

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
HUANUCO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN
ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA



PATRÓN ALIMENTICIO Y ESTADO NUTRICIONAL
EN LACTANTES DE 7 A 12 MESES DE LA ZONA
URBANA DE TINGO MARÍA - 2014

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA

TESISTAS:

Lic.Enf. GEORGINA SONIA ROSALES FIGUEROA

Lic.Enf. WILMER TEOFANES ESPINOZA TORRES

ASESORA: DRA. MARÍA LUZ ORTIZ CRUZ

HUANUCO-PERÚ
2015

DEDICATORIA

A Dios

Por darme la
existencia y gozar de
sus bendiciones.

A nuestros hijos
quienes dan para
nuestra realización
ayuda, entrega y
comprensión.

AGRADECIMIENTO

Es menester reconocer el aporte valioso de las madres de los niños en estudio de la provincia de Leoncio Prado del Departamento de Huánuco a quienes además de tolerar la indiferencia, las amamos profundamente y estamos dispuestos a aprender de ellas. Siendo ellas quienes en mayor probabilidad tendrán que efectuar cambios progresivos en los procesos de atención de sus niños, particularmente en el aspecto nutricional por cuanto es imperioso tener una infancia con buen estado nutricional.

A nuestra asesora de investigación Mg. María Luz Ortiz Cruz por su dedicación y ayuda para la culminación de este estudio.

A los Profesionales de salud, así como a los compañeros de trabajo del Hospital de Apoyo “Tingo María” quienes dieron generosamente su tiempo para la compilación de los datos de la presente investigación.

Al Hospital de apoyo “Tingo María”, que por su carácter de servicios integrales y amplia cobertura motivaron la sensibilidad y responsabilidad para el conocimiento sistemático de la realidad nutricional de los infantes relacionado al estado nutricional el que se encuentra en crisis.

A la comunidad científica, por su aporte inmenso para el desarrollo de la presente investigación.

INTRODUCCIÓN

Una alimentación complementaria oportuna saludable y adecuada sin interrumpir la lactancia natural debe ser una de las prioridades de la nutrición mundial, sin duda, el continuo retraso del crecimiento de muchos niños en el mundo indican que las practicas de alimentación complementaria, siguen siendo inadecuadas en cuanto al uso, oportunidad, calidad, cantidad y salubridad derivando en enfermedades carenciales y desnutrición infantil.⁽¹⁾

En el Perú en comparación con otros países subdesarrollados la desnutrición se expresa en forma más dramática, con grandes magnitudes (47%) para la población infantil, del mismo modo en el Departamento de Huánuco la problemática de la salud infantil es más crítica, revisando información sobre proporciones de desnutrición alcanzan valores por encima del 50% y específicamente en la provincia de Leoncio Prado (Tingo María) la situación merece ser revertida por cuanto la pobreza crónica está afectando seriamente a los niños quienes generalmente adolecen de una atención nutricional adecuada por lo que merece ser revisada de manera sistemática los patrones nutricionales que vienen aplicando las madres y cómo éste influencia en el estado nutricional de los niños.

Consideramos pertinente el estudio por cuanto la promoción y protección de la salud infantil es responsabilidad del profesional de enfermería especialista de éste área y corresponde efectuar estudios basales que permitan orientar acciones coordinadas de salud y participación comunitaria como la continuidad de otras investigaciones relacionadas al tema de la salud infantil.

En el presente trabajo se presenta el informe de la investigación realizada: patrón alimenticio y estado nutricional en lactantes de 7 a 12 meses de la zona urbana de Tingo María – 2014, para lo cual se ha estructurado en siete capítulos:

En el primer capítulo se aborda el problema, los subproblemas, los objetivos y la justificación
En el segundo capítulo se presenta el marco teórico y conceptual, el cual comprende: los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, las hipótesis, las variables y la definición de términos.

En el tercer capítulo se expone la metodología de la investigación la cual esta compuesta de las siguientes partes: tipo de investigación, universo, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y técnicas de procesamiento y análisis de los datos.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados.

En el quinto capítulo se explica la contrastación de hipótesis.

En el sexto capítulo se expone la discusión de los resultados.

En el séptimo y último capítulo se presenta las conclusiones y recomendaciones obtenidas en la presente investigación.

Los autores

INDICE

Dedicatoria

Agradecimiento

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

Pág.

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

- 1.1. Formulación.....
- 1.2. Importancia.....
- 1.3. Objetivos.....
- 1.4. Hipotesis.....
- 1.5. Variables.....

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y DE REFERENCIA

- 2.1. Antecedentes y Marco de referencia.....
- 2.2. Definición de Términos.....

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

- 3.1. Tipo de Estudio.....
- 3.2. Universo y Muestra.....
- 3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....
- 3.4. Procesamiento de Datos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

- 4.1. Presentación y Análisis o Comprobación Estadística.....

CAPÍTULO V

INTERPRETACIÓN Y COMENTARIOS

- 5.1. Interpretación y Comentarios.....59

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 6.1. Conclusiones.....80
6.2. Recomendaciones.....81

CAPÍTULO VII

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN

OBJETIVO. Conocer el tipo de relación que existe entre el patrón nutricional habitual que brinda la madre al niño durante la alimentación complementaria en el período de 7 meses a un año con el estado nutricional.

MÉTODOS. Se utilizó el tipo de estudio descriptivo, analítico y transversal. Participaron las madres y niños de 7 a 12 meses de edad, que acuden al Servicio de CRED del Hospital de Apoyo "Tingo María", a quienes se les aplicó una entrevista y guía de observación relacionada con prácticas alimentarias, disponibilidad y consumo de alimentos. Del mismo modo se recolectaron datos antropométricos para determinar el estado nutricional del niño utilizando la tabla de WATERLOO con los indicadores peso/edad, peso/talla y talla/edad para el análisis.

RESULTADOS.

Al aplicar el componente Score (coeficiente Matrix) de cada relación observamos correlaciones moderadas bajas y bajas, lo que explica que el deficiente patrón alimenticio que aplica la madre determina estados nutricionales de desnutrición en sus diferentes niveles. Con lo que rechazamos la hipótesis nula de que el patrón alimenticio es indiferente para la desnutrición. Es por ello, cuánto mayor número de madres adoptan un patrón alimenticio deficiente o insuficiente (descuidan la alimentación del niño de 7, 8, 9, 10, 11 y 12 meses) el estado nutricional de normalidad disminuye (correlación negativa inversa).

CONCLUSIONES.

Las hipótesis contrastadas a través de la r de Pearson establecen que existe correlación significativa entre el patrón nutricional aplicado por la madre y el estado nutricional del niño. Cuando contrastamos cada Score (Patrón Nutricional Vs. Estado nutricional, Patrón Nutricional Vs. Peso, Vs Talla y Vs Peso/Talla) observamos una fuerza de correlación de moderada a baja, concluyéndose que el patrón nutricional de tipo regular o deficiente está influenciando en el deterioro del estado nutricional normal en los niños de 6 a 12 meses que fueron estudiados.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda mayores esfuerzos por lograr concientizar a las madres de niños de 7 a 12 meses hacia un mayor compromiso por el cuidado en la alimentación infantil.

Palabras claves: Desnutrición infantil, nutrición infantil, patrón alimentario infantil.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Una de las prioridades de la salud pública mundial es la salud infantil, por cuanto se debe enfrentar el reto de la disminución de la morbimortalidad. Para el efecto, todos los proveedores de los servicios de salud de los países, especialmente de quienes se encuentran en condición de subdesarrollo requieren de estrategias que provean una salud infantil libre de riesgos; consecuentemente las acciones mundiales a favor de la infancia como las inmunizaciones, la alimentación complementaria, el control infantil, etc tienen su marcada importancia.⁽²⁾

Muchos esfuerzos se vienen dando a favor de la salud infantil, sin embargo aún no se ha podido alcanzar los objetivos en la presente década, continúan de manera permanente problemas con la salud infantil expresada en enfermedades infecciosas, carenciales y degenerativas. Una nutrición inadecuada que recibe el niño se traduce en desnutrición, el cual representa el flagelo más grande que los gobiernos del mundo luchan por erradicarla, pero que no logra controlarse y es claro esta dificultad por cuanto la cronicidad de la pobreza y la ineficiencia de los sistemas de salud no lo permiten. La subnutrición genera menor velocidad de crecimiento, menor tamaño para la edad, maduración retardada, menor tamaño corporal, mínimos depósitos de grasa e inadecuado desarrollo cerebral, al igual que alteración en la respuesta inmunológica humoral y celular.⁽³⁾

Aproximadamente 1.5 millones de niños siguen muriendo cada año como resultado de una alimentación inapropiada, menos del 35 % de lactantes de todo el mundo se alimenta exclusivamente de leche materna durante los seis primeros meses de vida, y las practicas de alimentación complementarias son con frecuencia inapropiadas y peligrosas La desnutrición viene cobrando cifras con proporciones por encima del 23 % en diferentes países; pero para países en desarrollo éstas cifras alcanzan valores hasta de un 38%

La variedad, escala y frecuencia en las situaciones de emergencia, pandemias como el VIH/SIDA, la complejidad de los modos de vida modernos, juntos con la divulgación constante de mensajes contradictorios y las costumbres cambiantes con

respecto a la lactancia natural hacen que resulte complicado satisfacer las necesidades nutricionales de los lactantes y niños pequeños.⁽⁴⁾

Durante la primera mitad del siglo XX, la desnutrición infantil constituyó un problema grave de la salud pública en América Latina, debido al marcado subdesarrollo, a la pobreza de las clases obrera y campesina, al crecimiento de la periferia de las ciudades por emigración del campo a la ciudad, y a la importante disminución de la lactancia materna a niveles tan bajos como un 30% al 3^{er} mes de vida. Esto se traducía en una mortalidad infantil elevada por su asociación con variadas enfermedades transmisibles, especialmente diarrea aguda y sarampión. La mortalidad infantil se mantenía en niveles cercanos a 120 /1000 mil nacidos vivos a principios de siglo. Es éste contexto uno de los países mucho más afectados fue Guatemala el que ha mantenido cifras de desnutrición elevadas (38% de preescolares en 1998), aunque no cuentan con sistemas de suficiente cobertura que permitan medir la magnitud real del problema.⁽⁵⁾

En nuestro país se calcula que hasta un 25 a 30% de la población infantil sufre de desnutrición. Ello obligó a las autoridades de salud a crear Servicios de Salud, con programas de ampliación de coberturas en el control de la salud, vacunación, y distribución de alimentación complementaria, especialmente leche, más el fomento y recuperación de las cifras de lactancia materna. Esta iniciativa permitió reducir las cifras de desnutrición a los niveles actuales, permitiendo que para en el presente siglo XXI la desnutrición infantil alcance cifras inferiores al 1% en el menor de 6 años.⁽⁶⁾

El problema de la desnutrición afecta principalmente a grupos de extrema marginalidad, y a personas que sufren patologías que interfieren en el desarrollo del niño. Persiste aún la preocupación por las cifras (hasta 10%) aún significativas del llamado “riesgo nutricional” en grupo etéreo entre 6 y 24 meses, y de algunas carencias específicas, como hierro y zinc, las que pueden repercutir en deficiente talla en las edades de preescolar y escolar y en otras consecuencias en el plano cognitivo (hierro). La suplementación y mayor focalización del Programa de alimentación complementaria (PNAC) pretende mejorar estas deficiencias.

En el Departamento de Huánuco es notorio la problemática de la desnutrición que tiene sus causas en la situación de pobreza y extrema pobreza en que viven las personas. Se suma la crisis socioeconómica, política y la guerra interna que enfrentan sus pobladores.

Tingo María es una de las provincias del Departamento de Huánuco que enfrenta crisis de pobreza. Sus niños menores de cinco años presentan problemas de desnutrición en 57% de su población infantil, la parasitosis cubre hasta un 78% de sus niños, la anemia derivado de la parasitosis alcanza cifras porcentuales de un 45%. Estas brechas de grupos poblacionales vulnerables a lo largo de éstos decenios no han podido revertirse pese a los programas sociales de apoyo, en tal sentido se abriga la esperanza de encontrar la estrategia que más revierta tal situación, por ello es conveniente contar con información sistematizada acerca de aspectos claves para el desarrollo y crecimiento del niño. En ése sentido surgió la inquietud de conocer la correspondencia entre el patrón nutricional que asumen las madres para alimentar a sus niños y cómo éste influye en el estado nutricional.⁽⁷⁾

En consecuencia la presente investigación del que damos cuenta asume ése deseo con la intención de posibilitar cambios paulatinos en las madres hacia un patrón nutricional mucho más completo y variado que permita un mejor estado nutricional, conjuntamente con otras medidas asociadas hacia una salud infantil fortalecida con todos sus actores sociales.

1.2- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Qué relación existe entre el patrón alimenticio suministrado por la madre con el estado nutricional de los niños lactantes de 7 a 12 meses que asisten al Subprograma de Crecimiento y Desarrollo del Niño del Hospital de Tingo María en el período del 2014?

Problemas Anexos

¿Guardan relación estrecha el patrón alimenticio aplicado por la madre con el estado nutricional del niño ?.

¿Qué tipo de relación se establecen entre el patrón nutricional y el estado nutricional de los niños que asisten al programa de CRED de Tingo María?

¿Se aprecia un deterioro de la salud del niño referente al estado nutricional a causa de un patrón alimenticio inadecuado?

¿Los niños de 7 a 12 meses guardan un pronóstico nutricional de riesgo a causa de un patrón nutricional inadecuado?

1.2- IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN.

Aproximadamente 200 millones de niños menores de cinco años (40% de todos los niños de esta edad en los países en desarrollo) carecen de nutrición suficiente para llevar una vida plenamente activa. De igual forma en el Perú y en la trayectoria de sus departamentos de pobreza se evidencian crisis sanitarias que se expresa en altas tasas de morbimortalidad infantil: 29/1000 n.v, por tanto es imperativo cambiar ésta historia sanitaria con esfuerzos mancomunados, en tal sentido los especialistas en la salud infantil nos sumamos a tal intensionalidad y frente a ello empoderarnos de los predictores como es el caso del conocimiento del patrón nutricional que asumen las madres para con sus niños, para que con dicho dominio se posibilite intervenciones mucho más eficaces atacando frontalmente a las causas de la desnutrición infantil.

1.3- OBJETIVOS:

a.- GENERAL:

Determinar el tipo de relación que existe entre el patrón alimenticio aplicado por la madre y el estado nutricional de los niños lactantes de 7 a 12 meses que asisten al Subprograma de Crecimiento y Desarrollo del Niño del Hospital de Tingo María en el período del 2014.

b.- ESPECIFICOS:

- Determinar las características sociodemográficas, situación económica de las madres de los niños en estudio.
- Determinar las características perinatales, características epidemiológicas, sociodemográficas, los cuidados preventivos, características de la atención de la alimentación, y edad de inicio de la alimentación complementaria de los niños en estudio.

- Identificar los alimentos, tipo de la alimentación administrada por sus madres a los niños de 7 a 12 meses de edad según ración.
- Identificar el patrón alimenticio, estado nutricional de los niños en estudio
- Establecer la relación entre el patrón alimenticio aplicado a los niños de 7 a 12 meses y el estado nutricional mediante la correlación de pearson.

1.4- HIPOTESIS:

- **Hipótesis General:**

El estado nutricional guarda relación directa y positiva con el estado nutricional de los niños de 7 a 12 meses, usuarios del Subprograma de CRED del Hospital de Apoyo “Tingo María”.

- **Hipótesis Específicas:**

H₀₁ : No Existe relación significativa entre el patrón nutricional aplicado a los niños de 7 a 12 meses y el estado nutricional de los niños en estudio, usuarios del Subprograma de CRED.

H_{a1} : Existe relación significativa entre el patrón nutricional aplicado a los niños de 7 a 12 meses y el estado nutricional de los niños en estudio, usuarios del Subprograma de CRED.

1.5- VARIABLES:

a.- VARIABLE DEPENDIENTE:

Estado Nutricional

b.- VARIABLE INDEPENDIENTE:

Patrón nutricional de los niños de 7 a 12 meses

ESQUEMA DE IDENTIFICACION Y MEDICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
<i>VARIABLE DEPENDIENTE</i>			
Estado Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Desnutrición global • Desnutrición aguda • Desnutrición crónica • Desnutrición crónica reagudizada 	Cualitativa	NOMINAL
<i>VARIABLE INDEPENDIENTE</i>			
Su niño, nació en	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de Salud • En su domicilio 	Cualitativa	NOMINAL
Tipo de parto en que nació su niño	<ul style="list-style-type: none"> • Eutocico • Distocico 	Cualitativa	NOMINAL
Peso al nacer su niño	<ul style="list-style-type: none"> • < 2500 g. • 2 501 – 2 999 g. • 3 000 – 3 499 g. • > 3 500 g. 	Cuantitativa	DE INTERVALO
Se ha enfermado su niño en estos 2 últimos meses	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa	NOMINAL
Si se enfermo qué tuvo	<ul style="list-style-type: none"> • Diarreas • Vómitos • Resfriados • Otros 	Cualitativa	NOMINAL
Siguió alimentando a su niño Durante la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa	NOMINAL

niño tiene buen apetito	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa	ORDINAL
Número de controles de CRED	<ul style="list-style-type: none"> • 1 – 3 • 4 – 6 • 7 a + 	Cuantitativa	DE INTERVALO
Vacunación de su niño	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa	NOMINAL
Responsable de la preparación de los alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Mamá • Abuela • Otro familiar • Empleada • Otro 	Cualitativa	NOMINAL
Planifica con anticipación la comida de su niño	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa	NOMINAL
Tipo de ayuda alimentaria que recibe para su niño	<ul style="list-style-type: none"> • PANFAR • CUSIAYLLU • PRONAA • INABIF • VASO DE LECHE • NO RECIBE 	Cualitativa	NOMINAL
Cuántas veces al día consume las comidas su niño.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 vez al día • 2 veces al día • 3 veces al día • 4 veces al día • 5 veces al día 	Cualitativa	NOMINAL
Raciones alimenticias que recibe diariamente su niño	<ul style="list-style-type: none"> • Desayuno • Media mañana • Almuerzo • Media tarde • Comida 	Cualitativa	NOMINAL

	<ul style="list-style-type: none"> • Aún no recibe 		
Frecuencia del consumo de carne	<ul style="list-style-type: none"> • Diario • Interdiario • No consume • Dos veces por semana • Una vez por semana 	Cualitativa	NOMINAL
Tipos de líquidos que consume su niño durante el día	<ul style="list-style-type: none"> • Agua • Jugos • Sopas • Refrescos • Café • Té • No consume 	Cualitativa	NOMINAL
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA			
Edad de la madre	<ul style="list-style-type: none"> • Años 	Cuantitativa	DE RAZÓN
Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente • Divorciada 	Cualitativa	NOMINAL
Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior 	Cualitativa	NOMINAL
Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Comerciante • Empleada • Ambulante 	Cualitativa	NOMINAL
Ingreso Económico Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • < de 599.00 Escaso • 600 – 899.00 Insuficiente • 900 – 1 099.00 Bajo 	Variable Cuantitativa	ORDINAL

	<ul style="list-style-type: none"> • 1 100 – 1 399.00 Aceptable • 1 400 a + Suficiente 		
Sexo del niño	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Variable Cualitativa	NOMINAL
Edad del niño	<ul style="list-style-type: none"> • Meses 	Variable Cuantitativa	DE RAZÓN

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA.

2.1.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

Entre los estudios realizados en relación con el presente tema se encuentran los siguientes:

Henríquez y Hernández (1997) en una investigación titulada: "*Evaluación Nutricional Antropométrica*", auspiciada por FUDACREDESA realizada en la ciudad de Caracas en los Centros Hospitalarios Públicos durante el período 1996-1997, donde se tomó como muestra 356 niños que acuden a las consultas, para determinar mediante las variables de Talla, Peso y Circunferencia Cefálica; el nivel nutricional y crecimiento normal en cada edad del niño. Entre las conclusiones que se derivaron de esta investigación destaca la existencia de un déficit nutricional en los niños que conformaron la muestra, ya que las variables consideradas arrojaron resultados alejados de los estándares pautados, por lo que es notable un bajo nivel nutricional en la población estudiada en la investigación precitada.

Así, de esta manera se evidencia un notable desmejoramiento en la calidad nutricional de la población infantil ya que al considerar los parámetros ya señalados, el estudio anterior encontró que el nivel nutricional de la muestra considerada era inferior a lo normal, según lo pautado en los parámetros internacionales de la relación al caso venezolano. ⁽⁸⁾

Otro estudio realizado por Méndez (1997) sobre el *Desarrollo y Crecimiento Humano en Venezuela* realizado con el apoyo de la Escuela Técnica Popular Don Bosco, destaca que los altos niveles de pobreza crítica que en el país subsisten y el alto índice de desnutrición que en pueblo venezolano se observó, son atribuibles a la ausencia de educación de la población menos favorecida sobre la manera de aprovechar los diferentes alimentos con el fin de mejorar la nutrición familiar, en contraposición, muchas veces el nivel económico es un factor incidente en la calidad de la alimentación de estas familias.

De esta manera, la condición de pobreza de muchas familias es un indicio clave de problemas nutricionales de sus integrantes, ya que debido a los ingresos económicos no son suficientes para acceder a una alimentación balanceada, aunque, como lo señala el estudio anteriormente citado, el problema de la desnutrición parece ser multifactorial, ya que en muchos casos las familias de escasos recursos tiene una baja educación relacionada la manera de utilizar los diferentes alimentos disponibles y producibles en la zona para mejorar el nivel nutricional de la familia.⁽⁹⁾

Lemus (2000), por su parte, en un *"Informe Antropométrico de los Niños menores de 15 años que Asisten a los Centros de Salud Evaluados por el Sistema de Vigilancia Nutricional (SISVAN) del Estado Cojedes"* en el año 1999, donde los auxiliares de enfermería adscritos al Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) tomaron muestras representativas de niños en los diferentes centros de salud del Estado, donde fueron evaluados 12.782 niños menores de 15 años. Los resultados de estas evaluaciones concluyen en la existencia de un mayor déficit nutricional en los niños de las localidades de Tinaco y el Pao; recomendando la puesta en marcha de programas nutricionales con mayor énfasis en las zonas antes mencionadas. Esto demuestra que en el Estado Cojedes existe una incidencia de desnutrición en algunos sectores de la población, específicamente en los niños en edades de crecimiento.⁽¹⁰⁾

La **Asamblea Mundial de la Salud 53^a** examinó el informe sobre la nutrición de lactante y del niño pequeño decidiendo remitir el asunto al Consejo ejecutivo en la 107^a sosteniendo la estrategia mundial que debería basarse en logros del pasado especialmente en la iniciativa "Hospitales Amigos del Niño". El código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y de la Declaración de Inocenti

sobre la protección, fomento y apoyo a la lactancia materna hece hincapié en la necesidad de políticas nacionales exhaustivas sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño en circunstancias excepcionalmente difíciles y establece la necesidad de que todos los servicios de salud protejan, promuevan y apoyen a la Lactancia Materna natural exclusiva y una alimentación complementaria apropiada y oportuna al prolongar la lactancia.

El Consejo Directivo de la Asamblea Mundial de Salud 2002; coinciden que el objetivo primordial de la estrategia es ayudar a satisfacer el derecho de todos los niños al grado máximo de salud que se puede lograr mediante protección y promoción de una de las prácticas de alimentación óptima y el apoyo de las mismas teniendo en cuenta los factores ambientales, culturales predominantes así como los factores de riesgos por ejemplo la disponibilidad, inocuidad, calidad de alimentos complementarios la posibilidad de la contaminación ambiental, las pautas de la morbilidad y mortalidad de los lactantes y niños pequeños así como los beneficios del espaciamiento del embarazo debido a la lactancia materna exclusiva.⁽¹¹⁾

LOOL,M. (2001), estudió, relizó y preparó “Guías alimentarias para niños en el primer año de vida” en Guatemala determinando que en el primer año de vida los niños presentan deficiencias nutricionales relacionadas a las prácticas inadecuadas de lactancia materna y de alimentación complementaria. Por lo tanto elaboro guías alimentarias, tomando en cuenta los problemas antes mencionados y la caracterización del grupo en estudio. Con esta información se jerarquizaron problemas alimentario - nutricionales, determinando el patrón dietético y las recomendaciones.⁽¹²⁾

2.1.2 MARCO DE REFERENCIA.

SUPUESTOS DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA.

