ortiz Maximiliano	M	09 de marzo del 2011
69. Chica Calderon Noelia	F	10 de agosto del 2011
70. Carrera Quincha Jordan	M	04 de octubre del 2011
71. Chacama Ramirez Emily	F	24 de abril del 2011
72. Carrion Bobadilla Maite	F	05 de febrero del 2011
73. Loor Calderon Jalison Javier	M	08 de febrero del 2011
74. Arana Mendiola Eli Santiago	M	30 de enero del 2011
75. Fajardo Zambrano Lucas Javier	M	22 de junio del 2011
76. Lorenty Herrera Manuel Dario	M	28 de junio del 2011
77. Guerrero Llanos Elian Samir	M	06 de mayo del 2011
78. Mera Vargas Elkin Daniel	M	13 de Abril del 2011
79. Toalombo Tamami Ericka	F	12 de Junio del 2011
80. Sanchez loor Adriana	F	25 de Junio del 2011
81. Rodriguez Peralta Elizabeth	F	15 de Marzo del 2011

82. tacourth Gaspar AshliBen	F	09 de marzo del 2011
83. De la Cruz Correa Marcela	F	11 de marzo del 2011
84. Casquete Rodriguez Milena	F	01 de marzo del 2011
85. Alabara Josue Ariel	M	10 de marzo del 2011
86. Rodriguez Hurtado Jerferson	M	07 de Febrero del 2011
87. Bistin Lopez	M	27 de Marzo del 2011
88. Flores Mera Maria	F	24 de Marzo del 2011
89. Quiñonez Lavayen Elizabeth	F	24 de Enero del 2011
90. Eyilan Vergara Angel	M	06 de marzo del 2011
91. Sanchez Peña Evelin Andrea	M	10 de Septiembre del 2011
92. Olvera Morales Lenin Jefferson	M	08 de septiembre del 2011
93. Duarte Lara Esneider	M	30 de Agosto del 2011
94. Castro Balladares Joselin	F	03 de Septiembre del 2011
95. lopez Parrales Alfonso	M	14 de Enero del 2011
96. llanos Torres Santiago Nicolas	M	07 de Enero del 2011
97. Milan Gavilanez Andy Nimar	M	16 de Febrero del 2011
98. Naranjo Suarez Nicolas Marcelo	M	03 de Febrero del 2011
99. Moreta Arce Argenis Yeral	M	05 de febrero del 2011
100. Suarez Semes Juliana Julet	F	02 de Febrero del 2011
101. Moncada Rodriguez leonardo	M	06 de marzo del 2011
102. Intriago Castro Britany Domenica	F	31 de Marzo del 2011

**MATRIZ DE RELACIONES DE PROBLEMAS,
OBJETIVOS E HIPOTESIS**

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL
¿Cuáles son las complicaciones clínicas por el inicio temprano de la alimentación complementaria en menores de 12 meses que acuden al subcentro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, en el periodo de junio diciembre de 2011?	Conocer las complicaciones clínicas por el inicio temprano de la alimentación complementaria en menores de 12 meses que acuden al subcentro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, en el periodo de junio diciembre de 2011.	El inicio temprano de la alimentación complementaria provocó complicaciones en los menores de 12 meses que acuden al subcentro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, en el periodo de junio diciembre de 2011.
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS PARTICULAR
¿Cuáles son los alimentos que ingieren como parte de su alimentación complementaria los menores de 12 meses que acuden al subcentro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos?	Conocer los alimentos que ingieren como parte de su alimentación complementaria los menores de 12 meses que acuden al subcentro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos.	Si se identificaran los componentes de la alimentación complementaria en los menores de 12 meses que acuden al subcentro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, en el periodo de junio diciembre de 2011, se podría conocer si ingieren
¿Son los adecuados los alimentos que	Determinar si los alimentos que ingieren	alimentos inadecuados para esta etapa

<p>ingieren como parte de su alimentación complementaria los menores de 12 meses que acuden al subcentro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos?</p> <p>¿De qué manera podemos contribuir a que las madres de los menores de 12 meses que acuden al subcentro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, tengan una correcta información y orientación sobre la alimentación complementaria de sus hijos?</p>	<p>como parte de su alimentación complementaria los menores de 12 meses que acuden al subcentro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, son los adecuados.</p> <p>Contribuir a que las madres de los menores de 12 meses que acuden al sub-centro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, tengan una correcta información y orientación sobre la alimentación complementaria de sus hijos</p>	<p>Si se identifican los alimentos inadecuados que se ingieren como parte de la alimentación complementaria en los menores de 12 meses que acuden al subcentro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, se podrán identificar las causas de las complicaciones.</p> <p>Mediante una propuesta alternativa, se podría contribuir a que las madres de los menores de 12 meses que acuden al subcentro de Salud Nuevo Zapotal área no. 5 de Ventanas, Los Ríos, tengan una correcta información y orientación sobre la alimentación complementaria de sus hijos menores de 12 meses.</p>
--	---	---

ANEXOS

FOTOS

