El estado nutricional en el primer año de vida es crítico, ya que el crecimiento y desarrollo son los más rápidos del ciclo vital y el bebé es más inmaduro y vulnerable de lo que va hacerlo nunca. No hay que olvidar que los bebés tiene que doblar el peso del nacimiento a los cuatro meses y triplicarlo al año. Por lo que es especialmente importante asegurarle una alimentación suficiente y adecuada, con el triple objetivo de

satisfacer sus necesidades nutritivas, prevenir y/o tratar diversas situaciones patológicas y crear unos hábitos alimentarios adecuados.⁽¹³⁾

La leche como alimento único a partir de los seis meses no proporciona energía y nutrientes que precisa el lactante a partir de esta edad, y además, como sus funciones digestivas han madurado, se debe incluir una alimentación complementaria, siguiendo unas normas regladas.⁽¹⁴⁾

No se recomienda introducir nuevos alimentos antes de los 5 – 6 meses, aunque tampoco es aconsejable hacerlo más allá de los seis, porque la falta de diversificación es motivo frecuente de anorexia (pérdida de apetito), a la vez que se desaprovecha una época válida para la educación del gusto y la adaptación progresiva a una alimentación equilibrada, variada y suficiente.⁽¹²⁾

A la edad de seis meses, el Beikost no debe proporcionar más del 50% de las calorías diarias.

Al ir haciéndose mayor, se le irá disminuyendo el número de tomas, de forma que de las 6 – 8 veces al día que suele alimentarse al empezar la lactancia, pasará progresivamente a 4-5 tomas en la segunda mitad del primer año. Ello no debe comprometer el aporte total de leche (materna, de fórmula o productos lácteos equivalentes), que debe mantenerse, por encima del medio litro al día.

En esta etapa el aporte de agua es fundamental; al introducir los alimentos sólidos, el aporte hídrico debe aumentarse. Hay que ofrecerles a menudo agua, y más en situaciones de enfermedad, fiebre, diarreas, etc.⁽¹⁵⁾

INICIO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA .

La forma habitual de introducir la alimentación complementaria es ir sustituyendo, de una en una, las tomas de leche que recibe el lactante por los distintos componentes de la alimentación complementaria (papilla de cereales, fruta, pure de verdura...); con intervalo suficiente para que el niño vaya aceptando los nuevos alimentos, probando la tolerancia del niño a los mismos antes de introducir uno nuevo y dando tiempo a la adaptación de su organismo: Esto ayudará a los padres a identificar cualquier alergia o intolerancia a alimentos específicos.

Es muy importante en este periodo, permitir que la cantidad de alimento pueda variar de un día a otro y de una semana a otra, según el apetito del niño.⁽¹⁶⁾

El lactante es especialmente sensible y vulnerable ante transgresiones dietéticas y sus consecuencias son más serias que en el niño mayor y el adulto; puede desarrollar anemia por consumo temprano de leche de vaca, intolerancia a la leche de vaca, celiacía o intolerancia al gluten y alergias alimentarias.

En este periodo es de vital importancia la introducción tardía del gluten (proteína presente en trigo, centeno, avena, cebada y triticale o híbrido de trigo y centeno) en la dieta para reducir el riesgo de celiacía. Es más, cuando más tardía es la introducción del gluten, más benigno y menos agresivo será el debut de la enfermedad, si es que se produce. Los cereales que no contienen gluten son arroz, maíz y sorgo.⁽¹⁷⁾

También hay que destacar la importancia de retrasar aquellos alimentos más alergénicos como el huevo, el pescado o algunas frutas como la fresa o el melocotón a un momento en que la permeabilidad intestinal sea menor y disminuyan las posibilidades de desarrollar una alergia alimentaria; y en niños con antecedentes atípicos, nunca antes del año.

Es muy importante en este periodo, permitir que la cantidad de alimento pueda variar de un día a otro y de una semana a otra según el apetito del niño.

El control del peso durante el periodo de lactancia se ha centrado tradicionalmente en la detección de la desnutrición, pero los cambios en el nivel de vida de nuestro país hacen menos frecuente esta circunstancia salvo en enfermedades crónicas, y comienzan a aparecer problemas de sobrepeso y obesidad. En el periodo lactante, especialmente tras la introducción del "beikost", debemos estar alerta, ya que si se instaura la obesidad a estas edades será más difícil erradicar este trastorno posteriormente.⁽¹⁸⁾

RIESGOS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

El inicio de la ablactancia en el momento y con los alimentos inadecuados pueden producir en el niño consecuencias perjudiciales a corto y largo plazo. El inicio

temprano puede producir problemas renales, gastrointestinales o alergias. El inicio tardío puede generar dietas balanceadas.

Otros problemas pueden verse relacionados con la obesidad o hipertensión a largo plazo. Con el fin de evitar que el niño se atragante evite suministrar alimentos como uvas, dulces marmelos, zanahoria cruda, maní, maíz pira y chicle.⁽²²⁾

INTRODUCCION DE LOS NUEVOS ALIMENTOS UNO POR UNO:

- ◆ **LOS CEREALES.** Se introduzcan alrededor de los 5-6 meses y nunca antes del cuarto. Primero serán sin gluten para evitar sensibilizaciones e intolerancias a esta proteína. A partir de los 7-8 meses se puede dar mezcla de cereales con gluten. A menudo es el primer elemento distinto de la leche que se introduce en la dieta de los lactantes.

Los cereales contribuyen al aporte energético, son fuente de proteínas, minerales, vitaminas (tiamina especialmente), ácidos grasos esenciales e hidratos de carbono de absorción lenta, por lo que permite espaciar más las tomas. No obstante, al tratarse de un alimento calórico, existe riesgo de sobrealimentación si se abusa de su consumo. Para preparar las papillas debe utilizarse la leche habitual y añadir el cereal necesario, manteniendo así el aporte mínimo de 500 c.c. de leche diarios.

- ◆ **LAS FRUTAS.** Se empezará a partir de los 5 meses con zumo de frutas, y más adelante con una papilla de frutas por su aporte vitamínico, nunca sustituyendo a una toma de leche, sino complementándola. Se deben emplear frutas variadas (naranja, manzana, pera, uva, ciruela), para contribuir a educar el gusto, y es preferible evitar las alergénicas como fresa, fresa, frambuesa, kiwi y melocotón. Suelen introducirse después de conseguida la aceptación de los cereales, aunque puede hacerse a la inversa. No deben endulzarse con azúcar. No tienen base nutricional ofrecer zumos de fruta antes de los 4 meses y son probables las reacciones adversas.
- ◆ **LAS VERDURAS Y PATATAS.** Se irán introduciendo a partir de los 6 meses por su aporte de sales minerales. Se deben evitar al principio las verduras con alto

contenido de nitratos, como remolacha, espinacas, acelgas y nabos, incluso de cultivo biológico, no introduciéndolas diariamente. No debe aprovecharse el agua de cocción de estas verduras para añadir al biberón. Por ello, al principio se han de preferir patatas, judías verdes, calabacín, etc. Para más tarde introducir las demás verduras. Estas deben cocerse con poca agua y en este caso si se puede aprovechar el caldo de cocción, en el que quedan disueltas parte de las sales minerales.

Al principio se recomienda evitar las flatulencias (col, coliflor, nabo) o muy aromáticas (puerro, espárragos). Conviene añadir una cucharada de postre de aceite de oliva al puré, pero no debe añadirse sal.

- ◆ **CARNES.** Preferiblemente las menos grasas, empezando por el pollo y nunca antes de los seis meses, en una cantidad de 10 – 15 gramos por día y aumentando 10 – 15 gramos por mes, hasta un máximo de 40 – 50 gramos, mezclada y batida la carne con patata y verduras. Posteriormente se introduce la ternera, el cordero y otras. Aportan proteínas de alto valor biológico, lípidos, hierro, zinc y ciertas vitaminas. Las vísceras (hígado, sesos, etc) no tienen ventajas sobre la carne magra y aportan exceso de colesterol y grasa saturada.
- ◆ **PESCADOS.** Nunca comenzar antes de los nueve meses debido a su mayor capacidad de provocar alergia, y si el bebé tiene antecedentes familiares de alergia, incluso hasta pasado el año de edad. A partir de esta edad, el pescado puede sustituir a alguna toma de la carne. Es conveniente empezar por pescados blancos como merluza, lenguado, rape, gallo, siendo extremadamente cuidadosos con las espinas.
- ◆ **HUEVOS.** Nunca crudos. Se introducirá primero la yema cocida sobre el noveno mes añadida al puré de medio día, para tomar el huevo entero (con la clara) hacia los doce meses. Puede sustituir a la carne. La frecuencia de consumo recomendada es de 2 – 3 unidades por semana. La yema es buena fuente de grasas, ácidos grasos esenciales, vitamina A, D y hierro. La clara aporta principalmente proteínas de alto valor biológico, pero entre ellas se encuentra la ovo albúmina, con capacidad de provocar alergia.

- ◆ **LEGUMBRES.** Anadidas al puré a partir de los 18 meses. Si se mezclan con arroz u otros cereales, sustituyen a la carne, y se pueden tomar así hasta dos veces por semana.
- ◆ **YOGURES.** A partir del octavo mes; natural, sin azúcar como complemento de la merienda, sólo o mezclado con la papilla de frutas.
- ◆ **AZÚCARES REFINADOS, MIEL Y OTROS DULCES.** No es recomendable el consumo de azúcar, pues la dieta del bebé tiene un aporte adecuado de hidratos de carbon. Es muy importante no alimentar a los lactantes con miel ni jarabe de maíz debido a que estos alimentos se han identificado como las únicas fuentes dietéticas de las esporas del Clostridium botulinum y a esta edad no tienen la inmunidad suficiente para resistir el desarrollo de estas esporas causantes del botulismo.
- ◆ **AGUA.** Mientras el lactante recibe sólo leche materna o fórmula no requiere de líquidos adicionales, salvo en situaciones extremas de calor o pérdidas aumentadas de líquidos (fiebre, diarrea). Por el contrario, ya que la alimentación complementaria supone una mayor carga renal de solutos, no basta con los líquidos aportados por la leche y otros alimentos, y se debe ofrecer al niño agua con frecuencia.
- ◆ **LA LECHE DE VACA.** Nunca se introducirá antes del año, y cuando se incluya en la dieta deberá ser entera, por su aporte de vitaminas liposolubles (solubles en grasa) y grasas, salvo que haya recomendación médica que especifique otra cosa.⁽¹⁹⁾

EDAD DE INTRODUCCION DE LOS ALIMENTOS

Nutrientes / meses		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Cereales	sin gluten						■	■	■	■	■	■	■
	con gluten						■	■	■	■	■	■	■
Fruta	zumo						■	■	■	■	■	■	■
	pieza						■	■	■	■	■	■	■
Verduras	Espinaca, col												
	Remolacha						■	■	■	■	■	■	■
	Restos						■	■	■	■	■	■	■
Carne	Pollo						■	■	■	■	■	■	■
	Cordero						■	■	■	■	■	■	■

→ **Minerales.** El hierro es el que puede dar lugar a deficiencias, aunque la leche materna es pobre en hierro su disponibilidad es muy elevada y puede cubrir las necesidades hasta 4 a 6 meses.⁽²⁰⁾

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES:

El conocimiento de las necesidades nutricionales del lactente en los primeros meses se ha obtenido del modelo biológico insuperable que es la leche materna capaz de cubrir por sí sola las necesidades energéticas hasta los 6 meses, a partir de entonces podrían establecerse carencias de algunos nutrientes. La sociedad europea de Gastroenterología y Nutrición establece que la alimentación complementaria no se introduzca antes de los 4 meses ni después de los 6 meses. Las fórmulas de inicio deben asemejarse todo lo posible a la leche de la mujer. Las recomendaciones de ingesta más utilizadas son elaboradas por el comité de expertos FOOD AND NUTRITION BOARD DE LA NATIONAL RESEARCH COUNCIL EN SU EDITION 1998, establecen y recomiendan las raciones dietéticas para cubrir las necesidades del 97 y 98% de la población en referencia en la ingesta de fósforo, calcio, magnesio, vitamina D y vitaminas del grupo B.

Las necesidades diarias de agua son aproximadamente de 150 ml/Kg de peso al día pudiendo variar en función de la temperatura aumento de pérdidas o carga renal de solutos de la alimentación.⁽²¹⁾

LA NUTRICIÓN EN LA ETAPA DE CRECIMIENTO

La nutrición en la etapa de crecimiento es esencial para conseguir un desarrollo adecuado en peso y talla y alcanzar un óptimo estado de salud. El papel de los padres en esta fase es fundamental.

La nutrición es un proceso complejo que comprende el conocimiento de los mecanismos mediante los cuales los seres vivos utilizan e incorporan los nutrientes, para desarrollar y mantener sus tejidos y obtienen la energía necesaria para realizar sus funciones.

Objetivo de la nutrición

La obtención de los alimentos debe tener como objetivo fundamental mantener el organismo en un estado de salud óptimo. Además:

- Debe asegurar la perpetuidad de la especie sin degeneraciones de ningún tipo.
- Permitir el rendimiento básico de todas las nobles actividades que se pueden esperar del ser humano.
- En el niño debe posibilitar el desarrollo normal y armonioso de cuerpo construyendo un terreno sólido y resistente frente a todas las enfermedades.

PAPEL DE LA NUTRICIÓN

La alimentación del niño significa más para su crecimiento y desarrollo que la simple actitud de suministrarle los elementos nutritivos que cubran sus necesidades y su crecimiento vegetativo.

Los padres deben ser conscientes de que cuando alimentan a sus hijos no sólo se les proporcionan determinados nutrientes, sino también pautas de comportamiento alimentario. El niño cuando come, se comunica, experimenta, aprende, juega y obtiene placer y seguridad. Así pues, hay que saber elegir la alimentación que más le conviene y conocer la composición nutritiva de cuanto se le ofrece a la hora de comer. Durante el período preescolar, la comida desempeña un papel muy importante en al menos tres áreas de su desarrollo:

- **Físicamente:** Contribuye al dominio motor y a la coordinación del cuerpo, los ojos, las manos y la boca en las complejas operaciones necesarias para tragar, y supone un buen ejercicio del uso seguro de los músculos de la boca y de la garganta, imprescindibles para las funciones de alimentarse y hablar.
- **Mentalmente:** La alimentación constituye un importante proceso de aprendizaje, pues los hábitos adquiridos en la niñez influyen decisivamente en la configuración de futuras dietas. Además, una alimentación sana facilita el desarrollo mental a través de la percepción sensorial, lo cual aumenta su capacidad de memoria.

- **Emocionalmente:** La comida es un momento privilegiado para el niño que obtiene seguridad y aprende a amar y a ser amado.

Durante la infancia tiene lugar un proceso decisivo para un aporte dietético variado y adecuado de los alimentos, y que no es más que la **maduración del gusto alimentario**, que depende fundamentalmente del aprendizaje. En la formación del gusto alimentario intervienen factores genéticos, culturales y sociales, así como el aprendizaje condicionado.

Durante la edad preescolar se produce una **maduración del autocontrol de la ingesta alimentaria**, así como una disminución de las necesidades de energía por kg. de peso, con relación a períodos anteriores, que condicionan actitudes que son interpretadas como de disminución del apetito, y que pueden conducir a problemas madre/padre-hijo.

APORTE ADECUADO DE NUTRIENTES

El avance en los conocimientos sobre la nutrición infantil "ideal" tiene como objetivos el estudio del crecimiento y desarrollo, el análisis de sus bases, sus consecuencias inmediatas y, a largo plazo, las de la alimentación que recibe el niño.

- ❖ El **aporte adecuado de nutrientes** al niño es un factor decisivo para conseguir un estado de salud adecuado y un desarrollo en peso y estatura óptimo. Así, el aporte correcto de nutrientes debe cubrir en el niño las necesidades de su organismo en calorías, principios inmediatos, sales, coenzimas y otros factores biogénicos.
- ❖ El **exceso de alimentación** puede llegar a producir un aumento en la masa corporal pero no en la talla, mientras que el **déficit de nutrientes** cualitativo o cuantitativo, produce una pérdida de peso y, si se prolonga en el tiempo, también determinaría una disminución en la talla.

ALIMENTACIÓN DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA

En los niños menores de un año es importante el tipo de alimento que se suministra, a qué edad, la forma de preparación y la cantidad pues esta etapa es crucial para la adquisición de buenos hábitos alimentarios y un adecuado estado nutricional. La introducción gradual de nuevos alimentos después de los cuatro meses contribuye a disminuir la aparición de alergias y problemas gastrointestinales y el inicio de alimentos semisólidos después de los 7 meses fomenta el aprendizaje de la masticación, mejorando la dieta de los pequeños.

Aunque algunas fuentes indican que no es importante el orden en el que se comienzan a ofrecer los alimentos después de los 6 meses, algunas otras sí consideran que al poner un orden se facilita el conocimiento y aceptación de cada niño a los diferentes sabores y texturas (Tabla 1).

Tabla 1: Esquema de alimentación

	0 - 4 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	8 - 9 meses	10 meses	12 meses
Leche materna o fórmula láctea	<input type="checkbox"/>							
Frutas				<input type="checkbox"/>				
verduras y cereales				<input type="checkbox"/>				
cranes				<input type="checkbox"/>				
Tubérculos, plátanos, pan, galletas					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yema de huevo						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leguminosas							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todos los alimentos								<input type="checkbox"/>

Las últimas recomendaciones sobre la alimentación durante los primeros 5-6 meses de vida son alimentar al bebé con leche propia de la madre. A partir de los 5-6 meses se debe iniciar paulatinamente la introducción de otros alimentos y si se desea, cambiar la leche materna por una fórmula infantil de las denominadas de continuación -2. Debemos asegurar la ingesta de al menos 500 c/c de leche al día. El gluten (proteína

presente en todos los cereales salvo de maíz, arroz y tapioca) debe iniciarse a partir del sexto mes cumplido.

Al introducir el pescado, es mejor darlo por la noche, a modo de cena 3 días a la semana. Ello conlleva una toma menos de leche, por lo que los días que el bebé deba tomar pescado podemos ofrecerle leche con cereales en la merienda, en lugar de la fruta, para asegurar de este modo el aporte de este modo el aporte de al menos litro de leche al día.

0 – 4 meses:

Del nacimiento a los 4 meses lo único que los bebés necesitan es la leche materna o en su defecto fórmulas lácteas infantiles. Más de 20 años de investigación han demostrado que niños alimentados con leche materna tienen un menor número de hospitalizaciones, infecciones en los oídos, diarrea, alergias entre otros, que los niños alimentados con biberón. La Academia Americana de Pediatría recomienda que los niños sean alimentados durante 6 a 12 meses con leche materna y no recomiendan la introducción de leche de vaca antes del año de edad.

La mayoría de recién nacidos se alimentan cada 2 a 4 horas y cuando cumplen los 4 meses una gran parte de ellos no se alimentan de noche. Una preocupación muy común entre los padres de familia es saber si el bebé ha comido suficiente. Pues bien, si el niño se queda dormido, o muerde el pezón, cierra los labios si trata de alimentarlo o sonríe y suelta el pezón o chupo, es una clara indicación de que el niño se encuentra satisfecho. Cuando esto suceda debe insistirse. Es probable que el bebé vomite debido a que su estómago es pequeño.

4 y 5 meses:

Es en este período cuando se inicia la alimentación complementaria con jugos y compotas de frutas no ácidas, pues éstas últimas pueden producir alergias en los bebés.

Las frutas aportan vitamina A,C, carbohidratos y fibra útil para regular la función digestiva. Puede suministrar: guayaba, granadilla, mango, banano, papaya, manzana, naranja, plátano, pera, durazno, melon, todas sin azúcar. La cantidad adecuada a suministrar es de 3 a 4 onzas diarias de jugo ofrecido con taza y cuchara o alrededor de medio pocillo chocolatero de compota, sin embargo al comienzo recibirá solamente

unas pocas cucharaditas y en lo posible esperar la administración hasta después de los 6 meses..

4 – 6 meses:

Leche infantil de continuación -2 Cereales infantiles sin gluten. A los 4 meses: Frutas; y a los 5 meses y medio: puré de verduras con pollo.

Tabla 2
Menú modelo de alimentación en
Bebés de 4 a 6 meses

	4 meses	5 meses	6 meses
DESAYUNO (7 -8 horas)	Leche materna	Compota fruta (1/4 pocillo) Leche materna	Compota fruta (1/4 pocillo) Leche materna
MEDIA MAÑANA (10 horas)	Leche materna	Papilla (1/4 pocillo) Leche materna	Papilla (1/4 pocillo) Leche materna
ALMUERZO (13 horas)	Compota fruta (1/2 pocillo) Leche materna	Puré verdura (1/4 pocillo) Leche materna	Crema de Verdura con carne (4 onzas) jugo (4 onzas)
MEDIA TARDE (16 – 17 horas)	Leche materna	Leche materna	Leche materna
COMIDA (20 – 21 horas)	Leche materna	Crema de verdura (4 onzas) jugo (4 onzas)	Crema de verdura (4 onzas) jugo (4 onzas)

7 – 8 meses:

Cereales infantiles con gluten (después del 6º mes cumplido), a los 7 meses introducir carne de ternera.

8 – 9 meses:

8 meses (si no hay antecedentes de alergia), introducir pescado blanco, tipo merluza, rape, lenguado, gallo.

10 – 12 meses:

10 meses: huevo duro (primero yema después completo). 1 – 2 veces semanales. A partir de los 12 meses: Tortilla francesa de un huevo, muy hecha.

Tabla 3
Menú modelo de alimentación en
Bebés de 7 a 12 meses

	7 meses	8 - 9 meses	10 - 12 meses
DESAYUNO (7 - 8 horas)	Compota fruta (1/4 pocillo) Galleta (1 unidad) Leche materna	Compota fruta (1/4 pocillo) Pan (1 unidad) Yema de huevo Leche materna	Fruta (1/2 pocillo) Pan (1 unidad) Yema de huevo Leche materna
ALMORZADA (10 horas)	Papilla (1/4 pocillo) Leche materna	Papilla (1/2 pocillo)	Papilla (1/2 pocillo)
COMIDA (13 horas)	Crema de Verdura (1/2 pocillo) Puré de pollo (1/4 pocillo) Puré de tubérculo (3 cucharadas) jugo (4 onzas)	Crema de Verdura (1/2 pocillo) Puré de pollo (1/4 pocillo) Puré de tubérculo (3 cucharadas) Puré de verdura (1/4 pocillo) Arroz (1/4 pocillo) jugo (5 onzas)	Sopa (1/2 pocillo) Carne molida (1/4 pocillo) Plátano (1/4 unidad) Torta (1 pedazo pequeño) Arroz (1/4 pocillo) jugo (6 onzas)
MEIDA TARDE (16 - 17 horas)	Leche materna	Leche materna	Leche materna
COMIDA (20 - 21 horas)	Crema de Verdura con carne (1/2 pocillo) Puré de plátano (3 cucharadas) jugo (4 onzas)	Crema de Verdura (1/2 pocillo) Puré de pollo (1/4 pocillo) Puré de tubérculo (3 cucharadas) Arroz (1/4 pocillo) jugo (5 onzas)	Sopa (1/2 pocillo) Pollo desmenuzado (1/4 pocillo) Papa (1 unidad pequeña) Verdura cocida (3 cucharadas) Arroz (1/4 pocillo) jugo (6 onzas)

Las verduras se inician al 5to mes en forma de crema o puré. Estas aportan vitaminas del complejo B, Vitamina A, minerales y fibra. Se pueden utilizar prácticamente todas las verduras. Por ejemplo: Zanahoria, ahuyama, acelga, habichuela, lechuga, pepino,

espinaca, arveja, coliflor y calabaza. Se debe suministrar puré de verduras ofrezca medio pocillo chocolatero al día y si es en crema, 8 onzas serán suficientes.

Los cereales, especialmente las papillas de arroz, se introducen con el fin de dar vitaminas del complejo B y carbohidratos, los cuales deben ser mezclados con leche materna o formulas lácteas infantiles. A esta edad es adecuado suministrar un cuarto de pocillo chocolatero de cereal.

6 y 7 meses:

Se inician progresivamente carnes y vísceras licuadas en la crema o en puré, estas aportan al bebé hierro, proteínas y vitaminas del complejo B. Una porción de 30 gramos (un poco menos de $\frac{1}{4}$ de pocillo chocolatero) de carne o de pollo es adecuada. A los 7 meses se introducen los tubérculos (papa, yuca, arracaha) y plátanos en puré o en la sopa, estos aportan principalmente carbohidratos. Tres cucharadas de puré dos veces al día es suficiente. Tenga en cuenta que los tubérculos pueden ser mezclados con las verduras. (Tabla 4) También pueden suministrarse pan y galletas.

Tabla 4: Receta
Puré de plátanos y acelga

<p>Ingredientes</p> <ul style="list-style-type: none">1 1/2 tazas de agua1 plátano coli pelado y picado4 hojas de acelga1/2 rodaja de cebolla cabezona <p>Preparación</p> <ol style="list-style-type: none">1. Cocer el plátano con el agua hasta que este blando.2. Incorporar la acelga y la cebolla.3. Continuar la cocción por unos minutos.

8 meses:

A esta edad puede suministrar huevo, pero solo la yema, comenzando con pequeñas cantidades y aumentando progresivamente. A esta edad deben ofrecerse los alimentos mencionados anteriormente con mayor consistencia.

10 meses:

Se introducen las leguminosas como frijol, arveja seca, lenteja, garbanzo en sopa o puré. Estos aportan carbohidratos, proteína de origen vegetal, carbohidratos, fibra y vitaminas del complejo B.

12 meses:

El niño se integra a la alimentación familiar con pequeños cambios en la consistencia. En este momento se pueden suministrar clara de huevo y frutas ácidas.

EL CRECIMIENTO Y LA NUTRICIÓN están relacionados y dependen de diferentes factores como el patrimonio genético, el origen étnico, la presencia de infecciones y el nivel socioeconómico. Una nutrición, apropiadas se acompaña de crecimiento y desarrollo adecuados, mientras que la subnutrición genera menor velocidad de crecimiento, menor tamaño para la edad, maduración retardada, menor tamaño corporal, disminuidos depósitos de grasa e inadecuado desarrollo cerebral, al igual que alteración en la respuesta inmunológica humoral y celular.

La nutrición es un tema capital de la infancia, ya que los nutrientes aportan la energía y las sustancias para el funcionamiento del organismo y reparación de los tejidos, pero además son necesarios para el incremento de la masa orgánica (Crecimiento) a través del aumento del número de células (hiperplasia), del tamaño celular (hipertrofia) y de la sustancia intracelular, progresando su complejidad estructural y funcional (maduración) a medida que se constituye el organismo adulto.

Aunque clásicamente se ha considerado la tasa de mortalidad infantil como el índice, más objetivo del nivel sanitario, en países en que la misma no es elevada, el grado de desarrollo y estado nutritivo constituye, un parámetro más fiable del estado de salud individual y colectiva. Por lo tanto, resulta imprescindible, en la asistencia del niño sano o enfermo, evaluar el estado nutricional de manera objetiva y comprensible, con lo que pueda detectar de manera precoz las variantes de la normalidad y las desviaciones patológicas de la misma o Malnutrición.

Malnutrición engloba etimológicamente cualquier alteración del estado nutritivo, tanto que exprese sobre nutrición, como por deficiencia hipo, des o subnutrición o por un desequilibrio (desnutrición).

En la evaluación del estado nutricional de un niño, el crecimiento, la ganancia de peso y la maduración de este, son los parámetro objetivos que nos estarán reflejando la buena interacción de los factores intrínsecos y extrínsecos que se combinan a favor de la salud del niño, en donde la nutrición juega un papel muy importante.

El *crecimiento* es un *proceso dinámico* cuya medición constante por breve intervalos de tiempo refleja *el estado del desarrollo individual en los aspectos psicosocial, económico, nutricional, cultural, ambiental y de la homeostasis orgánica*, de este modo cuando un organismo crece sin ninguna limitación en sus condiciones intrínsecas y ambientales, la expresión de su masa se determina fundamentalmente por sus características genéticas; en consecuencia, el fenotipo constituye un reflejo fiel del genotipo; Sin embargo mientras haya factores directos e indirectos que dañen el organismo de manera transitoria o permanente, el grado de expresión del fenotipo será menor al esperado en condiciones óptimas de la vida.

Así el crecimiento expresado en todo su potencial es un derecho básico de todo ser humano, que debe vivir bajo condiciones que le permitan expresar toda su capacidad genética de crecimiento y desarrollo, por lo que:

“Ningún niño cuyo crecimiento se encuentre alterado, debe considerarse normal”

Siendo la nutrición un punto clave para que el crecimiento y el desarrollo se lleven a cabo, el estudio nacional del consumo de alimentos (National Food Consumption survey, NFCS), ha sido llevado a cabo en los Estados Unidos, cada 10 años desde 1935, lo cual ha servido como base de datos sobre alimentación y nutrición en todas las edades y diferentes situaciones clínicas, en donde la nutrición actualmente es parte de una terapia en el manejo integral de los pacientes.

De estos estudios también han surgido programas de ayuda de alimentos y nutrición, teniendo prioridad los grupos de mayor riesgo, como son los niños, las mujeres embarazadas y las personas de la tercera edad, disminuyendo con esto, la morbimortalidad en dichos grupos.⁽²³⁾

El *crecimiento y desarrollo de un niño demanda una dieta balanceada y adecuada a la edad con la inclusión de todos los nutrientes*, pero dado el periodo de formación de los tejidos, los energéticos, las vitaminas A,D y C, así como de los minerales, entre ellos el Calcio, Hierro Y Zinc, se hacen indispensables, para favorecer el crecimiento ya que la falta de alguno de ellos o en conjunto o en forma aislada pueden detener el crecimiento o dejar una lesión que en ocasiones es permanente, como es el caso de las desnutriciones que sobrepasan el tiempo de cierre de los centros de osificación, o daños celulares, en donde estas son incapaces de seguirse dividiendo en forma adecuada, dejando hipotrofias o deformaciones permanentes como es el caso del raquitismo.

Las raciones dietéticas recomendadas, representan el conocimiento actual de la ingesta de nutrientes que requieren los niños de diferentes edades para una salud óptima.

El crecimiento es un fenómeno multifactorial, que puede modificarse por diversas causas, estas causas o factores son llamados “Factores modificables” y son aquellos que de manera directa o por su relación con otros limitan la expresión de las características genóticas de un individuo para un momento determinado, y por tanto, producen un efecto negativo sobre el crecimiento.

Los “Factores modificadores” son:

- ◆ Factores socioeconómicos y culturales
- ◆ El desarrollo tecnológico
- ◆ El nivel educacional
- ◆ La capacidad de desarrollo individual
- ◆ Problemas Orgánicos.

Los factores socioeconómicos y culturales; sólo o en conjunto limitan la capacidad económica de la familia y de la población, de este modo originan un estado de pobreza, el cual se define como aquel conjunto de situaciones que ocasionan que el

costo de la alimentación sea mayor del 33% de los ingresos familiares, esto según la Oficina de Censos de Estados Unidos de América.

Los factores orgánicos son aquellas alteraciones, intrínsecas o extrínsecas, congénitas o adquiridas, de presentación continua o intermitente, que por si mismas o por su relación con otras, producen modificaciones estructurales, funcionales o ambas en el organismo.

Aunque la etiopatogenia es diversa, muchas de estas alteraciones actúan en el ámbito de la capacidad nutricia del individuo y la lesionan en grado diverso; otras modifican el equilibrio neurohormonal, ya sea por deficiencias en la producción o por cambios en la regulación. Los factores Orgánicos, son todas las alteraciones nutricias que pueden afectar a un individuo, las causas más frecuentes de estas alteraciones son:

- Los ingresos inadecuados
- La mala absorción
- La utilización anormal
- Problemas en la excreción
- Aporte insuficiente de Oxígeno.²⁴

Otros autores definen al crecimiento como un aumento celular, en número y tamaño, que contribuye el aspecto cuantitativo y puede medirse de dos formas:

La **talla**, este refleja el crecimiento del esqueleto y huesos. En recién nacidos se utiliza el infantómetro a niños mayores de un año el tallímetro.

El **peso**, refleja el aumento de masa corporal. Los pesabebés son los ideales para recién nacidos y lactantes, y en niños mayores de 2 años una báscula.

La vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño menor de 5 años permite conocer a tiempo problemas de mal nutrición, por lo que periódicamente se deben realizar los

procedimientos de medición del peso y la estatura, interrogatorio a la madre para conocer el tipo de alimentación y orientarla con los siguientes criterios.⁽²⁵⁾

TABLA 1. Guía para la evaluación de la nutrición y crecimiento del menor de 5 años.

EDAD	PESO	TALLA	ALIMENTACIÓN	
			TIPO	FRECUENCIA Y CANTIDAD
0 – 4 meses	Apartir del peso de nacimiento, el crecimiento aproximado es de 750g por mes.	Aumenta 3 Cm. En el primer mes y 2.5 en el cuarto mes.	Lactancia Materna Exclusiva	A libre demanda.
4 – 8 meses	Incrementa 500g en los cuatro meses.	En promedio incrementa 2 Cm. Por mes.	Continuar con la lactancia materna, iniciar la ablactación con probaditas de frutas de temporada: Manzana, pera, plátano, guayaba. Y papaya; verduras: zanahorias, calabaza, chicharro, espinacas, chacote, acelgas y betabel.	A libre demanda Al inicio una vez al día durante 3 a 4 días posteriormente 2 o 3 veces al día, entre una tetada y otra (no sustituir por la leche materna) Uno o dos veces al día. Las papillas se dan entre comidas después de la leche.
4 meses				
5 meses			Leche materna, se incluyen las papillas, con arroz, maíz y avena.	A libre demanda De 4 a 5 cucharadas cafeteras y aumentar según tolerancia, una o dos veces al día.
6 meses	Leche materna se agregan las papillas de verduras mezcladas con carnes e hígado de pollo o pavo, bien cocidos.	A libre demanda una o dos veces al día, al inicio dar pequeñas probaditas y según aceptación se va aumentando.		

7 meses			Se aumentan las papillas de res ternera y pescado mezclado con verdura. Continuar con leche materna, pan y tortilla de trigo.	Una o dos veces al día. A partir del 7mo mes se le da primero la pailla y después la leche.
8 meses			Se incluye puré de frijol, lenteja, garbanzo, haba, soya, chicharo.	Una o dos veces al día a libre demanda.
9 - 12 meses			Se incorpora a la dieta familiar	
9 - 10 meses	De los 9 meses al año incrementa 250 g.	Incrementa de 2 a 2.5 Cm. Por mes.	Huevo cocido o frito de gallina, pato o codorniz.	Ofrecer una yema o un huevo a tolerancia y demanda. Dos o tres veces por semana.
11 meses			Se incrementan los alimentos en pequeñas cantidades a tolerancia del niño.	
12 meses	Triplica su peso en relación con el nacimiento.	Aumenta al 50% en relación a la talla del nacimiento.	Ofrecer cítrico como naranja, mandarina, toronja, lima, etc. En jugos diluidos con agua (50%) o gajos sin semillas.	Se inicia en cantidades pequeñas y se incrementa a libre demanda dos o tres veces al día.
1 a 3 años	Cuadruplica su peso de nacimiento.	Incrementa de 7.6 a 12.7 Cm. Por año.	Se recomienda cinco comidas al día distribuidas en desayuno, comida y cena; además de dos colaciones, una entre el desayuno y la comida; y otra entre la comida y la cena.	
3 a 5 años	Aumenta 2026 Kg. Por año.	Incrementa de 5 a 7.6 Cm. Por año.		

VELOCIDAD DEL CRECIMIENTO:

El índice de crecimiento disminuye de manera considerable después del primer año de vida contraste con la triplicación del peso al nacer en los 12 primeros meses, transcurre un año antes que se cuatriplique el peso al nacer, así mismo la longitud al nacer aumenta un 50% en el primer año, pero no se duplica hasta casi los cuatro años. Los incrementos reales del cambio son pequeños en comparación con los de la etapa del lactante y los de la

adolescencia. El peso aumenta un promedio de 2-3Kg. anuales hasta que el niño tenga 9 o 10 años, cuando se incrementa el índice del crecimiento, un signo inicial de la proximidad de la pubertad. Los aumentos de la estatura son promedio de 6-8 cm/año, desde la edad de 2 años hasta la aceleración puberal.

En general el crecimiento es constatnet y lento durante los años, pero puede ser errático en los distintos niños. Algunos niños pequeños pueden tener un patrón de supremacia aparente durante meses y a continuación tienen un brote de altura y peso. Como hecho interesante estos patrones suelen sere paralelos a cambios similares en el apetito y la ingestión de los aliemntos. Las proporciones corporales de un niño, cambian de manera importante, después del primer año. La cabeza crece poco, el crecimiento del tronco se retrasa de manera importante, los miembros superiores e inferiores se alargan de manera considerable, para dar una proporción del cuerpo más maduro.

La composición corporal en los niños permanece relativamente constante. La grasa disminuye de manera gradual durante los primeros años de la niñez y llega al mínimo aproximado a la edad de 6 años. Después de esta época este aumenta ("rebote de adiposidad"), en preparación con el brote de crecimiento de la pubertad, las diferencias del sexo se inician y los niños tienen mas grasa corporal magra/cm de altura. Las niñas tienen en porcentaje más de su peso como grasa incluso en los primeros años, pero las diferencias de sexo en la masa corporal magra y la grasa no se tornan importantes hasta la adolescencia.

Todos estos cambios del crecimiento, han sido clasificados en percentiles y graficados en cuadros de talla y peso, por sexo y edades.

CONTROL DEL CRECIMIENTO:

El control del crecimiento del niño es el conjunto de actividades dirigidas al menor de 5 años que va ha permitir vigilar y controlar el proceso de crecimiento así como la detección precoz de problemas para su oportuna intervención; por ello es importante que el niño sea controlado de acuerdo al siguiente esquema:

Evaluación según las Normas del Subprograma de Crecimiento y Desarrollo

GRUPO ETAREO	EDAD	NÚMERO DE CONTROL
0 – 11 meses	RN Cons. Eval., 1m., 2m., 3m., 4m., 6m., 7m., 9m.	07
12 meses – 24 meses	12 m., 15 m., 18m., 21m.	04
2 años – 4 años	2 controles por año	02

ESTADO NUTRICIONAL:

El estado nutricional correspondería a la situación del organismo resultante de dicho proceso, consecuencia del equilibrio entre aporte y consumo de nutrientes.

Por ello, es preciso tanto en condiciones de salud como de enfermedad, incluir la evaluación del estado nutricional dentro de una valoración completa del niño, ya que el crecimiento constituye el indicador más fiable de salud.

La mejor medida de que se dispone para valorar el estado nutricional es la del crecimiento, tanto del peso como de la estatura.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL.

ANTROPOMETRÍA: Es la medición periódica del peso y talla para la edad, y el peso para la edad, constituyendo parámetro más fieles para evaluar crecimiento y estado nutritivo en el niño. También es uno de los mejores procedimientos para conocer el adecuado estado de salud de los niños, puesto que nos permite detectar objetivamente alteraciones en la velocidad del crecimiento y con ella alteraciones en otras estructuras orgánicas, cuya detección y corrección a tiempo permitirá la recuperación de un estado de salud adecuado. Para que la antropometría sea usado en forma adecuada y realmente útil, es necesario que las mediciones sean las más exactas y precisas, registradas e interpretadas correctamente y de acuerdo a los hallazgos tomar las medidas correctivas necesarias.⁽²⁶⁾

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

EDAD: Indicados de evaluación antropométrica, "Estimulación conjetural"

- A. Aplicable cuando el niño sea menor de dos años y, de conformidad con las costumbres locales, se puede esperar que la madre recuerde la fecha de nacimiento. En un caso así, interrogando a la madre debería ser posible determinar el mes del año en que nació el niño, y la edad se registra refiriéndola al mes próximo.
- B. Para el caso en que, cualquiera que sea la edad del niño, la madre no recuerde la fecha de nacimiento. En tal situación, el investigador ha recalculado la edad, y el mes y el año del nacimiento se han de inscribir con la nota de que la información se ha calculado clínicamente.

PESO: Es el índice más relacionable con la estatura para comprobar la armonía de las proporciones: Los kilos deben estar en relación con la estatura uno de los parámetros más importantes para valorar el estado nutricional, cuya ganancia se duplica alrededor del quinto mes y se triplica cerca de los 15 meses.

Se refleja en que el varón pesa en el nacimiento por término medio, 150 grs. Más que la mujer, en relación al peso, es de notar que aumenta muy rápidamente a expensas de la grasa en los primeros 9 meses de vida, siendo después menores las ganancias y debido fundamentalmente al hueso y músculo, con pérdida de tejido adiposo en el varón, que vuelve a incrementarse en la pre pubertad con cierta frecuencia, para perderla comúnmente con el brote puberal. La niña tiene menor pérdida de grasa desde los 2 años y durante del 3^{er}, 4^{to} y 5^{to} año de vida preescolar, la ganancia de peso es aproximadamente de 2 Kg. Por año y llega a la pubertad con mayor cantidad, acumulándola en las caderas y pecho, preferentemente y gran componente hereditario materno en su conformación antropométrica.

TALLA: Con respecto a la talla del 1^{er} al 3^{er} mes el niño aumenta 3 cm. Por mes del 4^{to} al 8^{vo} mes crecen 2 Cm. Por cada mes y finalmente del 9^{no} al 12^{mo} mes; su estatura aumenta un centímetro de tal suerte que al año de edad el aumento es aproximadamente al 50% de su talla inicial.

RECUPERACIÓN DEL CRECIMIENTO.

Se llama recuperación del crecimiento, cuando el cuerpo se esfuerza por recuperar la curva de crecimiento del niño. El grado de supresión del crecimiento depende de la época, gravedad y duración de la agresión, es decir una supresión grave por un tiempo prolongado durante un período de crecimiento y desarrollo rápido, tendrá un efecto más espectacular.

Los índices de recuperación de aumento de peso pueden ser 20 veces más rápidos de lo que los niños han tenido falta de crecimiento y desgaste, es decir, el déficit de peso es mayor de la altura.

Una vez que la recuperación del crecimiento ha llegado a un peso adecuado para la talla, el índice de aumento de talla es unas tres veces del usual esperado para la edad.

LAS TABLAS DE TALLA Y PESO.

Las tablas de talla y peso, han sido creadas en base a estudios de diferentes comunidades, cada país tiene gráficos sus datos en base a estudios internos, de tal forma que la comparación de tallas y pesos deberán corresponder a las tablas consideradas adecuadas según la zona en donde se desarrolla el entorno del niño, para evitar los resultados falsos positivos o negativos que confundan la interpretación de los datos objetivos en la valoración nutricional de un niño.

DESNUTRICIÓN: Es un Estado patológico inespecífico potencialmente reversible, que se origina como resultado de un deficiente aporte y/o utilización de los nutrientes esenciales, con manifestaciones clínicas e intensidad que varían de acuerdo con factores individuales y ambientales.⁽²⁷⁾

El manejo de la desnutrición infantil es complejo y esencialmente dietético, con el restablecimiento de una dieta de aportes adecuados de nutrientes, el manejo de las infecciones y el tratamiento de cualquier otra complicación o cuadro asociado. Se han reportado éxitos obteniéndose la recuperación de niños desnutridos con la adecuada utilización de mezclas vegetales, lo que ha confirmado que se pueden emplear ampliamente leguminosas como fuente de proteínas, las que junto con las de los cereales

integrales y algo de proteína animal asegura el suministro de todos los aminoácidos esenciales para garantizar un crecimiento satisfactorio.

TIPOS DE DESNUTRICIÓN

La desnutrición se puede clasificar de acuerdo a ciertos criterios dentro de los cuales destacan:

a) Según sus manifestaciones clínicas

- **Marasmo:** existe una deficiencia proteica-calórica, el cual se puede presentar en un organismo en fase de crecimiento debido al destete temprano, infecciones repetitivas, alimentación inadecuada, enfermedades metabólicas y mala absorción de los nutrientes. El afectado por marasmo disminuye de peso, se atrofian las masas musculares y disminuye el parénquima adiposo.
- **Kwashiorkor:** en la desnutrición de tipo Kwashiorkor se presenta por un deficiente aporte de proteínas, aún y cuando se reciba un aporte adecuado de calorías. En este tipo de desnutrición el afectado posee un tejido adiposo escaso, se atrofia la masa muscular, existe edema, hepatomegalias, retraimiento y carencia de apetito.
- **Mixta (Marasmo-Kwashiorkor):** el niño afectado presenta características propias del marasmo por deficiencia calórica, más edema por la ausencia de ingesta proteica.

b) Según su etiología

- **Primaria:** es cuando la desnutrición es causada por la deficiencia prolongada de aportes de calorías y/o proteínas, caracterizándose por un mayor consumo de reservas proteicas con alteración de la estructura y función del organismo.
- **Secundaria:** se habla de desnutrición secundaria cuando existe una adecuada disponibilidad de nutrientes, pero que la misma sobreviene por la alteración en la incorporación de alimentos afectando los componentes proteicos, alterando la funcionalidad orgánica.
- **Mixta:** es la que se presenta como los factores primarios y secundarios interviniendo conjuntamente como problema epidemiológico, que es la causa más común.

c) Según su Intensidad

- **Leve:** es cuando el grado de desnutrición se presenta en valores menores o iguales al percentil 3.
- **Moderada:** son todas aquellas que presenten valores menores o iguales a menos 3 desviaciones standar (D.S.) por debajo del percentil 10.
- **Grave:** es cuando se presentan valores menores o iguales a menos 2 desviaciones standar (D.S.) por debajo del percentil 10.

Diagnóstico de la Desnutrición

La desnutrición es de difícil diagnóstico, sin embargo, para identificarla se debe usar en primer lugar, los signos clínicos, luego los antropométricos, los nutricionales y los bioquímicos.

Existen métodos más simples con lo que se pueden realizar una aproximación del diagnóstico de desnutrición como lo son el pesar y tallar, los cuales resultan de acuerdo a la edad, y se ubican en las gráficas de la Organización Mundial para la Salud (OMS).

Se considera normal todo niño cuyo peso este ubicado entre los percentiles 10 y 90 por debajo del percentil 10 se considera desnutrición, ubicando en dichas gráficas los tipos de desnutrición, según la clasificación: Grave, Moderada, o en Zona Crítica.

2.2 DEFINICIÓN DE TERMINOS.

- **ALIMENTO:**
(del lat. Alimentum, de alere, alimentar), m. Cualquier sustancia que sirve para nutrir.
- **NUTRICIÓN:**
(del lat. Nutrire, nutrir), f. Propiedad principal de la materia viva. Comprende dos clases de fenómenos, asimilación y desasimilación.

- **CRECIMIENTO:**

(del lat. Cresere, crecer), m. Desarrollo progresivo del cuerpo durante la infancia y la adolescencia.

- **DESNUTRICION:**

Es un trastorno inespecífico, sistémico potencialmente reversible de naturaleza metabólica (Cabrera 1995, p.127).

- **PESO/TALLA:**

Es la relación que existe entre el peso corporal con respecto a la talla, es un indicador clave de mucha utilidad para evaluar el estado nutricional de los niños entre 2 y 10 años de edad en los cuales el peso y crecimiento es un indicador para diagnosticar a los niños desnutridos.

- **DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:** Es un proceso que comprende la aplicación de un método de diagnóstico para determinar el estado nutricional de una persona.

- **ESTADO NUTRICIONAL:** Es el resultado producto de la evaluación nutricional, el cual se califica de la siguiente manera: Estado Nutricional Normal (N), Desnutrición Grave (DG), Desnutrición Leve (L) o Zona Crítica de Nutrición (ZCN).

- **ALIMENTACIÓN BALANCEADA:** es la comprende una dieta alimenticia basada en la inclusión de alimentos de los diferentes grupos alimenticios de una manera equilibrada, con la finalidad de que cada ración aporte los nutrientes necesarios para el mantenimiento de una salud integral.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO.

Estudio descriptivo, analítico, y transversal.

3.2. POBLACION.

El estudio se llevo a cabo en la zona urbana de Tingo María en el Subprograma de CRED del Hospital de Apoyo “Tingo María”. La población accesible estuvo conformada por las madres que accedieron al estudio con sus niños de 7 meses a 1 año al Subprograma de Crecimiento y Desarrollo.

La población total de niños de 6 meses a 1 año que atendió el Hospital Tingo María en el periodo de junio a diciembre del 2013 y enero a febrero del 2014 fue de 525 niños.

A.-CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

❖ **CRITERIOS DE INCLUSION:** Se incluyeron en el estudio:

- Todo niño de 7 a 12 meses que reciba algún tipo de alimentación además de la lactancia materna.
- Nacido en la zona
- Madre o tutora residente de la zona de selva por el lapso de más de 5 años.
- Aceptación del consentimiento informado

❖ **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Se excluyeron del estudio:

- Todo niño mayor de un año de edad.
- Todo niño que presente afección en la ingestión de alimentos o alteración del funcionamiento digestivo.
- Con enfermedades asociadas a la infancia.
- Madre con limitación de la conciencia o que tenga limitación para comunicarse.

B.- UBICACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESPACIO Y TIEMPO:

- ❖ **UBICACIÓN EN EL ESPACIO.** La población de niños de 6 a 12 meses para el estudio procedieron del Subprograma de CRED del Hospital de apoyo “Tingo María”.

El estudio se realizó en el Consultorio del Subprograma de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Tingo María ubicado en el Distrito de Rupa-Rupa, Provincia de Leoncio Prado y pertenece a la Dirección Regional Huánuco.

El Subprograma de CRED tiene recursos humanos tales como una coordinadora del programa, una Licenciada en Enfermería, y un técnico de enfermería que laboran en un horario de atención de lunes a sábado en horas de 7.30 am a 1.30pm, se atiende en un promedio de 19 niños por día con tiempo aproximado de 15 minutos por cada paciente, se citan a los pacientes de acuerdo a protocolos de atención en los niños menores un año le corresponde siete controles y de acuerdo a los hallazgos encontrados en la consulta.

Fue una población estática porque se pudo ubicarlos fácilmente a través de los datos registrados en las historias clínicas del subprograma.

- ❖ **UBICACIÓN EN EL TIEMPO.**

De acuerdo al tiempo, las aplicaciones de las encuestas se efectuaron durante el período: Enero a Agosto del 2014.

3.3. MUESTRA.

Para el estudio se utilizó una muestra de 60 niños entre las edades de 7 a 12 meses de edad. El tipo de muestreo fue estratificado.

a) UNIDAD DE ANALISIS.

Cada niño de 7 a 12 meses.

b) UNIDAD DE MUESTREO.

Unidad seleccionada del marco muestral, que resultó igual que la unidad de análisis.

e) MARCO MUESTRAL

- Los niños fueron seleccionados de las ACTAS DE REGISTRO DE NACIMIENTO y de las HISTORIAS CLÍNICAS del Subprograma de CRED del Hospital de Apoyo “Tingo María”.

d) METODO DE SELECCIÓN:

a. MUESTRO AL AZAR:

1º SELECCIÓN DE LA MUESTRA EN ESTUDIO POR MUESTRO POR ESTRATOS:

Finalmente, fueron seleccionados por MUESTRO POR ESTRATOS usándose para ello una TABLA DE DIGITOS AL AZAR. También se tomo en cuenta en la selección, los criterios de inclusión y exclusión.

3.5. AMBITO DE ESTUDIO.

El Trabajo de campo se realizó en las viviendas de los niños que asistieron al consultorio del Subprograma de CRED del Hospital de apoyo “Tingo María” ubicado en el Distrito de Rupa – Rupa, de la provincia de Leoncio Prado que se encuentra ubicada entre los meridianos 65° 53’ de Latitud Sur, en la parte Nor - Oeste del Departamento de Huánuco, tiene por capital a Tingo María, ciudad que está ubicada en la margen derecha del río Huallaga. Tiene una superficie territorial de 4,952.99 Km.2.

La población de Tingo María es de 129,224 habitantes de los cuales la población masculina representa el 71,073 hab. del total de la población, siendo marcadamente superior a la población femenina que es un 58,151 hab.

La población infantil lo conforman los niños de ambos sexos.

Este hospital ofrece a la comunidad diversos servicios tales como: Medicina, Pediatría, Cirugía, Oftalmología, Odontología, Gineco Obstetricia, Centro de Rehabilitación, y programas de salud como PAI, PCT, control de enfermedades metaxénicas, malaria, leishmaniasis, zoonosis, SAE, CACU, Planificación familiar epidemiología, atiende a todas las personas en sus diferentes etapas de la vida.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS. CODIFICACIÓN USADA.

a) Instrumentos de Recolección de Datos.

Encuesta. Este formulario proporcionó información acerca de las variables de caracterización de la muestra.

Este instrumentó constó de preguntas cerradas y abiertas para que las madres puedan expresar en si todo lo que le ofrece a su niño y como lo esta haciendo.

El instrumento fue validado a través de 3 expertos para establecer su coherencia teórica. Asimismo se probó el formulario de entrevista con la Prueba de Alfa de Crombach y la validez con la r con el fin de establecer su consistencia interna, cuyos resultados se presenta a continuación:

ITEMS	r
Se ha enfermado su niño/a en estos 2 últimos meses	0.54
Su niño/a tiene buen apetito	0.68
Controles de CRED tiene su niño/a a la fecha	0.78
Vacunación de su niño/a hasta la fecha	0.31
Responsable de la preparación de los alimentos de su niño/a	0.16*
Planifica con anticipación la comida de su niño/a	0.56
Tipo de ayuda alimentaria que recibe su niño/a	0.53
Edad de inició del consumo alimentos	0.59
Número de veces que consume las comidas su niño/a al día	0.62
Raciones alimenticias que recibe diariamente su niño/a	0.42
Tipo de comida que consume su niño/a diariamente	0.60
Frecuencia de consumo de carne su niño/a	0.32
Líquidos que consume su niño/a durante el día	0.17*
Alfa CROMBACH	0.88

Los ítems cuyo $r \geq 0.20$ son validos

*Estos ítems fueron revisados y modificados.

GUÍA DE OBSERVACIÓN.- Este instrumento para que nos de a conocer si la madre le proporciona a su niño (a) un buen patrón alimenticio de acuerdo a la edad en meses.

FICHA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL.- Nos da a conocer acerca de la situación nutricional del niño lactante de 7 a 12 meses.

3.7. PROCESAMIENTO DE DATOS - POSIBLES SESGOS

Procesamiento de datos

El análisis de los datos se realizó mediante la estadística descriptiva como la media aritmética, la desviación estándar y las proporciones. En cuanto a la estadística inferencial, primero se realizó el análisis de correlación de Pearson, luego se calculó su significancia estadística a través de la prueba *t* para la correlación y seguidamente se obtuvo el coeficiente de determinación y el componente Score.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS versión 11.5 para Windows.

ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL

Para el estado nutricional se evaluó el peso, la talla y se relacionó ambos con el Test de Waterloo y se obtuvo los puntajes expresados en proporciones del estado nutricional.

Para los puntajes de la prueba *r* de Pearson se convirtió los indicadores, peso/edad, talla/edad y Peso/Talla en promedios porcentuales y se obtuvo las columnas de correlación con los puntajes alcanzados del patrón nutricional (calificación de la guía de observación) y del estado nutricional (porcentajes).

ANÁLISIS DEL PATRON ALIMENTICIO

Se evaluó el patrón alimenticio de los niños a través de la observación, y se estableció puntajes de cada aplicación según número de ítems. Teniendo en cuenta lo siguiente:

- En los niños de 7 meses: Bueno (12 a 14), regular (9 a 11) y deficiente (menor de 8).
- En niños de 8 a 12 meses: Bueno (18 a 20), regular (15 a 17) y deficiente (menor de 14).

Error Aleatorio

Se ha controlado con el diseño muestral y con la asignación de sujetos a los grupos de estudios.

Error Sistemático

Se controló con el adecuado diseño de los instrumentos de recolección de datos y análisis estadístico.

3.8. ESTRATEGIAS DE LA INVESTIGACIÓN

Se informó respecto al proyecto de investigación al Director del hospital y jefe de enfermera del Subprograma de CRED, de donde se pudo obtener autorización ~~para~~ captar la muestra.

Con el apoyo de las enfermeras del Subprograma de CRED se pudo aplicar la ficha de consentimiento informado y luego las entrevistas. Se contó además con el empleo de una grabadora.

3.9. FACTOR ÉTICO

Se consideró pertinente absolver el aspecto ético a través del empleo del consentimiento informado del cual se contó con la autorización pertinente.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN

a) Características sociodemográficas de las madres y de los niños en estudio.

TABLA N° 01

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO

SUBPROGRAMA CRED – HOSPITAL DE APOYO “TINGO MARÍA” – 2014.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS MADRES	N° (n = 60)	%
EDAD (años):		
< 19	10	16.70
20 – 25	21	35.00
26 – 30	11	18.30
31 – 35	11	18.30
+ de 36	7	11.70
X_{\pm} D.E 26.48; 6.586		
ESCOLARIDAD:		
Analfabeta	7	11.70
Primaria	19	31.65
Secundaria	25	41.65
Superior	9	15.00
ESTADO CIVIL:		
Soltera	8	13.30
Casada	18	30.00
Conviviente	29	48.40
Divorciada	5	8.30
OCUPACIÓN:		
Ama de casa	31	51.70
Empleada	5	18.30
Comerciante	11	8.30
Ambulante	13	21.70

Fuente: Formulario de entrevista (ANEXO N° 02)

La distribución de la edad de las madres, se encontró en una proporción del 35 % (21) madres entre las edades de 20 a 25 años; y el 18.3 (11) de las madres entre las edades de 26 a 30 y de 31 a 35 años esto quiere decir que nuestra muestra fue conformada en su mayoría por madres adultas jóvenes, jóvenes y adolescente. Son pocas las proporciones de madres adultas maduras. La edad promedio fue de 26.48 ± 6.586 años, siendo la edad mínima de 16 años y la máxima de 40 años de edad.

Así mismo, la muestra en estudio está distribuida entre el 48.4 % (29) de madres de condición conviviente; el 30 % (18) madres de condición casada y de 13.3 % (8) de madres de condición soltera; además, el 8.3 % (5) de madres indicó ser divorciada.

Con respecto a la ocupación, se evidenció que las madres de los niños en estudio son amas de casa con un 51.7 % (31) y de un 21.7 % (13) que son ambulantes. Seguido de un 8.3 % (11) que son comerciantes; y sólo un 18.3% (5) son empleadas.

En cuanto se refiere al grado de instrucción, el 41.61 % (25) de las madres reportaron que tienen educación secundaria, seguida de un 31.65 % (19) de las madres con educación primaria; en términos generales podemos decir que la gran mayoría de las usuarias en estudio tiene grado de instrucción. Cabe resaltar que el 15 % (9) de madres fueron de educación superior, y sólo el 13.3% (8) madres evidencian ningún grado de instrucción.

TABLA N° 02
SITUACIÓN ECONÓMICA DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO
HOSPITAL DE APOYO “TINGO MARÍA” – 2014.

SITUACIÓN ECONÓMICA	N° (n = 60)	%
SITUACIÓN ECONÓMICA:		
Escaso (< de 599.00)	6	10.00
Insuficiente (600 – 899.00)	17	28.30
Bajo (900 – 1 099.00)	16	26.70
Aceptable (1 100 – 1 399.00)	13	21.70
Suficiente (1 400 a +)	8	13.30
NÚMERO DE HIJOS:		
1	10	16.70
2	19	31.70
3	17	28.30
4	8	13.30
5	6	10.00
$\bar{X} \pm D.E$ 2.68, 1.200		

Fuente: Formulario de entrevista (Anexo N° 02).

Con respecto a la situación económica de las madres de los niños en estudio, se evidenció que un 28.3 % (17), seguido de un 26.70% (16) y de un 21.7 % (13) que se encuentran con una situación insuficiente (600 – 899.00), bajo (900 – 1 099.00) y aceptable (1 100 – 1 399.00) respectivamente. Además se puede apreciar que un 31.70% (19) madres tienen 2 hijos, seguido de un 28.3 % (17) , 16.70% (10), y 13.30% (8) madres que tienen 3, 1 y 4 hijos respectivamente; y sólo un 10% (6) tienen 5. Siendo el número de hijos promedio 2.68 ± 1.200 hijos, siendo el número mínimo 1 y el máximo de 5.

TABLA N° 03

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO.
USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO “TINGO
MARÍA” – 2014.**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS NIÑOS/AS	(n=60)	
	N°	%
SEXO		
Masculino	30	50.00
Femenino	30	50.00
EDAD		
7 meses	10	16.67
8 meses	10	16.67
9 meses	10	16.67
10 meses	10	16.67
11 meses	10	16.67
12 meses	10	16.67
$\bar{X} \pm D.E$ 9.50, 1.722		

Fuente: Formulario de entrevista (ANEXO 02).

En cuanto se refiere al sexo de los niños, se tomo equitativamente el 50 % (30) de ambos sexos, así mismo se realizó con la edad de los niños, siendo de cada mes un 16.67% (10) de los niños/as. La edad promedio fue de 9.50 \pm 1.722 meses, siendo la edad mínima de 7 meses y la máxima de 12 meses.

TABLA N° 04

**CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO
USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO “TINGO
MARÍA” – 2014.**

CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE LOS NIÑOS/AS	(n=60)	
	N°	%
Institución de nacimiento:		
Establecimiento de salud	51	85.00
Domicilio	9	15.00
Tipo de parto:		
Eutocico	57	95.00
Distocico	3	5.00
Peso al nacer:		
< 2500 g.	2	3.30
2 501 – 2 999 g	8	13.30
3 000 – 3 499 g.	43	71.70
> 3 500 g.	7	11.70
$X \pm D.E$ 2 920, 0.619		

Fuente: Formulario de entrevista (ANEXO 02).

En cuanto se refiere a las características perinatales de los niños en estudio, reprotaron que el 85% (51) de ellos nacieron en un establecimiento de salud, y sólo un 15% (9) de los niños nacieron en su domicilio; así mismo se evidenció que el 95% (57) y 5% (3) de las madres de los niños tuvieron parto eutocico y distocico respectivamente.

Con respecto al peso al nacer se observa que el 71.7% (43) de los niños tuvieron un peso entre 3 000 a 3 400 g. teniendo menores porcentajes como el 13.3% (8); 11.70% (7) y 3.3% (2) de los niños que nacieron entre 2 501 – 2 999g., >3500g. y <2500g. respectivamente; el peso al nacer promedio fue de 2 920 \pm 0.619 g.

TABLA N° 05

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO
USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO “TINGO
MARÍA” – 2014.**

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS NIÑOS	(n=60)	
	N°	%
Enfermedad:		
Si	27	45.00
No	33	55.00
Tipo de enfermedad:		
Diarrea	9	15.00
Vómitos	3	5.00
Resfrio	9	15.00
Otros	6	10.00
Alimentación durante la enfermedad		
Si	15	25.00
No	12	20.00
Apetencia del niño:		
Buen apetito	39	65.00
Regular apetito	11	18.30
Poco apetito	10	16.70

Fuente: Formulario de entrevista (ANEXO 02).

Con respecto a las características epidemiológicas de los niños en estudio, se evidenció que el 55% (33) de los niños no sufrió de ninguna enfermedad, contra el 45% (27) de niños que padeció de alguna enfermedad. También se evidenció que el 15% (9) padeció de diarrea y resfrío, seguido de un 10% (6) de niños que padeció de otras enfermedades y sólo el 5% (3) padeció de vómitos.

Además se puede apreciar que un 25% (15) de los niños se alimentaron durante la enfermedad contra el 20% (12) de los niños que no recibieron alimentación. Cabe señalar también que las madres de los niños en estudio refieren que el 65% (39) de los niños presentaron buen apetito, seguido de un 18.3% (11) niños que presentaron regular apetito; y sólo un 16.7% (10) niños tuvieron poco apetito.

TABLA N° 06

CUIDADOS PREVENTIVOS DE LOS NIÑOS USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" – 2014.

CUIDADOS PREVENTIVOS DE LOS NIÑOS	(n=60)	
	N°	%
Número de controles de CRED:		
1 – 3	13	21.70
4 – 6	17	28.30
7 a +	30	50.00
$\bar{X} \pm D.E$ 2.28, 0.804		
Vacunación completa del niño:		
Si	30	50.00
No	30	50.00

Fuente: Formulario de entrevista (ANEXO 02).

Con respecto a los cuidados preventivos de los niños en estudio, se observa que el 50% (30) de los niños tienen de 7 a más controles, seguido del 28.3% (17) que tienen de 4 a 6 controles y el 21.7% (13) de los niños que tienen de 1 a 3 controles, siendo el número de controles promedio de 2.28 ± 0.804 .

Además se puede apreciar que el 50% (30) de los niños recibieron sus vacunas completas contra la misma cantidad que no la recibieron.

TABLA N° 07
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS
EN ESTUDIO
USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO “TINGO
MARÍA” – 2014.

ATENCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE LOS LOS NIÑOS/AS	(n=60)	
	N°	%
Responsable de la preparación:		
Madre	31	51.60
Abuela	7	11.70
Otro familiar	9	15.00
Empleada	6	10.00
Otro	7	11.70
Planificación de la comida:		
Si	22	36.70
No	38	63.30
Recibe ayuda alimentaria:		
PANFAR	9	15.00
CUSIAYLLU	5	8.30
PRONAA	3	15.00
INABIF	2	3.30
VASO DE LECHE	10	16.70
NO RECIBE	31	51.70

Fuente: Formulario de entrevista (ANEXO 02).

Ante la pregunta ¿quién es el responsable de la preparación de los alimentos? se obtuvo que el 51.6% (31) son las madres, seguido del 15% (9) es otro familiar y el 11.7% (7) es la abuela u otro. También se evidenció que el 63.3% (38) de las madres de los niños es estudio no planifican la preparación de los alimentos de sus niños contra un 36.7% (22) que si lo realizan. Así mismo nos refieren que el 51.7% (31) de las madres no reciben ayuda alimentaria, pero un 16.7% (10) recibe de vaso de leche, seguido del 15% (9) que reciben de PANFAR y PRONAA, el 8.3% (5) recibe ayuda alimentaria de CUSIAYLLU y un 3.3% (2) del INABIF.

TABLA N° 08

**EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LOS NIÑOS
EN ESTUDIO**

**USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO
MARÍA" – 2014.**

INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	EDAD EN MESES					
	7	8	9	10	11	12
	N° %	N° %	N° %	N° %	N° %	N° %
Harina de maíz, camote, yuca, plátanos	3 (5.0)	4 (6.7)	6 (10)	6 (10)	7 (11.7)	10(16.7)
Harina de cereales	4 (6.7)	7(11.7)	7 (11.7)	8 (13.3)	10(16.7)	10 (16.7)
Zumo de frutas	3 (5.0)	6 (10)	7 (11.7)	8 (13.3)	9(15.0)	10 (16.7)
Frutas (mango, plátano, naranja)	5 (8.3)	5 (8.3)	7 (11.7)	10 (16.7)	10(16.7)	10 (16.7)
Espinaca, remolacha	-	4 (6.7)	6(10)	8 (13.3)	9 (15.0)	9 (15.0)
Zanahoria	4 (6.7)	5 (8.3)	7(11.7)	9 (15.0)	9 (15.0)	10 (16.7)
Frejol	1 (1.7)	2 (3.3)	7(11.7)	9 (15.0)	10(16.7)	10 (16.7)
Huevo (yema)	3 (5.0)	4 (6.7)	7(11.7)	8 (13.3)	9 (15.0)	10 (16.7)
Huevo completo	-	3(5.0)	5 (8.3)	7 (11.7)	9 (15.0)	10 (16.7)
Hígados	3 (5.0)	4 (6.7)	5 (8.3)	7 (11.7)	9 (15.0)	10 (16.7)
Carne de pollo	-	1(1.7)	4 (6.7)	5 (8.3)	9 (15.0)	10 (16.7)
Carne de cerdo	-	2 (3.3)	3 (5.0)	5 (8.3)	7 (11.7)	8 (13.3)
Carne de res	-	-	3 (5.0)	5 (8.3)	7 (11.7)	7 (11.7)
Pescado	-	2 (3.3)	7 (11.7)	8 (13.3)	9 (15.0)	10 (16.7)
Leche de vaca	-	2 (3.3)	7 (11.7)	9 (15.0)	9 (15.0)	9 (15.0)
Derivados de la leche (queso)	-	3 (5.0)	6 (10)	7 (11.7)	8 (13.3)	9 (15.0)
Legumbres	2 (3.3)	4 (6.7)	7 (11.7)	7 (11.7)	7 (11.7)	8 (13.3)
Tubérculos (papas, camotes)	5 (8.3)	5 (8.3)	7 (11.7)	8 (13.3)	9 (15.0)	10 (16.7)
Calabaza	3 (5.0)	4 (6.7)	7 (11.7)	7 (11.7)	7 (11.7)	9 (15.0)

Fuente: Formulario de entrevista (ANEXO 02).

Respecto a la edad de inicio de la alimentación complementaria de los niños en estudio; podemos observar que un porcentaje menor de las madres de los niños en estudio ofrecen alimentos a los 7 meses, complementando la alimentación a los 8 meses y así sucesivamente hasta los 12 meses, llegando a la conclusión que las madres le ofrecen una alimentación balanceada según la edad de su niño.

e) OBSERVACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS.

TABLA N° 09
ALIMENTOS ADMINISTRADOS POR SUS MADRES AL NIÑO DE 7 MESES DE
EDAD

SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" – 2014.

ALIMENTOS CONSUMIDOS POR EL NIÑO DE 7 MESES	SI		NO	
	N°	%	N°	%
DESAYUNO:				
• Compota fruta (1/4 pocillo)	5	50.0	5	50.0
• Galleta (1 unidad)	7	70.0	3	30.0
• Leche materna	10	100.0	-	-
MEDIA MAÑANA:				
• Papilla (1/4 pocillo)	5	50.0	5	50.0
• Leche materna	8	80.0	2	20.0
ALMUERZO:				
• Crema de verduras (1/2 pocillo)	4	40.0	6	60.0
• Puré de pollo, o res, o pescado	5	50.0	5	50.0
• Puré de tubérculos (3 cucharadas)	7	70.0	3	30.0
• Jugos (4 onzas)	4	40.0	6	60.0
MEDIA TARDE:				
• Leche materna	10	100.0	-	-
• Papilla de frutas (1/4 pocillo)	4	40.0	6	60.0
COMIDA:				
• Crema de verduras con carne (1/2 pocillo)	2	20.0	8	80.0
• Puré de platanos (3cucharas)	4	40.0	6	60.0
• Jugos (4 onzas)	2	20.0	8	80.0

Fuente: Guía de observación (Anexo N° 01)

Respecto a la alimentación del niño de 7 meses podemos observar que durante el desayuno, el 100% (10) toman leche materna, seguido de un 80% (8) que comen galletas en el desayuno, mientras que el 70% (7) de niños comen un $\frac{1}{4}$ de compota de frutas. En media mañana un 50% (5) de las madres proporcionan a su niño $\frac{1}{4}$ de pocillo de papilla y un 80%(8) le dan lactancia materna; también observamos que en el almuerzo, un 70% (7) proporcionan a sus niños puré de tubérculos, luego el 50%(5) de las madres dan puré de pollo o de res, o de pescado y un 40% proporcionan a sus niños crema de verduras y jugos. En la media tarde, un 100% de las madres le dan leche materna, y también les ofrecen un 40%(4) papilla de frutas. En la comida, el 40% de las madres proporcionan a sus niños puré de plátanos y un 20% (2) le ofrecen crema de verduras con carne o jugos.

TABLA N° 10

TIPO DE LA ALIMENTACIÓN ADMINISTRADA POR LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 7 MESES DE EDAD SEGÚN TIPO DE RACIÓN
SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" – 2014.

RACIONES	ADECUADA		INADECUADA	
	N°	%	N°	%
Desayuno	5	50.00	5	50.00
Media mañana	5	50.00	5	50.00
Almuerzo	4	40.00	6	60.00
Media tarde	4	40.00	6	60.00
Comida	2	20.00	8	80.00

Fuente: Tabla N° 09

De los 10 niños en estudio sólo un 50% (5) de los niños de 7 meses reciben una alimentación adecuada por sus madres en el desayuno y en la media mañana, observándose que el 40% (4) niños reciben una alimentación adecuada en el almuerzo y en la media tarde; sin embargo en la comida decae con un 20% (2) niños con una alimentación adecuada administrada por la madre.

TABLA N° 11

ALIMENTOS ADMINISTRADOS POR SUS MADRES AL NIÑO DE 8 MESES DE
EDAD

SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" - 2014.

ALIMENTOS CONSUMIDOS POR EL NIÑO DE 8 MESES	SI		NO	
	N°	%	N°	%
DESAYUNO:				
• Compota fruta (1/4 pocillo)	4	40.0	6	60.0
• Pan (1 unidad)	8	80.0	2	20.0
• Yema de huevo	4	40.0	6	60.0
• Leche materna	10	100.0	-	-
MEDIA MAÑANA:				
• Papilla (1/2 pocillo)	3	30.0	7	70.0
• Puré de frutas (1/3 pocillo)	3	30.0	7	70.0
• Leche materna	8	80.0	2	20.0
ALMUERZO:				
• Crema de verduras (1/2 pocillo)	4	40.0	6	60.0
• Puré de pollo, o res, o pescado	5	50.0	5	50.0
• Puré de frijol, lenteja, garbanzo, habas, soya.	4	40.0	6	60.0
• Puré de tubérculos (3 cucharadas)	5	50.0	5	50.0
• Arroz	5	50.0	5	50.0
• Jugos (5 onzas)	9	90.0	1	10.0
MEDIA TARDE:				
• Puré de frutas (1/4 pocillo)	4	40.0	6	60.0
• Leche materna	8	80.0	2	20.0
COMIDA:				
• Crema de verduras con carne (1/2 pocillo)	4	40.0	6	60.0
• Puré de pollo (1/4 pocillo)	8	80.0	2	20.0
• Puré de tubérculo (3cucharas)	8	80.0	2	20.0
• Arroz (1/4 pocillo)	8	80.0	2	20.0
• Jugos (5 onzas)	8	80.0	2	20.0

Fuente: Guía de observación (Anexo N° 01)

Respecto a la alimentación del niño de 8 meses podemos observar que durante el desayuno, el 100% (10) toman leche materna, seguido de un 80% (8) que comen panes en el desayuno, mientras que el 40% (4) de niños comen un $\frac{1}{4}$ de pocillo de compota de frutas y yema de huevo. En media mañana un 30% (3) de las madres proporcionan a su niño $\frac{1}{2}$ de pocillo de papilla y un $\frac{1}{3}$ de pocillo de puré de frutas y el 80%(8) le dan lactancia materna; también observamos que en el almuerzo, un 90% (9) proporcionan a sus niños jugos, luego el 50% (5) de las madres dan puré de pollo o de res, o de pescado, puré de tubérculos y arroz y un 40% proporcionan a sus niños crema de verduras y puré de frejol, lenteja, garbanzo, habas y soya. En la media tarde, un 80% (8) de las madres le dan leche materna, y también les ofrecen un 40%(4) puré de frutas. En la comida, el 80% de las madres proporcionan a sus niños puré de pollo, tubérculo, arroz y jugos y un 40% (4) le ofrecen crema de verduras con carne.

TABLA N° 12

**TIPO DE LA ALIMENTACIÓN ADMINISTRADA POR LAS MADRES DE LOS
NIÑOS DE 8 MESES DE EDAD SEGÚN TIPO DE RACIÓN
SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" – 2014.**

RACIONES	ADECUADA		INADECUADA	
	N°	%	N°	%
Desayuno	5	50.00	5	50.00
Media mañana	5	50.00	5	50.00
Almuerzo	4	40.00	6	60.00
Media tarde	4	40.00	6	60.00
Comida	2	20.00	8	80.00

Fuente: Tabla N° 11

De los 10 niños en estudio sólo un 50% (5) de los niños de 8 meses reciben una alimentación adecuada por sus madres en el desayuno y en la media mañana, observándose que el 40% (4) niños reciben una alimentación adecuada en el almuerzo y en la media tarde; sin embargo en la comida decae con un 20% (2) niños con una alimentación adecuada administrada por la madre.

TABLA N° 13

ALIMENTOS ADMINISTRADOS POR SUS MADRES AL NIÑO DE 9 MESES DE

EDAD

SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" – 2014.

ALIMENTOS CONSUMIDOS POR EL NIÑO DE 9 MESES	SI		NO	
	N°	%	N°	%
DESAYUNO:				
• Compota fruta (1/4 pocillo)	5	50.0	5	50.0
• Pan (1 unidad)	4	40.0	4	60.0
• Yema de huevo	6	60.0	4	40.0
• Leche materna	8	80.0	2	20.0
MEDIA MAÑANA:				
• Papilla (1/2 pocillo)	8	80.0	2	20.0
• Puré de frutas (1/3 pocillo)	7	70.0	3	30.0
• Leche materna	8	80.0	2	20.0
ALMUERZO:				
• Crema de verduras (1/2 pocillo)	7	70.0	3	30.0
• Puré de pollo, o res, o pescado	5	50.0	5	50.0
• Puré de frijol, lenteja, garbanzo, habas, soya.	6	60.0	4	40.0
• Puré de tubérculos (3 cucharadas)	9	90.0	1	10.0
• Arroz	10	100.0	-	-
• Jugos (5 onzas)	9	90.0	1	10.0
MEDIA TARDE:				
• Puré de frutas (1/4 pocillo)	7	70.0	3	30.0
• Leche materna	10	100.0	-	-
COMIDA:				
• Crema de verduras con carne (1/2 pocillo)	6	60.0	4	40.0
• Puré de pollo (1/4 pocillo)	3	30.0	7	70.0
• Puré de tubérculo (3cucharas)	6	60.0	4	40.0
• Arroz (1/4 pocillo)	8	80.0	2	20.0
• Jugos (5 onzas)	7	70.0	3	30.0

Fuente: Guía de observación (Anexo N° 01)

Respecto a la alimentación del niño de 9 meses podemos observar que durante el desayuno, el 80% (8) toman leche materna, seguido de un 60% (6) que comen yema de huevo, el 50% (5) compota de frutas, mientras que el 40% (4) de niños comen pan. En media mañana un 80% (8) de las madres proporcionan a su niño 1/2 de pocillo de papilla y leche materna y el 70% (7) de las madres le dan puré de frutas; también observamos que en el almuerzo, un 100% (10) proporcionan a sus niños arroz, luego el 90% (9) de las madres dan puré de tubérculos y jugos, el 70% (7) proporcionan a sus niños crema de verduras; el 60% (6) de las madres le ofrecen a sus niños puré de frejol, lenteja, garbanzo, habas y soya y el 50% (5) les dan puré de pollo, o res, o pescado. En la media tarde, un 100% (10) de las madres le dan leche materna, y también les ofrecen un 70% (7) puré de frutas. En la comida, el 80% de las madres proporcionan a sus niños arroz, el 70% (7) de las madres proporcionan jugos y el 60% (6) le ofrecen crema de verduras con carne y puré de tubérculo y el 30% (3) de las madres le dan puré de pollo.

TABLA N° 14

TIPO DE LA ALIMENTACIÓN ADMINISTRADA POR LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 9 MESES DE EDAD SEGÚN TIPO DE RACIÓN

SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" - 2014.

RACIONES	ADECUADA		INADECUADA	
	N°	%	N°	%
Desayuno	4	40.0	6	60.0
Media mañana	7	70.0	3	30.0
Almuerzo	5	50.0	5	50.0
Media tarde	7	70.0	3	30.0
Comida	3	30.0	7	70.0

Fuente: Tabla N° 13

De los 10 niños de 9 meses en estudio sólo el 70% (7) de ellos reciben una alimentación adecuada por sus madres en la media mañana y en la media tarde, observándose que el 50% (5) niños reciben una alimentación adecuada en el almuerzo; y un 40% (4) de estos niños les administran un adecuado desayuno; sin embargo en la comida decae con un 30% (3) niños con una alimentación adecuada administrada por la madre.

TABLA N° 15

ALIMENTOS ADMINISTRADOS POR SUS MADRES AL NIÑO DE 10 MESES DE
EDAD

SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" - 2014.

ALIMENTOS CONSUMIDOS POR EL NIÑO DE 10 MESES	SI		NO	
	N°	%	N°	%
DESAYUNO:				
• Fruta (1/2 pocillo)	7	70.0	3	30.0
• Pan (1 unidad)	9	90.0	1	10.0
• Yema de huevo	5	50.0	5	50.0
• Leche materna	9	90.0	1	10.0
MEDIA MAÑANA:				
• Papilla (1/2 pocillo)	7	70.0	3	30.0
• Leche materna	7	70.0	3	30.0
ALMUERZO:				
• Sopa (1/2 pocillo)	6	60.0	4	40.0
• Carne molida (1/2 pocillo)	4	10.0	6	60.0
• Plátano (1/2 unidad)	8	80.0	2	20.0
• Tubérculos (3 cucharadas)	7	70.0	3	30.0
• Arroz (1/4 pocillo)	8	80.0	2	20.0
• Jugos (6 onzas)	7	70.0	3	30.0
MEDIA TARDE:				
• Frutas (1/2 pocillo)	7	70.0	3	30.0
• Leche materna	7	70.0	3	30.0
COMIDA:				
• Sopa (1/2 pocillo)	7	70.0	3	30.0
• Pollo desmenuzado (1/4 pocillo)	5	50.0	5	50.0
• Papa (1 unidad pequeña)	4	40.0	6	60.0
• Verduras cocida (3 cucharadas)	4	40.0	6	60.0
• Arroz (1/4 pocillo)	8	80.0	2	20.0
• Jugos (6 onzas)	7	70.0	3	30.0

Fuente: Guía de observación (Anexo N° 01)

TABLA N° 16

**TIPO DE LA ALIMENTACIÓN ADMINISTRADA POR LAS MADRES DE LOS
NIÑOS DE 10 MESES DE EDAD SEGÚN TIPO DE RACIÓN
PROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" – 2004.**

RACIONES	ADECUADA		INADECUADA	
	N°	%	N°	%
Desayuno	5	50.0	5	50.0
Media mañana	7	70.0	3	30.0
Almuerzo	4	40.0	6	60.0
Media tarde	7	30.0	3	30.0
Comida	4	40.0	6	60.0

Fuente: Tabla N° 15

TABLA N° 17
ALIMENTOS ADMINISTRADOS POR SUS MADRES AL NIÑO DE 11 MESES DE
EDAD

PROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" – 2004.

ALIMENTOS CONSUMIDOS POR EL NIÑO DE 11 MESES	SI		NO	
	N°	%	N°	%
DESAYUNO:				
• Fruta (1/2 pocillo)	8	80.0	2	20.0
• Pan (1 unidad)	6	60.0	4	40.0
• Yema de huevo	5	50.0	5	50.0
• Leche materna	7	70.0	3	30.0
MEDIA MAÑANA:				
• Papilla (1/2 pocillo)	7	70.0	3	30.0
• Leche materna	9	90.0	1	10.0
ALMUERZO:				
• Sopa (1/2 pocillo)	4	40.0	6	60.0
• Carne molida (1/2 pocillo)	5	50.0	5	50.0
• Plátano (1/2 unidad)	8	80.0	2	20.0
• Tubérculos (3 cucharadas)	7	70.0	3	30.0
• Arroz (1/4 pocillo)	9	90.0	1	10.0
• Jugos (6 onzas)	6	60.0	4	40.0
MEDIA TARDE:				
• Frutas (1/2 pocillo)	5	50.0	5	50.0
• Leche materna	7	70.0	3	30.0
COMIDA:				
• Sopa (1/2 pocillo)	5	50.0	5	50.0
• Pollo desmenuzado (1/4 pocillo)	8	80.0	2	20.0
• Papa (1 unidad pequeña)	9	90.0	1	10.0
• Verduras cocida (3 cucharadas)	5	50.0	5	50.0
• Arroz (1/4 pocillo)	5	50.0	5	50.0
• Jugos (6 onzas)	6	60.0	4	40.0

Fuente: Guía de observación (Anexo N° 01)

Respecto a la alimentación del niño de 10 meses podemos observar que durante el desayuno, el 90% (9) toman leche materna y pan, seguido de un 70% (7) que frutas, el 50% (5) yema de huevos. En media mañana un 70% (7) de las madres proporcionan a su niño 1/2 de pocillo de papilla y leche materna; también observamos que en el almuerzo, un 80% (8) proporcionan a sus niños plátano y arroz, luego el 70% (7) de las madres dan tubérculos y jugos, el 60% (6) proporcionan a sus niños ½ pocillo de sopa; y el 40% (4) les dan carne molida. En la media tarde, un 70% (7) de las madres le dan leche materna, y frutas. En la comida, el 80% de las madres proporcionan a sus niños arroz, el 70% (7) de las madres proporcionan sopa y jugos el 50% (5) le ofrecen pollo desmenuzado y el 40% (4) de las madres le dan papa y verduras cocidas.

Respecto a La alimentación del niño de 11 meses podemos observar que durante el desayuno, el 80% (8) de las madres le dan frutas, seguido de un 70% (7) que toman lactancia materna, el 60% (6) pan, mientras que el 50% (5) de niños comen yema de huevo. En media mañana un 90% (9) de las madres proporcionan a su niño leche materna y el 70% (7) de las madres le dan papilla; también observamos que en el almuerzo, un 90% (9) proporcionan a sus niños arroz, luego el 80% (8) de las madres les dan plátano, el 70% (7) de las madres ofrecen a sus niños tubérculos, el 60% (6) proporcionan a sus niños jugos; el 50% (5) de las madres le ofrecen a sus niños carne molida y el 40% (4) les dan $\frac{1}{2}$ pocillo de sopa. En la media tarde, un 70% (7) de las madres le dan leche materna, y también les ofrecen un 50%(5) frutas. En la comida, el 90% de las madres proporcionan a sus niños papa, el 80% (8) de las madres porporcionan pollo desmenuzado y el 60% (6) le ofrecen jugos y el 50% (5) de las madres le dan sopa, verduras cocida y arroz.

TABLA N° 18

TIPO DE LA ALIMENTACIÓN ADMINISTRADA POR LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 11 MESES DE EDAD SEGÚN TIPO DE RACIÓN
SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" - 2014.

RACIONES	ADECUADA		INADECUADA	
	N°	%	N°	%
Desayuno	5	50.0	5	50.0
Media mañana	7	70.0	3	30.0
Almuerzo	4	40.0	6	60.0
Media tarde	5	50.0	5	50.0
Comida	5	50.0	5	50.0

Fuente: Tabla N° 17

De los 10 niños de 11 meses de edad registrarón que sólo el 70% (7) de ellos reciben una alimentación adecuada por sus madres en la media mañana, observándose que el 50% (5) de estos niños reciben una alimentación adecuada en el desayuno, media tarde y en la comida; y un 40% (4) también de estos niños les ofrecen una adecuada alimentación en el almuerzo .

TABLA N° 19
ALIMENTOS ADMINISTRADOS POR SUS MADRES AL NIÑO DE 12 MESES DE
EDAD

SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" - 2014

ALIMENTOS CONSUMIDOS POR EL NIÑO DE 12 MESES	SI		NO	
	N°	%	N°	%
DESAYUNO:				
• Fruta (1/2 pocillo)	8	80.0	2	20.0
• Pan (1 unidad)	7	70.0	3	30.0
• Yema de huevo	6	60.0	4	40.0
• Leche materna	6	60.0	4	40.0
MEDIA MAÑANA:				
• Papilla (1/2 pocillo)	6	60.0	4	40.0
• Leche materna	8	80.0	2	20.0
ALMUERZO:				
• Sopa (1/2 pocillo)	9	90.0	1	10.0
• Carne molida (1/2 pocillo)	8	80.0	2	20.0
• Plátano (1/2 unidad)	8	80.0	2	20.0
• Tubérculos (3 cucharadas)	9	90.0	1	10.0
• Arroz (1/4 pocillo)	7	70.0	3	30.0
• Jugos (6 onzas)	8	80.0	2	20.0
MEDIA TARDE:				
• Frutas (1/2 pocillo)	8	80.0	2	20.0
• Leche materna	9	90.0	1	10.0
COMIDA:				
• Sopa (1/2 pocillo)	8	80.0	2	20.0
• Pollo desmenuzado (1/4 pocillo)	7	70.0	3	30.0
• Papa (1 unidad pequeña)	6	60.0		40.0
• Verduras cocida (3 cucharadas)	5	50.0	5	50.0
• Arroz (1/4 pocillo)	9	90.0	1	10.0
• Jugos (6 onzas)	8	80.0	2	20.0

Fuente: Guía de observación (Anexo N° 01).

Respecto a la alimentación del niño de 12 meses podemos observar que durante el desayuno, el 80% (8) de las madres le dan frutas, seguido de un 70% (7) le dan pan, el 60% (6) yema de huevo y lactancia materna. En media mañana un 80% (8) de las madres proporcionan a su niño leche materna y el 60% (6) de las madres le dan papilla; también observamos que en el almuerzo, un 90% (9) proporcionan a sus niños sopa, tubérculos, luego el 80% (8) de las madres les dan carne molida, plátano, y jugos; el 70% (7) de las madres ofrecen a sus niños arroz. En la media tarde, un 90% (9) de las madres le dan leche materna, y también les ofrecen un 80%(8) frutas. En la comida, el 90% de las madres proporcionan a sus niños arroz, el 80% (8) de las madres proporcionan sopa, y jugos; el 70% (7) les ofrecen pollo desmenuzado y el 60% (6) le ofrecen papa y el 50% (5) de las madres le dan verduras.

TABLA N° 20

TIPO DE LA ALIMENTACIÓN ADMINISTRADA POR LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 12 MESES DE EDAD SEGÚN TIPO DE RACIÓN
SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" - 2014.

RACIONES	ADECUADA		INADECUADA	
	N°	%	N°	%
Desayuno	6	60.0	4	40.0
Media mañana	6	60.0	4	40.0
Almuerzo	7	70.0	3	30.0
Media tarde	8	80.0	2	20.0
Comida	5	50.0	5	50.0

Fuente: Tabla N° 19

De los 10 niños en estudio sólo el 80% (8) de ellos reciben una alimentación adecuada por sus madres en la media tarde, observándose que el 70% (7) de estos niños reciben una alimentación adecuada en el almuerzo; y un 60% (6) de estos niños les ofrecen un adecuado desayuno y proporcionan una adecuada alimentación en la media mañana; si embargo en la hora de la comida sólo un 50% (5) de los niños reciben una adecuada alimentación por sus madres.

TABLA N° 21
PATRÓN ALIMENTICIO DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO
USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO
MARÍA" - 2014.

PATRÓN ALIMENTICIO	7 MESES		8 MESES		9 MESES		10 MESES		11 MESES		12 MESES	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	2	20	2	20	1	10	1	10	3	30	4	40
Regular	3	30	3	30	2	20	3	30	2	20	2	20
Deficiente	5	50	5	50	7	70	6	60	5	70	4	40

Fuente: Tabla N° 10, 12, 14, 16, 18, y 20

Se observa que los niños en estudio de 7 y 8 meses el 50% (5) presentan un patrón nutricional deficiente, seguido del 30% (3) de los niños que presentan regular patrón nutricional y el 20% (2) un patrón nutricional buena. Los niños de 9 y 11 meses el 70% (7) presentan un deficiente patrón nutricional, seguido del 20% (2) de los niños que presenta regular patrón nutricional y el 10% (1) presenta buen patrón nutricional. En cuanto a los niños de 10 meses se evidenció que el 60% (6) presentan patrón nutricional deficiente, seguido de un 30% (3) que presentan patrón nutricional regular y el 10% (1) buen patrón nutricional.

En los niños de 12 meses se observa que el 40% (4) presenta deficiente y buen patrón nutricional y sólo el 20% (2) presenta regular patrón nutricional. Por lo tanto cabe señalar que en su mayoría los niños en estudio tienen deficiente patrón nutricional.

TABLA N° 22

**ESTADO NUTRICIONAL ANTERIOR DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO
USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO
MARÍA" - 2014.**

ESTADO NUTRICIONAL	7 MESES		8 MESES		9 MESES		10 MESES		11 MESES		12 MESES	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	4	40.0	7	70.0	3	30.0	4	40.0	6	60.0	4	40.0
Desnutrición global	2	20.0	1	10.0	2	20.0	1	10.0	2	20.0	4	40.0
Desnutrición aguda	3	30.0	1	10.0	3	30.0	3	30.0	1	10.0	2	20.0
Desnutrición crónica	1	10.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	1	10.0	-	-
Desnutrición crónica reagudizada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Ficha de Evaluación Nutricional (Anexo N° 03)

Se observa que anteriormente el 40% (4) de los niños de 7 meses tuvieron una estado nutricional normal, seguido del 30% (3) de los niños que presentaron desnutrición aguda, el 20% (2) presentaron desnutrición global y el 10% (1) desnutrición crónica. Así mismo se evidencia que el 70% (7) de los niños de 8 meses presentaron un estado nutricional normal y el 10% (1) presentaron desnutrición global, aguda y crónica. En los niños que durante nuestro estudio tuvieron 9 meses se observa que el 30% (3) de los niños tuvieron un estado nutricional normal y desnutrición aguda; seguido del 20% que presento desnutrición global.

Los niños de 10 meses en estudio, se observó que el 40% (4) tuvieron un estado nutricional normal, seguido del 30% (3) de los niños que presentaron desnutrición aguda y el 10% (1) que presento desnutrición global y crónica. De 11 meses, se observó que el 60% (6) de los niños en estudio presentaron un estado nutricional normal, seguido del 20% (2) con desnutrición global; el 10% (1) con desnutrición aguda y crónica.

En los niños de 12 meses se evidenció que el 40% (4) presentaron un estado nutricional normal, y con desnutrición global, seguido del 20% (2) de los niños que presentaron desnutrición aguda. No se registró datos de desnutrición crónica reagudizada.

TABLA N° 23

**ESTADO NUTRICIONAL ACTUAL DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO
USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO
MARÍA" - 2014.**

ESTADO NUTRICIONAL	7 MESES		8 MESES		9 MESES		10 MESES		11 MESES		12 MESES	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	4	40.0	5	50.0	3	30.0	3	30.0	4	40	3	30.0
Desnutrición global	1	10.0	2	20.0	2	20.0	2	20.0	1	10	-	-
Desnutrición aguda	2	20.0	1	10.0	2	20.0	2	20.0	3	30	3	30.0
Desnutrición crónica	2	20.0	1	10.0	3	30.0	1	10.0	2	20	3	30.0
Desnutrición crónica reagudizada	1	10.0	1	10.0	-	-	2	20.0	-	-	1	10.0

Fuente: Ficha de Evaluación Nutricional (Anexo N° 03)

En cuanto al estado nutricional actual de los niños en estudio se observó que en los niños de 7 meses se presentó el 40% (4) con estado nutricional normal, seguido del 20% (2) de los niños que presentaron desnutrición aguda y crónica, y el 10% (1) presentaron desnutrición global y desnutrición crónica reagudizada. Así mismo se evidencia que el 50% (5) de los niños de 8 meses presentaron un estado nutricional normal, seguido del 20% (2) de los niños con desnutrición global y el 10% (1) presentaron desnutrición aguda, crónica y reagudizada. En los niños que durante nuestro estudio tuvieron 9 meses se observa que el 30% (3) de los niños tuvieron un estado nutricional normal y desnutrición crónica.

En los niños de 10 meses, se observó que el 40% (4) tuvieron un estado nutricional normal, seguido del 30% (3) de los niños que presentaron desnutrición crónica, el 20% (2) con desnutrición global, aguda y crónica reagudizada y el 10% (1) que presentó desnutrición crónica. De 11 meses, se observó que el 40% (4) de los niños en estudio presentaron un estado nutricional normal, seguido del 30% (3) con desnutrición aguda, el 20% (2) con desnutrición crónica; y el 10% (1) con desnutrición global.

En los niños de 12 meses se evidenció que el 30% (3) presentaron un estado nutricional normal, y con desnutrición aguda y crónica, seguido del 10% (1) de los niños que presentaron desnutrición crónica reagudizada.

TABLA N° 24

**PUNTAJES DEL PATRÓN ALIMENTICIO Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS
 NIÑOS EN ESTUDIO
 USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO
 MARÍA" - 2014.**

MESES	PATRON	ESTADO NUTRICIONAL
7 meses	13	100.00
	14	95.66
	11	95.00
	10	97.00
	9	93.00
	8	83.66
	7	84.33
	8	88.33
	7	90.33
	8	86.00
8 meses	18	100.00
	19	98.33
	15	96.00
	16	108.33
	17	95.66
	14	93.33
	10	89.66
	09	97.00
	11	88.66
	12	82.66
9 meses	18	100.00
	16	99.00
	17	96.33
	14	92.00
	13	90.00
	14	88.00
	14	84.33
	12	89.33
	13	88.33
	11	93.00
10 meses	19	100.00
	15	97.33
	16	93.66
	17	93.00
	14	91.66
	14	91.00
	13	89.00
	14	91.66
	11	87.66

	10	84.00
11 meses	18	100.66
	19	98.66
	18	97.00
	15	95.66
	16	93.00
	12	92.00
	11	90.00
	13	94.33
	14	88.33
	12	87.33
12 meses	19	102.50
	18	99.00
	19	100.00
	18	93.00
	15	92.33
	17	92.33
	14	85.66
	13	89.33
	12	85.66
	10	77.00

d) ANÁLISIS ESTADÍSTICO

TABLA N° 25

**PATRON ALIMENTICIO APLICADO AL NIÑO DE 7 MESES Y EL ESTADO
NUTRICIONAL MEDIANTE LA CORRELACIÓN DE PEARSON
USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO
MARÍA" – 2014**

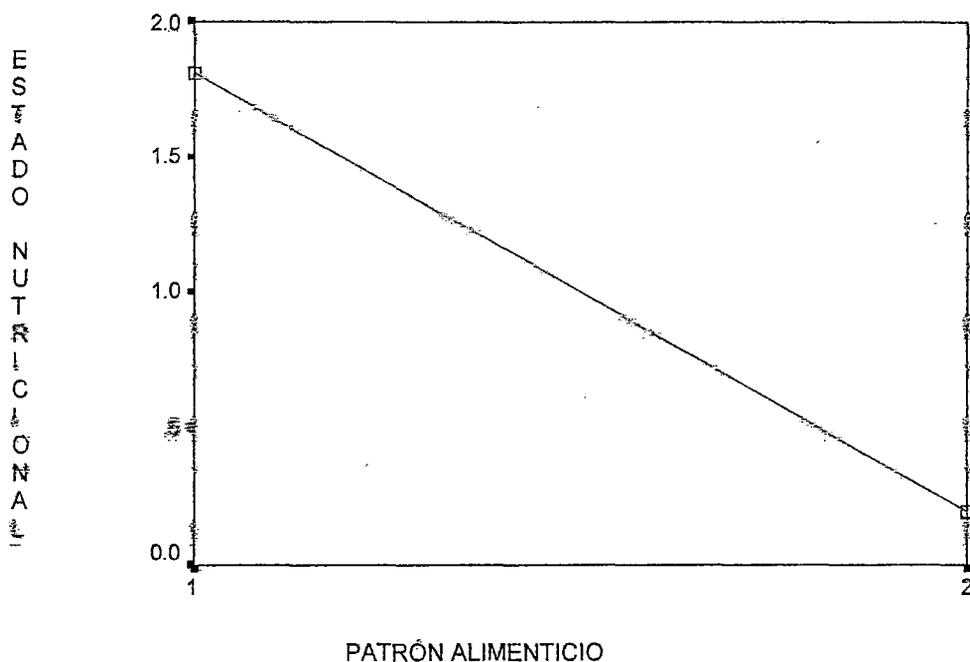
ESTADO NUTRICIONAL	
(n = 10)	
Patrón Alimenticio	$r = 0.808 ; t(8) = 3.873, p = 0.000$
Coefficiente de determinación	$r^2 = 0.652 (65.2\%)$
Score (componente)	$r_1 = 0.526$

La correlación indica relación positiva y moderadamente alta, es decir que el patrón alimenticio establecido por la madre pronostica el estado nutricional del niño. Dicho de otro modo, a buen patrón alimenticio del niño existe la probabilidad de un estado nutricional normal. Al calcular el coeficiente de determinación puede decirse que el 65.2% de la variación total del estado nutricional (desnutrición en sus diferentes niveles) se explica, o se debe a, la variación en las puntuaciones del patrón alimenticio.

Al analizar el componente Score (coeficiente Matrix) de cada relación observamos correlaciones moderadas bajas y bajas, lo que explica que el deficiente patrón alimenticio que aplica la madre determina estados nutricionales de desnutrición en sus diferentes niveles. Con lo que rechazamos la hipótesis nula de que el patrón alimenticio es indiferente para la desnutrición.

GRÁFICO N° 01

DISPERSIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO EN REALCIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 7 MESES USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" - 2014



El gráfico de dispersión expresa que cuánto mayor número de madres adoptan un patrón alimenticio deficiente o insuficiente (descuidan la alimentación del niño de 7 meses) el estado nutricional de normalidad disminuye (correlación negativa inversa).

TABLA N° 26
PATRON ALIMENTICIO APLICADO AL NIÑO DE 8 MESES Y EL ESTADO
NUTRICIONAL MEDIANTE LA CORRELACIÓN DE PEARSON
USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO “TINGO
MARÍA” – 2014

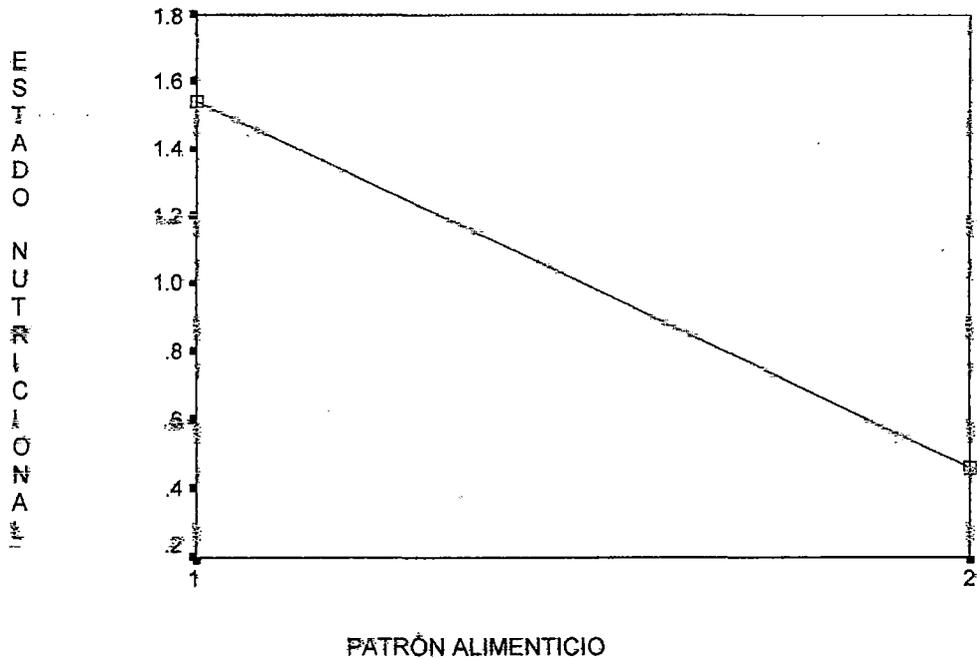
ESTADO NUTRICIONAL	
(n = 10)	
Patrón Alimenticio	$r = 0.553 ; t(8) = 1.876, P = 0.098$
Coefficiente de determinación	$r^2 = 0.305 (30.5\%)$
Score (componente)	$r_1 = 0.567$

La correlación indica relación positiva y moderada, es decir que el patrón alimenticio establecido por la madre pronóstica el estado nutricional del niño de 8 meses. Dicho de otro modo, a buen patrón alimenticio del niño existe la probabilidad de un estado nutricional normal. Al calcular el coeficiente de determinación puede decirse que el 30.5% de la variación total del estado nutricional (desnutrición en sus diferentes niveles) se explica, o se debe a, la variación en las puntuaciones del patrón alimenticio, y el 69.5% no determina el patrón nutricional.

Al analizar el componente Score (coeficiente Matrix) de cada relación observamos correlaciones moderadas bajas y bajas, lo que explica que el deficiente patrón alimenticio que aplica la madre determina estados nutricionales de desnutrición en sus diferentes niveles. Con lo que rechazamos la hipótesis nula de que el patrón alimenticio es indiferente para la desnutrición.

GRÁFICO N° 02

DISPERSIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO EN REALCIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 8 MESES USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" - 2014



El gráfico de dispersión expresa que cuánto mayor número de madres adoptan un patrón alimenticio deficiente o insuficiente (descuidan la alimentación del niño de 8 meses) el estado nutricional de normalidad disminuye (correlación negativa inversa).

TABLA N° 27

PATRON ALIMENTICIO APLICADO AL NIÑO DE 9 MESES Y EL ESTADO
NUTRICIONAL MEDIANTE LA CORRELACIÓN DE PEARSON
USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO “TINGO
MARÍA” – 2014

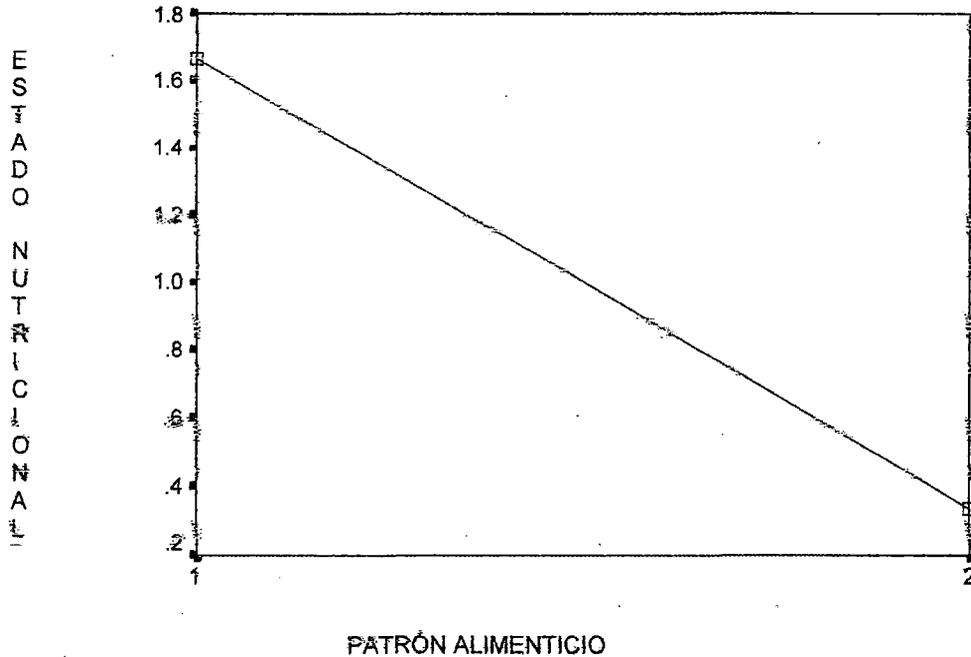
ESTADO NUTRICIONAL	
(n = 10)	
Patrón Alimenticio	$r = 0.665$; $t(8) = 2.521$, $P = 0.036$
Coefficiente de determinación	$r^2 = 0.442$ (44.2%)
Score(correlación)	$r_1 = 0.548$

La correlación indica relación positiva y moderada, es decir que el patrón alimenticio establecido por la madre pronóstica el estado nutricional del niño de 9 meses. Dicho de otro modo, a buen patrón alimenticio del niño existe la probabilidad de un estado nutricional normal. Al calcular el coeficiente de determinación puede decirse que el 44.2% de la variación total del estado nutricional (desnutrición en sus diferentes niveles) se explica, o se debe a, la variación en las puntuaciones del patrón alimenticio, y el 55.8% no determina el patrón nutricional.

Al analizar el componente Score (coeficiente Matrix) de cada relación observamos correlaciones moderadas bajas y bajas, lo que explica que el deficiente patrón alimenticio que aplica la madre determina estados nutricionales de desnutrición en sus diferentes niveles. Con lo que rechazamos la hipótesis nula de que el patrón alimenticio es indiferente para la desnutrición.

GRÁFICO Nº 03

DISPERSIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO EN RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 9 MESES USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" - 2014



El gráfico de dispersión expresa que cuánto mayor número de madres adoptan un patrón alimenticio deficiente o insuficiente (descuidan la alimentación del niño de 9 meses) el estado nutricional de normalidad disminuye (correlación negativa inversa).

TABLA N° 28

PATRON ALIMENTICIO APLICADO AL NIÑO DE 10 MESES Y EL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE LA CORRELACIÓN DE PEARSON USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO “TINGO MARÍA” – 2014

ESTADO NUTRICIONAL	
(n = 10)	
Patrón Alimenticio	$r = 0.908 ; t(8) = 6.131, P = 0.000$
Coefficiente de determinación	$r^2 = 0.824 (82.4\%)$
Score(correlación)	$r_1 = 0.512$

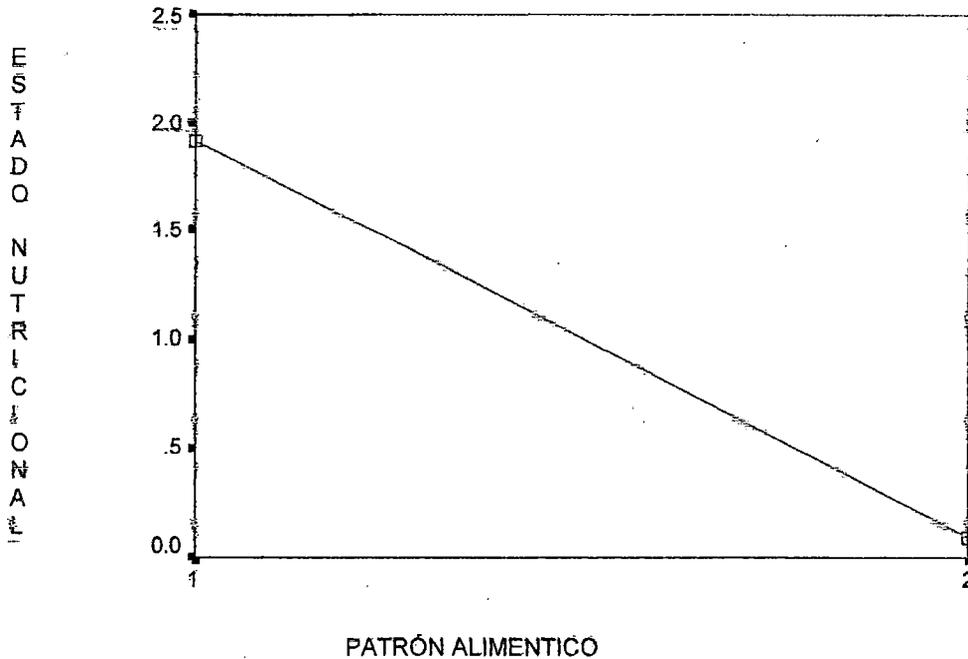
La correlación indica relación positiva y alta, es decir que el patrón alimenticio establecido por la madre pronóstica el estado nutricional del niño de 10 meses. Dicho de otro modo, a buen patrón alimenticio del niño existe la probabilidad de un estado nutricional normal. Al calcular el coeficiente de determinación puede decirse que el 82.4% de la variación total del estado nutricional (desnutrición en sus diferentes niveles) se explica, o se debe a, la variación en las puntuaciones del patrón alimenticio, y el 17.6% no determina el patrón nutricional.

Al analizar el componente Score (coeficiente Matrix) de cada relación observamos correlaciones moderadas bajas y bajas, lo que explica que el deficiente patrón alimenticio que aplica la madre determina estados nutricionales de desnutrición en sus diferentes niveles. Con lo que rechazamos la hipótesis nula de que el patrón alimenticio es indiferente para la desnutrición.

GRÁFICA N° 04

DISPERSIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO EN RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 10 MESES

USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" - 2014



El gráfico de dispersión expresa que cuánto mayor número de madres adoptan un patrón alimenticio deficiente o insuficiente (descuidan la alimentación del niño de 10 meses) el estado nutricional de normalidad disminuye (correlación negativa inversa).

TABLA N° 29

PATRON ALIMENTICIO APLICADO AL NIÑO DE 11 MESES Y EL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE LA CORRELACIÓN DE PEARSON
 USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" - 2014

ESTADO NUTRICIONAL	
(n = 10)	
Patrón Alimenticio	$r = 0.821 ; t(8) = 4.061, P = 0.004$
Coefficiente de determinación	$r^2 = 0.674 (67.4\%)$
Score(correlación)	$r_1 = 0.524$

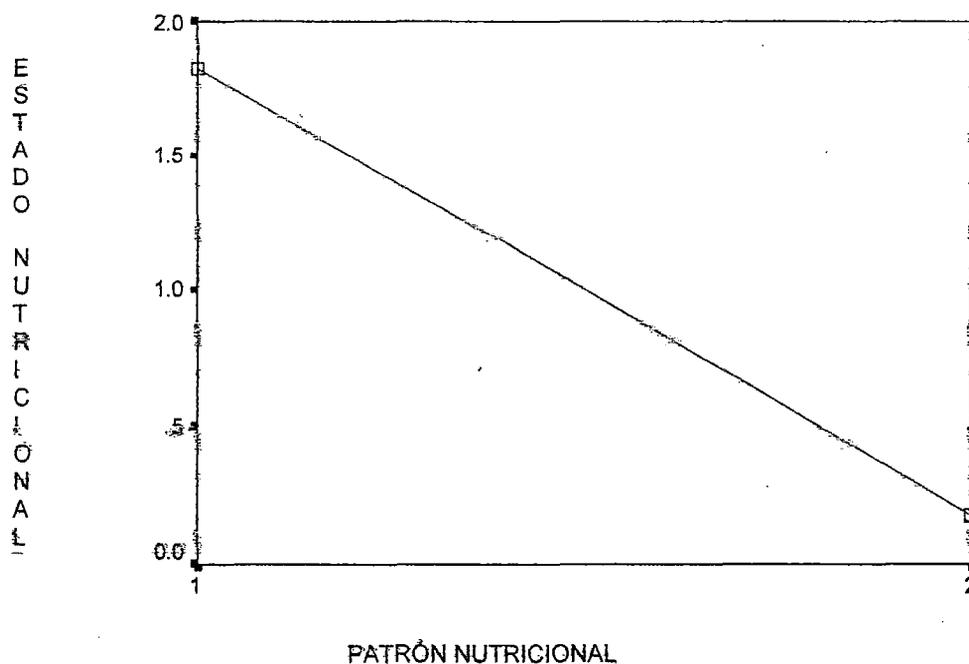
La correlación indica relación positiva y moderada alta , es decir que el patrón alimenticio establecido por la madre pronóstica el estado nutricional del niño de 11 meses. Dicho de otro modo, a buen patrón alimenticio del niño existe la probabilidad de un estado nutricional normal. Al calcular el coeficiente de determinación puede decirse que el 67,4% de la variación total del estado nutricional (desnutrición en sus diferentes niveles) se explica, o se debe a, la variación en las puntuaciones del patrón alimenticio, y el 32,6% no determina el patrón nutricional.

Al analizar el componente Score (coeficiente Matrix) de cada relación observamos correlaciones moderadas bajas y bajas, lo que explica que el deficiente patrón alimenticio que aplica la madre determina estados nutricionales de desnutrición en sus diferentes niveles. Con lo que rechazamos la hipótesis nula de que el patrón alimenticio es indiferente para la desnutrición.

GRÁFICA N° 05

DISPERSIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO EN RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 11 MESES

USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" - 2014



El gráfico de dispersión expresa que cuánto mayor número de madres adoptan un patrón alimenticio deficiente o insuficiente (descuidan la alimentación del niño de 11 meses) el estado nutricional de normalidad disminuye (correlación negativa inversa).

TABLA N° 30

PATRON ALIMENTICIO APLICADO AL NIÑO DE 12 MESES Y EL ESTADO
NUTRICIONAL MEDIANTE LA CORRELACIÓN DE PEARSON
USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO
MARÍA" - 2014

ESTADO NUTRICIONAL	
(n = 10)	
Patrón Alimenticio	$r = 0.935 ; t(8) = 7.466, P = 0.000$
Coeficiente de determinación	$r^2 = 0.874 (87.4\%)$
Score(correlación)	$r_1 = 0.508$

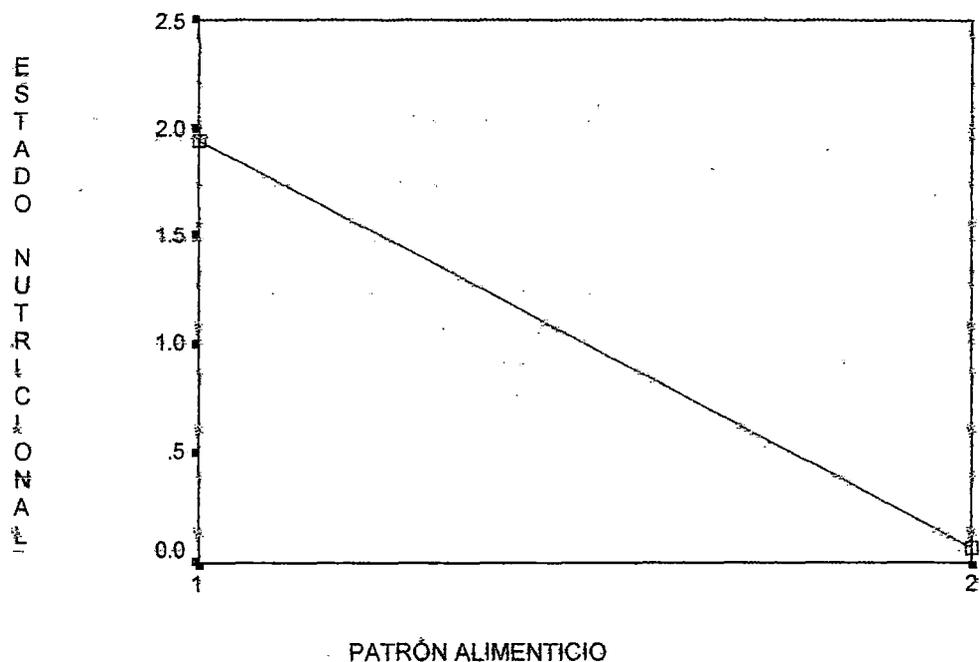
La correlación indica relación positiva y alta, es decir que el patrón alimenticio establecido por la madre pronóstica el estado nutricional del niño de 12 meses. Dicho de otro modo, a buen patrón alimenticio del niño existe la probabilidad de un estado nutricional normal. Al calcular el coeficiente de determinación puede decirse que el 87.4% de la variación total del estado nutricional (desnutrición en sus diferentes niveles) se explica, o se debe a, la variación en las puntuaciones del patrón alimenticio, y el 12.6% no determina el patrón nutricional.

Al analizar el componente Score (coeficiente Matrix) de cada relación observamos correlaciones moderadas bajas y bajas, lo que explica que el deficiente patrón alimenticio que aplica la madre determina estados nutricionales de desnutrición en sus diferentes niveles. Con lo que rechazamos la hipótesis nula de que el patrón alimenticio es indiferente para la desnutrición.

GRÁFICA N° 06

DISPERSIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO EN RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 12 MESES

USUARIOS DEL SUBPROGRAMA DE CRED - HOSPITAL DE APOYO "TINGO MARÍA" - 2014



El gráfico de dispersión expresa que cuánto mayor número de madres adoptan un patrón alimenticio deficiente o insuficiente (descuidan la alimentación del niño de 12 meses) el estado nutricional de normalidad disminuye (correlación negativa inversa).

CAPÍTULO V

INTERPRETACIÓN Y COMENTARIO

5.1 DISCUSIÓN.

En nuestro estudio observamos una relación moderada a débil entre el patrón nutricional que aplica la madre a su niño con un adecuado estado nutricional, esto denota que el niño se encuentra en riesgo de una baja inmunidad, el que representa para el menor de 12 meses muy limitadas defensas como el aporte de leucocitos, linfocitos D.

Muchos autores nos refieren que desde el momento en que el bebé hace su primera toma de leche necesita atención y cariño. Si la madre lo amamanta, aparte de que su leche es la más adecuada para el bebé, también se establece una comunicación más directa. No obstante, si se le da biberón, la atención tiene que ser la misma. No se puede escatimar el tiempo necesario, que varía en cada niño, y no tiene que haber ruidos ni alborotos. Cuanto más tranquila esté la persona que dé el biberón, más tranquilo estará el bebé. Estas mismas precauciones deben mantenerse hasta que el niño sea lo bastante mayor para comer con los demás, aunque en realidad esta recomendación es aplicable a todas las edades.

Cuando el niño se encuentra mal se muestra irritable, suele llorar de forma distinta. Los bebés son propensos al dolor de oído y estómago, pero sin duda el peor momento se presenta cuando empiezan a salir los dientes. Si la dolencia no se soluciona en pocas horas, es mejor llamar al pediatra.

No por ser un niño, éste es menos listo que los adultos. Tiene sus propias armas para llamar la atención, no sólo durante la comida, sino también a la hora de acostarse o simplemente cuando él quiere. A medida que va creciendo, este hecho suele agudizarse. El niño quiere reclamar la atención. Una de las maneras más efectivas de lograrlo es negándose a comer, hacer pataletas y llorar. Por este motivo es muy importante hablarle cuando esté despierto, hacerle jugar y, sobre todo, darle la comida relajadamente, haciendo de ello un juego agradable.

La inapetencia también puede tener otros motivos. Desde muy pequeños, los niños son intuitivos y perciben las tensiones o alteraciones familiares. Éstas pueden provocarles

estrés, que acaba convirtiéndose en irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, descomposición, vómitos o inapetencia.⁽³⁵⁾

Es preciso recordar que algunos niños tienen unas necesidades nutricionales bajas, lo que significa que con poca comida tienen suficiente para estar bien alimentados. Otras veces las personas adultas no preparan las raciones de alimentos proporcionadas a la edad del niño. Por ejemplo, a un niño de un año no se le puede dar un bistec de 100 g, porque tiene suficiente con uno de 75 g. No porque un niño coma más está mejor alimentado, lo que importa es que los alimentos sean adecuados a las necesidades del niño, tanto cuantitativa como cualitativamente. Antes la buena salud de un niño se medía por sus mofletes. Este error forma parte del pasado. Sin embargo, tampoco debemos caer en el otro extremo, es decir dar al niño los alimentos pesados y muy controlados, como hacen algunas madres en su obsesión personal por no engordar.

Cuanto más pequeño sea, más vulnerable será el bebé, que depositará toda su confianza en las personas que le cuidan, normalmente los padres. Depende de ellos totalmente y exige una dedicación que no tiene horario fijo, sólo las horas que el pequeño necesita para sentirse querido y bien acogido. Esta confianza y dependencia se mantienen a medida que va creciendo, pero ya no es tan exclusiva.

Los padres son los principales educadores de sus hijos, seguidos de la escuela y del resto de las personas que conviven con él. Cuando el niño empieza a ir a la escuela, a menudo se eluden responsabilidades y se encarga a la propia escuela o a los abuelos la obligación de en cuando llora por una golosina o no quiere comer, los padres a veces olvidan que son los principales responsables de la educación. Es más cómodo que el niño llegue a casa lista para ir a la cama, lo cual es lamentable, porque se pierden momentos irrecuperables y el niño llega a tener una mejor comunicación con la persona que pasa con él más tiempo que con sus propios padres.

A medida que va creciendo, el niño hace uso de picardías para conseguir lo que quiere que a veces es bien poco, y sabe que si los padres no han estado mucho tiempo con él durante la semana, o bien están separados o divorciados, el fin de semana él les pasará

comen a su manera, lo que generalmente sucede durante las comidas o por las noches, resistiéndose a comer, o picando de la comida de los mayores.

Es importante que los padres sean los principales educadores de sus hijos. y uno de los puntos más difíciles es lograr que el niño coma bien para garantizar un buen equilibrio entre su crecimiento y su desarrollo intelectual. Así pues, ésta es una responsabilidad ineludible, aunque muchas veces sea muy difícil de llevar a cabo.

SJ. FOMON (1993), demostró que “los patrones de alimentación adquiridos durante los primeros años son importantes en el crecimiento y desarrollo y pueden afectar las preferencias alimentarias en etapas posteriores. Los problemas nutricionales en el mundo han cambiado en los últimos años, la prevalencia de obesidad infantil ha aumentado. Por otro lado, con la información científica disponible los organismos internacionales han propuesto modificaciones a los requerimientos de energía y de otros nutrientes para las distintas edades. Este artículo actualiza y propone nuevas recomendaciones de alimentación para población chilena durante los primeros dos años de vida”.⁽³⁶⁾

Del mismo modo Committee on Nutrition. American Academy of Pediatrics: Pediatric Nutrition Handbook (1998), refiere que “los problemas nutricionales de la población infantil han cambiado en las últimas décadas, dando paso a los problemas derivados del exceso (obesidad, dislipidemias). Por otra parte, en los últimos años también se han modificado los requerimientos normales de nutrientes específicos propuestos por organismos internacionales, así como las prácticas de alimentación, todo lo cual obliga a revisar periódicamente las recomendaciones de alimentación. La Rama de Nutrición de la Sociedad de Pediatría ha publicado recomendaciones de alimentación para los niños menores de 2 años, los años 1989, 1993 y 1997 planteándose a continuación las recomendaciones actualizadas de la Rama.”⁽³⁷⁾

Una madre con apoyo educativo y conciencia puede disminuir o eliminar indicadores de desnutrición en los niños, ya que este es un factor de señal negativa para el cuidado de su niño. Para éste fin, el profesional de enfermería debe añadir un valor significativo en

la Concientización de la población, especialmente en las madres primerizas a través de una educación flexible y suficiente que les capacite para obtener con el tiempo resultados favorables. Los hospitales, centros de salud y puesto de salud como empresa de servicios requiere de personal calificado con enfoque de cambio para la mejorar los resultados obtenidos y que los niños en el futuro sean fuertes y sanos.

En similitud a nuestros hallazgos, los estudios de MAVILO (2001) han reportado que existe una alta prevalencia (20 - 50%) de malnutrición en niños menores de 12 meses en la zona Alto Amazonas, siendo una de las primeras causas que afectan al niño determinando el deterioro del estado de salud del niño.

Como se observó en los resultados, aproximadamente más del 60% de los alimentos que las madres ofrecen a los niños es regular o deficiente, y generalmente no tenían un aporte adecuado de kilocalorías y macronutrientes ya que se encontraban por encima o por debajo de la recomendación para este grupo de edad. Además se observó que el 40% de los alimentos no tenían una consistencia adecuada. Es decir los alimentos que las madres brindan a sus niños no deben prescindir los hábitos alimentarios de ellos, por ende es importante tener en cuenta el estado de su apetito, además se debe individualizar o tener un plan de alimentación diaria dependiendo de la edad del niño⁽³⁸⁾.

Comparando los resultados arrojados en esta investigación con diversos estudios, se concluye que: en las madres necesitan de mayor apoyo y conocimiento de la alimentación que ofrecen a sus niños y que hace falta implementar pautas para el manejo de la alimentación de los niños menores de 12 meses, ya que es alto el número de niños (50% aproximadamente) de la zona urbana de Tingo María y actualmente están recibiendo atención en el Subprograma de Crecimiento y Desarrollo sin tener en cuenta las características especiales para este grupo de edad.

La situación observada representa riesgo de magnitud y vulnerabilidad para este grupo de niños pudiéndose dar eventos asociados a la MALANUTRICIÓN conllevando a estos a una alteración de la nutrición sea de lo más leve a lo crónico, pues al referimos que el niño que vive con una alimentación balanceada y adecuada su organismo responde produciéndose el metabolismo y la asimilación necesaria para su crecimiento y desarrollo, evitando convertirse en susceptible para las enfermedades.⁽³⁹⁾

Es obvio que la madre juega un rol importante en la alimentación de su niño, sin embargo se deja entrever que algunas de las madres en estudio no han asimilado una conciencia de maternidad adecuada presentando marcada indiferencia por cuanto mayormente dan prioridad a actividades laborales por representar un importante aporte económico al presupuesto familiar. También podemos pensar que la problemática se hace presente por la limitada expansión de los servicios, específicamente por las actividades de prevención y promoción de la salud.

En los momentos actuales cada vez se interponen barreras para una alimentación balanceada y adecuada de los infantes, en consecuencia se acude a la leche maternizada, brindando menos nutrientes y no ofreciéndoles requerimientos inmunitarios necesarios para los niños, conllevándolos a problemas de enfermedades diversas, corrobora esta afirmación los estudios de DIAZ, Pedro (1992), al referirse que un niño alimentado con leche maternizada tiene casi el doble de riesgo para enfermar respecto a los niños que reciben lactancia materna exclusiva; generalmente se da esto por los cambios de estilos de vida de las mujeres y por que muchas veces tienen un pensamiento inadecuado de que “amamantar es cuestión personal”. En consecuencia, se observa que el amamantar a los bebés y sobre todo mantenerlo sanos durante meses se ha vuelto cada vez menos frecuente. ⁽⁴⁰⁾

De otro lado el Ministerio de Salud (1996), nos refiere al respecto que la alimentación infantil debe cubrir adecuadamente los requerimientos de energía y nutrientes en cada una de las etapas, a fin de promover un óptimo crecimiento y desarrollo, evitar o enfrentar oportunamente cualquier trastorno por carencia o exceso de nutrientes y favorecer el establecimiento de un patrón de alimentación sana y variada que perdure en etapas posteriores de la vida y contribuya a la prevención de patologías asociadas a la nutrición que se expresan en la edad adulta. El primer año de vida se caracteriza por ser una etapa de rápido crecimiento y de cambios en la composición corporal. La mayoría de los niños sanos, duplican su peso de nacimiento a los cuatro meses de edad y lo triplican al año, mientras su talla aumenta en un 50% en igual período. Por esta razón, los requerimientos de energía y proteínas son muy superiores a los de otras etapas de la

vida, y expresados por unidad de peso corporal, triplican o cuadruplican los del adulto”
(41)

De la misma forma, la Organización Mundial de la Salud (1999), refiere que: Las indicaciones de alimentación durante el primer año deben considerar no sólo los requerimientos nutritivos de esta edad, sino también las características de maduración y desarrollo de los sistemas neuromuscular, gastrointestinal, renal e inmunológico, de manera de establecer una transición gradual desde la alimentación al pecho materno hasta la dieta mixta habitual del niño mayor y del adulto.⁽⁴²⁾

Del mismo modo SLR. REPORT, menciona que para “los niños comer requiere un aprendizaje. La imitación y el establecimiento de una rutina de costumbres serán elementos básicos. Para alimentar a los niños debemos seguir las recomendaciones de los profesionales formados para ello. Existen variaciones sobre las diversas pautas, la variedad de criterios no supone contradicción. Cada niño es diferente y tiene sus propios gustos, hay que tenerlos en cuenta. Se come para desarrollarse y crecer, es una de las bases de la buena salud. Este objetivo lo puede conseguir cada niño con un modo diferente de comer. La comida no es un campo de batalla, no hay que angustiarse si el niño no come. Consulte al personal sanitario si tiene dudas, no a los familiares o vecinos. No lo fuerce a comer ni le riña. Más bien estimularle a probar nuevos alimentos, consiga que éstos presenten un aspecto agradable y haga que la comida sea un rato relajado y placentero para usted y para su hijo. El niño entre los 4 y los 18 meses se adapta a comer desde sólo líquidos (la leche), a una comida similar a la de un adulto pero en menor cantidad. Es el periodo en el que más cambios alimenticios realizará en su vida.”⁽⁴³⁾

Y por último Olazabal (1999) nos señala que la alimentación del niño juega un papel de primordial importancia en su crecimiento y desarrollo. Para garantizar que el niño está recibiendo una alimentación suficiente hay que recordar que la leche materna constituye por sí sola el mejor alimento posible para un lactante durante los cuatro a seis primeros meses de la vida.

El niño a partir del cuarto al sexto mes, necesita otros alimentos además de la leche ~~materna~~ para satisfacer adecuadamente sus necesidades. Los niños menores de tres años deben alimentarse de cinco a seis veces al día, ya que el estómago del niño es mucho más pequeño que el de una persona adulta, y como requiere de un mayor aporte energético es necesario alimentarlo con frecuencia, además de enriquecer la papilla de frutas y verduras.

Para lograr el pleno desarrollo físico, mental y emocional del niño es necesario que tenga a su lado personas que le hablen, que jueguen con él y que le den muestras de afecto, ya que todos los niños necesitan mantener una relación íntima, sensible y de cariño con la o las personas adultas que cuidan de ellos. Desde recién nacido, el niño es capaz de dar y recibir afecto, de relacionarse con otras personas, el hecho de sentirse amado y deseado son vitales para su desarrollo interior, ya que sobre esta base se construirá su sentimiento de seguridad, de confianza en sí mismo y su capacidad para relacionarse adecuadamente con las demás personas y con el mundo en general..⁽⁴⁴⁾

CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES:

- La distribución de la edad de las madres, se encontró en una proporción del 35 % (21) madres entre las edades de 20 a 25 años; y el 18.3 (11) de las madres entre las edades de 26 a 30 y de 31 a 35 años esto quiere decir que nuestra muestra fue conformada en su mayoría por madres adultas jóvenes, jóvenes y adolescente. Son pocas las proporciones de madres adultas maduras. La edad promedio fue de 26.48 ± 6.586 años, siendo la edad mínima de 16 años y la máxima de 40 años de edad. Así mismo, la muestra en estudio está distribuida entre el 48.4 % (29) de madres de condición conviviente; el 30 % (18) madres de condición casada y de 13.3 % (8) de madres de condición soltera; además, el 8.3 % (5) de madres indicó ser divorciada.
- Con respecto a la ocupación, se evidenció que las madres de los niños en estudio son amas de casa con un 51.7 % (31) y de un 21.7 % (13) que son ambulantes. Seguido de un 8.3 % (11) que son comerciantes; y sólo un 18.3% (5) son empleadas.
- El grado de instrucción, el 41.61 % (25) de las madres reportaron que tienen educación secundaria, seguida de un 31.65 % (19) de las madres con educación primaria; en términos generales podemos decir que la gran mayoría de las usuarias en estudio tiene grado de instrucción. Cabe resaltar que el 15 % (9) de madres fueron de educación superior, y sólo el 13.3% (8) madres evidencian ningún grado de instrucción.
- La situación económica de las madres de los niños en estudio, se evidenció que un 28.3 % (17), seguido de un 26.70% (16) y de un 21.7 % (13) que se encuentran con una situación insuficiente (600 – 899.00), bajo (900 – 1 099.00) y aceptable (1 100 – 1 399.00) respectivamente. Además se puede apreciar que un 31.70% (19) madres tienen 2 hijos, seguido de un 28.3 % (17) , 16.70% (10), y 13.30% (8) madres que tienen 3, 1 y 4 hijos respectivamente; y sólo un 10% (6) tienen 5.

Siendo el número de hijos promedio 2.68 ± 1.200 hijos, siendo el número mínimo 1 y el máximo de 5.

- El sexo de los niños, se tomo equitativamente el 50 % (30) de ambos sexos, así mismo se realizó con la edad de los niños, siendo de cada mes un 16.67% (10) de los niños/as. La edad promedio fue de 9.50 ± 1.722 meses, siendo la edad mínima de 7 meses y la máxima de 12 meses.
- Las características perinatales de los niños en estudio, se tiene que el 85% (51) de ellos nacieron en un establecimiento de salud, y sólo un 15% (9) de los niños nacieron en su domicilio; así mismo se evidenció que el 95% (57) y 5% (3) de las madres de los niños tuvieron parto eutocico y distocico respectivamente.
- Las características epidemiológicas de los niños en estudio, se evidenció que el 55% (33) de los niños no sufrió de ninguna enfermedad, contra el 45% (27) niños que si padeció de alguna enfermedad. Así mismo se evidenció que el 15% (9) niños en estudio padeció se diarrea y resfrío, seguido de un 10% (6) de niños que padeció de otras enfermedades y sólo el 5% (3) de vómitos. Un 25% (15) de los niños se alimentaron durante la enfermedad contra el 20% (12) de los niños que no recibieron alimentación.
- La edad de inicio de la alimentación complementaria de los niños en estudio; podemos observar que un porcentaje menor de las madres de los niños en estudio ofrecen alimentos a los 7 meses, complementando la alimentación a los 8 meses y así sucesivamente hasta los 12 meses, llegando a la conclusión que las madres le ofrecen una alimentación balanceada según la edad de su niño.
- La correlación indica relación positiva y moderadamente alta, es decir que el patrón alimenticio establecido por la madre pronóstica el estado nutricional del niño. Dicho de otro modo, a buen patrón alimenticio del niño existe la probabilidad de un estado nutricional normal. Al calcular el coeficiente de determinación puede decirse que el 65.2% de la variación total del estado nutricional (desnutrición en sus diferentes niveles) se explica, o se debe a, la variación en las puntuaciones del patron alimenticio.
- La correlación indica relación positiva y moderada, es decir que el patrón alimenticio establecido por la madre pronóstica el estado nutricional del niño de 8 meses. Dicho de otro modo, a buen patrón alimenticio del niño existe la

probabilidad de un estado nutricional normal. Al calcular el coeficiente de determinación puede decirse que el 30.5% de la variación total del estado nutricional (desnutrición en sus diferentes niveles) se explica, o se debe a, la variación en las puntuaciones del patrón alimenticio, y el 69.5% no determina el patrón nutricional.

- La correlación indica relación positiva y alta, es decir que el patrón alimenticio establecido por la madre pronóstica el estado nutricional del niño de 10 meses. Dicho de otro modo, a buen patrón alimenticio del niño existe la probabilidad de un estado nutricional normal. Al calcular el coeficiente de determinación puede decirse que el 82.4% de la variación total del estado nutricional (desnutrición en sus diferentes niveles) se explica, o se debe a, la variación en las puntuaciones del patrón alimenticio, y el 17.6% no determina el patrón nutricional.
- La correlación indica relación positiva y moderada alta, es decir que el patrón alimenticio establecido por la madre pronóstica el estado nutricional del niño de 10 meses. Dicho de otro modo, a buen patrón alimenticio del niño existe la probabilidad de un estado nutricional normal. Al calcular el coeficiente de determinación puede decirse que el 67.4% de la variación total del estado nutricional (desnutrición en sus diferentes niveles) se explica, o se debe a, la variación en las puntuaciones del patrón alimenticio, y el 32.6% no determina el patrón nutricional.
- La correlación indica relación positiva y alta, es decir que el patrón alimenticio establecido por la madre pronóstica el estado nutricional del niño de 12 meses. Dicho de otro modo, a buen patrón alimenticio del niño existe la probabilidad de un estado nutricional normal. Al calcular el coeficiente de determinación puede decirse que el 87.4% de la variación total del estado nutricional (desnutrición en sus diferentes niveles) se explica, o se debe a, la variación en las puntuaciones del patrón alimenticio, y el 12.6% no determina el patrón nutricional.
- Al analizar el componente Score (coeficiente Matrix) de cada relación observamos correlaciones moderadas bajas y bajas, lo que explica que el deficiente patrón alimenticio que aplica la madre determina estados nutricionales de desnutrición en sus diferentes niveles. Con lo que rechazamos la hipótesis nula de que el patrón alimenticio es indiferente para la desnutrición. Es por ello, cuánto mayor número de

madres adoptan un patrón alimenticio deficiente o insuficiente (descuidan la alimentación del niño de 7,8,9,10,11 y 12 meses) el estado nutricional de normalidad disminuye (correlación negativa inversa).

6.2. RECOMENDACIONES:

1. Destacar la importancia de los soportes nutritivos para el desarrollo y crecimiento del lactante.
2. Sugerir acciones concretas de IEC sobre patrones alimenticios del poblador peruano según regiones y productos de la zona.
3. Potencializar los conocimientos primarios de la Madre del lactante en la elaboración del menú familiar.
4. Mediante charlas individuales explicar a las madres de los niños y niñas la importancia de una alimentación balanceada y brindar atención especial a las madres de los niños o niñas con problemas nutricionales.
5. Organizar jornadas informativas dirigidas a los usuarios del Ambulatorio La Morena relacionada con el problema de la desnutrición y la importancia de mantener una dieta sana y balanceada.
6. Realizar un seguimiento de los usuarios que acuden al Ambulatorio para detectar problemas nutricionales.
7. Implementar las guías, paralelo a un proceso de monitoreo o evaluación de su uso para actualizarla. Y se puede llevar a cabo de la siguiente manera:
 - ✱ A través del personal de salud que labora en el Hospital de apoyo “Tingo María”
 - ✱ Por medio de la elaboración de una gráfica u otro material que puedan utilizarse para personas analfabetas.
8. En la educación médica destacan temas representados por la competencia y el cuidado (sensible “humano”), deben darse conjuntamente y caracterizar a un buen profesional de la salud.

CAPÍTULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics: Assessment of Nutritional Status. In: *Pediatric Nutrition Handbook*. A.A.P. 4th Edition, 1998; p.165-184.
2. Palma, V., Rodríguez, M., Torún, B., Menchú, M.T. y Elías, L. G. (1995). *Lineamientos Generales para la elaboración de guías alimentarias: Una propuesta del INCAP*. Guatemala: INCAP/OPS, 43p.
3. OMS (2001) *“Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño”*
4. Ibañez, Silvia. *“Manual de Pediatría”*. Chile, 2000.
5. OMS (2001) 54ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño”*
6. LOOK CUC, Marina. *“Guía Alimentarias para Niños en el Primer Año de Vida”* Guatemala, 2001
7. PROFAMILIA. *Estudio de Demografía y Salud*. Colombia. 1995
8. Henríquez, T. y Hernández, O. *“Evaluación Nutricional Antropométrica”*. FUNDACREDESA, Caracas, 1997.
9. Méndez, S. *“Estudio Nacional de Desarrollo y Crecimiento Humano en Venezuela”*. Escuela Nacional Don Bosco, Caracas, 1997.
10. Lemus, L. *“Informe Antropométrico de los Niños menores de 15 Años que acuden a los Centros de Salud Evaluados por el SISVAN en el Estado Cojedes”*. Instituto Nacional de Nutrición. Dirección Técnica Cojedes, 2000.
11. SANABRIA Martha Cristina. *“Determinantes del Estado de Salud y Nutrición de Niños Menores de 5 Años en Situación de Pobreza”*. Paraguay En 2000/2001
12. Fundación Nutrir. *“Guías Alimentarias Para Niños y Niñas Colombianos, Menores de 2 Años”*. Colombia, 1999. Pág. 38
13. De Onís M. *“El Rol e interpretación de la antropometría para evaluar el estado nutricional: Reporte de un comité de expertos de la OMS”*. Arch latinoamer Nutr 1995; 45(1-5): 27-34.
14. Díaz ME. *“Procedimientos para evaluar el estado nutricional de niños y adultos impedidos físicos y ancianos”*. La Habana:INHA 2001:30

14. Díaz ME. Procedimientos para evaluar el estado nutricional de niños y adultos impedidos físicos y ancianos. La Habana:INHA 2001:30
15. Esquivel M, Rubí A. Curvas nacionales de peso para la talla. Rev Cubana de Ped 1984; 56:705-21.
16. <http://salud.discapnet.es/enciclopedia/a/alteraciones+del+crecimiento.htm>
17. Boletín semanal CONSUMER.ES, febrero de 2004 **"PAUTAS PARA ALIMENTARSE BIEN"**.
18. REVISTA MEDICA ILADIBA
19. www.iladiba.com **"Salud Hoy"**, EMSA 2003
20. ICBF, Fundación Nutrir. Perfiles Nutricionales. Colombia. 1998
21. Cervera, P., Claspés, J., & Rigolfas, R. (1999). « **Alimentación y Dietoterapia: Nutrición Aplicada en la Salud y la Enfermedad**» (3ra. ed., pp.114-133, 227-233). Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.
22. Briceño, E. (1998). **Nutrición y Dietética**. FUDACA. Colegio Universitario de Los Teques Cecilio Acosta.
23. OLIVAREZ GONZÁLES, Nancy. **"Nutrición: Alimentación durante la edad preescolar y escolar"**
24. **Biblioteca virtual en Salud**. Mexico, 2002
25. ÁLVAREZ VARGAS, D. **"Nutrición de niños de 2 a 7 años quienes participan en un programa de huertas caseras para madres comunitarias"**
26. "
27. Cabrera, S. (1995). **"Desnutrición"**. Trabajo mimeografiado. Universidad de Carabobo. Facultad de Medicina, Valencia.

ANEXOS

ANEXO N° 01.

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"

FACULTAD DE ENFERMERÍA - ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA

GUÍA DE OBSERVACIÓN

TITULO: "PATRÓN ALIMENTICIO Y ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES DE 6 A 12 MESES EN LA ZONA URBANA DE TINGO MARÍA -2004"

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan ítems que corresponden a las practicas de alimentación que realiza la madre en sus hijos lactantes de 6 a 12 meses. Por favor, marque con un aspa (X) las respuestas de la presencia de la práctica observada.

La exactitud de las respuestas será de inestimable valor.

GRACIAS.

FECHA:

N°:

ALIMENTOS CONSUMIDOS POR EL NIÑO DE 7 MESES	SI	NO	OBSERVACIONES
DESAYUNO:			
• Compota fruta (1/4 pocillo)			
• Galleta (1 unidad)			
• Leche materna			
MEDIA MAÑANA:			
• Papilla (1/4 pocillo)			
• Leche materna			
ALMUERZO:			
• Crema de verduras (1/2 pocillo)			
• Puré de pollo, o res, o pescado			
• Puré de tubérculos (3 cucharadas)			
• Jugos (4 onzas)			
MEDIA TARDE:			
• Leche materna			
• Papilla de frutas (1/4 pocillo)			
COMIDA:			
• Crema de verduras con carne (1/2 pocillo)			
• Puré de platanos (3 cucharas)			
• Jugos (4 onzas)			

ALIMENTOS CONSUMIDOS POR EL NIÑO DE 8 - 9 MESES	SI	NO	OBSERVACIONES
DESAYUNO:			
• Compota fruta (1/4 pocillo)			
• Pan (1 unidad)			
• Yema de huevo			
• Leche materna			
MEDIA MAÑANA:			
• Papilla (1/2 pocillo)			
• Puré de frutas (1/3 pocillo)			
• Leche materna			
ALMUERZO:			
• Crema de verduras (1/2 pocillo)			
• Puré de pollo, o res, o pescado			
• Puré de frijol, lenteja, garbanzo, habas, soya.			
• Puré de tubérculos (3 cucharadas)			
• Arroz			
• Jugos (5 onzas)			
MEDIA TARDE:			
• Puré de frutas (1/4 pocillo)			
• Leche materna			
COMIDA:			
• Crema de verduras con carne (1/2 pocillo)			
• Puré de pollo (1/4 pocillo)			
• Puré de tubérculo (3cucharas)			
• Arroz (1/4 pocillo)			
• Jugos (5 onzas)			

ALIMENTOS CONSUMIDOS POR EL NIÑO DE 10 - 12 MESES	SI	NO	OBSERVACIONES
--	----	----	---------------

DESAYUNO:			
• Fruta (1/2 pocillo)			
• Pan (1 unidad)			
• Yema de huevo			
• Leche materna			
MEDIA MAÑANA:			
• Papilla (1/2 pocillo)			
• Leche materna			
ALMUERZO:			
• Sopa (1/2 pocillo)			
• Carne molida (1/2 pocillo)			
• Plátano (1/2 unidad)			
• Tubérculos (3 cucharadas)			
• Arroz (1/4 pocillo)			
• Jugos (6 onzas)			
MEDIA TARDE:			
• Frutas (1/2 pocillo)			
• Leche materna			
COMIDA:			
• Sopa (1/2 pocillo)			
• Pollo desmenuzado (1/4 pocillo)			
• Papa (1 unidad pequeña)			
• Verduras cocida (3 cucharadas)			
• Arroz (1/4 pocillo)			
• Jugos (6 onzas)			

ANEXO N° 02.

**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD DE ENFERMERÍA - ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA**

FORMULARIO DE ENTREVISTA

TITULO: "PATRÓN ALIMENTICIO Y ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES DE 6 A 12 MESES EN LA ZONA URBANA DE TINGO MARÍA -2004"

INSTRUCCIONES:

A continuación se formulan preguntas sobre el patron alimenticio y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses. Por favor, marque con un aspa (X) o coloque las respuestas que contiene el informante espontáneamente, tanto dentro de los paréntesis y en los espacios en blanco respectivos.

La sinceridad en las respuestas será de inestimable valor.

GRACIAS.

FECHA:

N°:

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA MADRE:

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted a la fecha?

2. ¿Cuál es su grado de instrucción?

Analfabeta ()

Secundaria ()

Primaria ()

Superior ()

3. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera ()

Conviviente ()

Casada ()

Divorciada ()

4. ¿Cuál es su ocupación?

Ama de casa ()

Ambulante ()

Comerciante ()

Empleada ()

5. ¿Cuánto es su ingreso economico familiar?

< de 599.00 ()

Escaso

600 – 899.00 ()

Insuficiente

- 900 – 1 099.00 () Bajo
1 100 – 1 399.00 () Aceptable
1 400 a + () Suficiente

6. ¿Cuántos hijos vivos tiene usted actualmente?

II. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DEL NIÑO:

1. ¿Cuántos meses cumplidos tiene su niño actualmente?

2. ¿A qué género pertenece su niño?

Masculino

()

Femenino

()

III. CARACTERÍSTICAS PERINATALES DEL NIÑO:

1. Su niño, nació en:

Establecimiento de Salud ()

En su domicilio ()

2. ¿Cuál fue el tipo de parto en que nació su niño?

Eutocico ()

Distocico ()

3. ¿Cuánto peso al nacer su niño?

< 2500 g. ()

2 501 – 2 999 g ()

3 000 – 3 499 g. ()

> 3 500 g. ()

4. Se ha enfermado su niño en estos 2 últimos meses?

Si ()

No ()

si se enfermó ¿ qué tuvo?

Diarreas ()

Vomitos ()

Resfrios ()

Otros ()

Durante la enfermedad siguió alimentando a su niño:

Si ()

No ()

5. ¿su niño tiene buen apetito?

Zumo de frutas
Frutas (mango, plátano, naranja)
Espinaca, remolacha
Zanahoria
Frejol
Huevo (yema)
Huevo completo
Hígados
Carne de pollo
Carne de cerdo
Carne de res
Pescado
Leche de vaca
Derivados de la leche (queso)
Legumbres
Tubérculos (papas, camotes)
Calabaza

5. ¿Cuántas veces al día consume las comidas su niño?

1 vez al día ()	4 veces al día ()
2 veces al día ()	5 veces al día ()
3 veces al día ()	

6. ¿Cuáles de las raciones alimenticias que se indican recibe diariamente su niño?

Desayuno	()
Media mañana	()
Almuerzo	()
Media tarde	()
Comida	()
Aún no recibe	()

7. ¿Qué tipo de comida consume su niño diariamente?

COMIDAS	D	MM	A	MT	C
Sopas					
Segundos					
Mazamorras					
Leche					
Aguitas (té, anís, etc)					
Huevo					
Cereales					
Ensalada					
Papilla					
Fruta					
Jugo					
Extractos					

8. ¿Con qué frecuencia consume carne su niño?

- Diario () una vez por semana ()
 Interdiario ()
 no consume ()
 dos veces por semana ()

9. ¿Qué tipo de líquidos consume su niño durante el día?

- Agua ()
 Jugos ()
 Sopas ()
 Refrescos ()
 Café ()
 Té ()
 No consume ()

ANEXO N° 03.

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA

FICHA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL

TITULO: "PATRÓN ALIMENTICIO Y ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES DE 6 A 12 MESES EN LA ZONA URBANA DE TINGO MARÍA -2004"

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan ítems que corresponden a la situación nutricional del niño lactante de 6 a 12 meses. Por favor, coloque los datos de la observación nutricional observada.

La exactitud de las respuestas será de inestimable valor.

GRACIAS.

FECHA:

No:

I. DATOS DEL NIÑO:

Dirección domiciliaria:

II. ANTROPOMETRÍA:

2.1.- Edad del niño/a:

2.2.- Peso actual del niño/a:

2.3.- Talla actual del niño/a:

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL:

(Ver anexo TABLA DE WATERLOO)

3.1.- Observación nutricional:

Normal

Desnutrición global

Desnutrición aguda

Desnutrición crónica

Desnutrición crónica reagudizada

Tipo de desnutrición	7 meses	8 meses	9 meses	10 meses	11 meses	12 meses
Normal						
Desnutrición global						
Desnutrición aguda						
Desnutrición crónica						
Desnutrición reagudizada						

INTERVALO DE CONTROL - CRED

Año	1 ^{er} C	2 ^{do} C	3 ^{er} C	4 ^{to} C	5 ^{to} C (Inicio
	TA	TA	TA	TA	TA
	1 mes	2 meses	2 meses	3 meses	
TA	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES	9 MESES
EEDP MESES	EEDP 2 MESES	TA 3 MESES	TA 5 MESES	TA 7 MESES	TA 10
EEDP	3 MESES	4 MESES	6 MESES	8 MESES	11 MESES
EEDP 12 MESES	4 MESES	5 MESES		7 MESES	9 MESES
EEDP 13 MESES	5 MESES	6 MESES		8 MESES	10 MESES
EEDP 14 MESES	6 MESES	7 MESES		9 MESES	11 MESES
EEDP 12 MESES		7 MESES	8 MESES		10 MESES
EEDP 13 MESES		8 MESES	9 MESES		11 MESES
EEDP 12 MESES			9 MESES		10 MESES
EEDP 15 MESES			10 MESES		11 MESES
EEDP 12 MESES					11 MESES

1 año	TA 1ER C	TA 2DO C	EEDP(TA) 3ER C	TA 4TO C
	3 meses	3 meses	3 meses	
meses	12 meses	15 meses	18 meses	21
meses	13 meses	16 meses	19 meses	22
meses	14 meses	17 meses	20 meses	23
24 meses	15 meses	18 meses		21 meses
25 meses	16 meses	19 meses		22 meses
26 meses	17 meses	20 meses		23 meses
24 meses	18 meses			21 meses
25 meses	19 meses			22 meses
26 meses	20 meses			23 meses
24 meses	21			meses
25 meses	22			meses
26 meses	23			meses
Si inicia con EEDP: TA		TA	TA	TA
C	1er C	2do C	3er C	4to

CLASIFICAR EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

P/E: Peso actual X 100
Peso ideal en el Percentil 50
Para la edad actual del niño.

Si: P(E) > 90% Normal
P(E) 75 - 90% Desnutrición Leve - I
P(E) 75 - 61% Desnutrición Mod.- II
P(E) < 60% Desnutrición Sev. - III

Si: T(E) > 95% Normal
Talla ideal en el Percentil 50
Para la edad actual del niño.

T(E) 95 - 90% Ret. Crec. Leve
T(E) 85 - 90% Ret. Crec. Moderada
T(E) < 85% Ret. Crec. Severa

P/T: PESO ACTUAL X 100
Peso ideal en el Percentil 50
Para la talla actual del niño.

Si: P(T) 90 - 110% Normal
P(T) 80 - 90% Desnutrición Aguda Leve - I
P(T) 70 - 80% Desnutrición Aguda Mod. - II
P(T) < 70% Desnutrición Aguda Sev. - III

PESO IDEAL PARA LA EDAD

PESO IDEAL PARA LA EDAD			PESO IDEAL PARA LA EDAD			
(Kg.- MESES)			(Kg.- MESES)			
EDAD	MEDIANA		EDAD		MEDIANA	
MESES	NIÑOS	NINAS	AÑOS	MESES	NIÑOS	NINAS
00	3.3	3.2	2	00	12.3	11.8
01	4.3	4.0	2	01	12.5	12.0
02	5.2	4.7	2	02	12.7	12.2
03	6.0	5.4	2	03	12.9	12.4
04	6.7	6.0	2	04	13.1	12.6
05	7.3	6.7	2	05	13.3	12.8
06	7.8	7.2	2	06	13.5	13.0
07	8.3	7.7	2	07	13.7	13.2
08	8.8	8.2	2	08	13.9	13.4
09	9.2	8.6	2	09	14.1	13.5
10	9.5	8.9	2	10	14.3	13.8
11	9.9	9.2	2	11	14.4	13.9
12	10.2	9.5	3	00	14.6	14.1
13	10.4	9.8	3	01	14.8	14.3
14	10.7	10.0	3	02	15.0	14.4
15	10.9	10.2	3	03	15.2	14.6
16	11.1	10.4	3	04	15.3	14.8
17	11.3	10.6	3	05	15.5	14.9
18	11.5	10.8	3	06	15.7	15.1
19	11.7	11.0	3	07	15.8	15.2
20	11.8	11.2	3	08	16.0	15.4
21	12.0	11.4	3	09	16.2	15.5
22	12.2	11.5	3	10	16.4	15.7
23	12.4	11.7	3	11	16.5	15.8
			4	00	16.7	16.0
			4	01	16.9	16.1
			4	02	17.0	16.2
			4	03	17.2	16.4
			4	04	17.4	16.5
			4	05	17.5	16.7
			4	06	17.7	16.8
			4	07	17.9	17.0
			4	08	18.0	17.1
			4	09	18.2	17.2
			4	10	18.3	17.4
			4	11	18.5	17.5
			5	00	18.7	17.7
			5	01	18.8	17.8
			5	02	19.0	18.0
			5	03	19.2	18.1
			5	04	19.3	18.3
			5	05	19.5	18.4
			5	06	19.7	18.5
			5	07	19.8	18.7
			5	08	20.0	18.9
			5	09	20.2	19.0
			5	10	20.3	19.2
			5	11	20.5	19.4

TALLA IDEAL PARA LA EDAD

TALLA IDEAL PARA EDAD			TALLA IDEAL PARA LA EDAD			
ECHADO			DE PIE			
EDAD	MEDIANA		EDAD		MEDIANA	
MESES	NIÑOS	NINAS	AÑOS	MESES	NIÑOS	NINAS
00	50.5	49.0	2	00	085.6	084.5
01	54.6	53.5	2	01	086.4	085.4
02	58.1	56.8	2	02	087.2	086.2
03	61.1	59.5	2	03	088.1	087.0
04	63.7	62.0	2	04	088.9	087.9
05	65.9	64.1	2	05	089.7	088.7
06	67.8	65.9	2	06	090.4	089.5
07	69.5	67.6	2	07	091.2	090.2
08	71.0	69.1	2	08	092.0	091.0
09	72.3	70.4	2	09	092.7	091.7
10	73.6	71.6	2	10	093.5	092.5
11	74.9	73.1	2	11	094.2	093.2
12	76.1	74.3	3	00	094.9	093.9
13	77.2	75.5	3	01	095.6	094.6
14	78.3	76.7	3	02	096.3	095.3
15	79.4	77.8	3	03	097.0	096.0
16	80.4	78.9	3	04	097.7	096.6
17	81.4	79.9	3	05	098.4	097.3
18	82.4	80.9	3	06	099.1	097.9
19	83.3	81.9	3	07	099.7	098.6
20	84.2	82.9	3	08	100.4	099.2
21	85.1	83.9	3	09	101.0	099.8
22	86.0	84.7	3	10	101.7	100.4
23	86.8	85.6	3	11	102.3	101.0
			4	00	102.9	101.6
			4	01	103.6	102.2
			4	02	104.2	102.8
			4	03	104.8	103.4
			4	04	105.4	104.0
			4	05	106.0	104.5
			4	06	106.6	105.1
			4	07	107.1	105.6
			4	08	107.7	106.2
			4	09	108.3	106.7
			4	10	108.8	107.6
			4	11	109.4	107.8
			5	00	109.9	108.4
			5	01	110.5	108.9
			5	02	111.0	109.5
			5	03	111.5	110.0
			5	04	112.1	110.5
			5	05	112.6	111.0
			5	06	113.1	111.5
			5	07	113.6	112.1
			5	08	114.1	112.6
			5	09	114.6	113.1
			5	10	115.1	113.6
			5	11	115.6	114.1
			6	00	116.1	114.6

PESO IDEAL PARA LA TALLA

PESO IDEAL PARA LA TALLA			PESO IDEAL PARA LA TALLA			PESO IDEAL PARA LA TALLA		
Kg.-Cm.			Kg.-Cm.			Kg.-Cm.		
LONGITUD	MEDIANA		LONGITUD	MEDIANA		LONGITUD	MEDIANA	
CM.	NIÑOS	NINIAS	CM.	NIÑOS	NINIAS	CM.	NIÑOS	NINIAS
49.0	3.1	3.3	74.0	09.6	09.4	099.0	15.2	14.9
49.5	3.2	3.4	74.5	09.7	09.5	099.5	15.4	15.0
50.0	3.3	3.4	75.0	09.8	09.6	100.0	15.5	15.2
50.5	3.4	3.5	75.5	09.9	09.7	100.5	15.7	15.3
51.0	3.5	3.6	76.0	10.0	09.8	101.0	15.8	15.5
51.5	3.6	3.7	76.5	10.2	09.9	101.5	16.0	15.6
52.0	3.7	3.8	77.0	10.3	10.0	102.0	16.1	15.8
52.5	3.8	3.9	77.5	10.4	10.1	102.5	16.3	15.9
53.0	3.9	4.0	78.0	10.5	10.2	103.0	16.5	16.1
53.5	4.0	4.1	78.5	10.6	10.3	103.5	16.3	15.9
54.0	4.1	4.2	79.0	10.7	10.4	104.0	16.5	16.1
54.5	4.2	4.3	79.5	10.8	10.5	104.5	16.6	16.2
55.0	4.3	4.4	80.0	10.9	10.6	105.0	16.9	16.4
55.5	4.5	4.6	80.5	11.0	10.7	105.5	17.1	16.5
56.0	4.6	4.6	81.0	11.1	10.8	106.0	17.3	16.7
56.5	4.7	4.7	81.5	11.2	10.9	106.5	17.5	16.8
57.0	4.8	4.8	82.0	11.3	11.0	107.0	17.7	17.0
57.5	5.0	4.9	82.5	11.4	11.1	107.5	17.9	17.1
58.0	5.1	5.0	83.0	11.5	11.2	108	18.1	17.3
58.5	5.2	5.1	83.5	11.6	11.3			
59.0	5.4	5.3	84.0	11.7	11.4			
59.5	5.5	5.4	84.5	11.8	11.5			
60.0	5.7	5.6	85.0	11.9	11.6			
60.5	5.8	5.7	85.5	12.0	11.7			
61.0	5.9	5.8	86.0	12.1	11.8			
61.5	6.1	6.0	86.5	12.2	11.8			
62.0	6.2	6.1	87.0	12.3	11.9			
62.5	6.4	6.2	87.5	12.4	12.0			
63.0	6.5	6.4	88.0	12.5	12.2			
63.5	6.7	6.5	88.5	12.7	12.3			
64.0	6.8	6.7	89.0	12.8	12.4			
64.5	7.0	6.8	89.5	12.9	12.5			
65.0	7.1	7.0	90.0	13.0	12.6			
65.5	7.3	7.1	90.5	13.1	12.7			
66.0	7.4	7.3	91.0	13.2	12.8			
66.5	7.6	7.4	91.5	13.3	12.9			
67.0	7.7	7.5	92.0	13.4	13.0			
67.5	7.8	7.7	92.5	13.5	13.1			
68.0	8.0	7.8	93.0	13.7	13.3			
68.5	8.1	8.0	93.5	13.8	13.4			
69.0	8.3	8.1	94.0	13.9	13.5			
69.5	8.4	8.2	94.5	14.0	13.6			
70.0	8.5	8.4	95.0	14.1	13.8			
70.5	8.7	8.5	95.5	14.3	13.9			
71.0	8.8	8.6	96.0	14.4	14.0			
71.5	8.9	8.8	96.5	14.5	14.2			
72.0	9.1	8.9	97.0	14.7	14.3			
72.5	9.2	9.0	97.5	14.8	14.4			
73.0	9.3	9.1	98.0	14.9	14.6			
73.5	9.5	9.3	98.5	15.1	14.7			

GLOSARIO.

➤ ALIMENTOS

Se entiende por alimento a cualquier sustancia que sirva para nutrir, según Briceño (1998) se puede definir como "toda sustancia que introducida al organismo cumple con la triple función de: a) asegurar la constancia en la composición química de la sustancia específica del mismo, b) suministrar en sus transformaciones la energía necesaria y c) aportar las sustancias reguladoras necesarias para que la nutrición se realice normalmente"

➤ NUTRIENTES

Es la parte de los alimentos que proporcionan la energía necesaria para el funcionamiento de los órganos o sistemas.

➤ ALIMENTACIÓN

Es el proceso a través del cual se le suministra el alimento al organismo con la finalidad de proporcionar una correcta nutrición para el bien de la salud y capacidad de trabajo. Los alimentos proporcionan al organismo:

- a) La energía indispensable para su funcionamiento.
- b) Las sustancias que aseguran, primero su crecimiento y, luego, el mantenimiento de la masa corporal.
- c) Las sustancias reguladoras que aún en pequeñas cantidades son indispensables para que la nutrición se mantenga normal.

➤ NUTRICIÓN:

La nutrición es un proceso complejo que comprende el conocimiento de los mecanismos mediante los cuales los seres vivos utilizan e incorporan los nutrientes, para desarrollar y mantener sus tejidos y obtienen la energía necesaria para realizar sus funciones.

➤ **DESNUTRICIÓN:**

Es un estado patológico inespecífico potencialmente reversible, que se origina como resultado de un deficiente aporte calórico al organismo, el mismo es acompañado por manifestaciones clínicas diversas de acuerdo a factores ecológicos e individuales.

➤ **EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO:**

son dos fenómenos íntimamente ligados, sin embargo conllevan diferencias que es importante precisar. Se entiende por crecimiento al aumento del peso y de las dimensiones de todo el organismo y de las partes que lo conforman; se expresa en kilogramos y se mide en centímetros.

➤ **INCIDENCIA**

En el ámbito sanitario se trata de un concepto diacrónico, referido a los nuevos casos de enfermedad, riesgo, infección o cualquier otro acontecimiento de interés sanitario que se presentan o registran en una comunidad determinada, en un lugar dado y a lo largo de un período específico.

➤ **PREVALENCIA.**

En el ámbito sanitario es un concepto sincrónico, que se refiere a la cantidad de enfermedad, al número de individuos enfermos existentes

o al de casos registrados de un acontecimiento de interés sanitario (sin distinción entre casos antiguos y nuevos), en un determinado momento, en un lugar establecido y para un grupo social dado. Puede presentarse en forma de frecuencia absoluta (número total de casos), o de frecuencia relativa (proporción de casos respecto del volumen de población). La prevalencia es el resultado de dos factores: 1) la dimensión de la incidencia; y 2) la duración del proceso, desde su aparición, hasta su conclusión por recuperación o fallecimiento.

➤ **PRIORIDAD.**

Anterioridad en tiempo, espacio u orden, de una cosa respecto de otra. Parámetro que indica la importancia que se otorga a una acción o a un fenómeno en relación con otras acciones o fenómenos similares. Se sirve para decidir cual ha de tener preferencia o cual ha de ser su orden de prelación, en el caso de que sea necesario efectuar una elección entre alternativas no excluyentes. La priorización de las prestaciones sanitarias puede estar fundamentada en los siguientes criterios:

- 1) el concepto de necesidad (mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable, estructura demográfica o indicadores socioeconómicos)
- 2) el cumplimiento de objetivos sanitarios (programas de la OMS, estrategias de política sanitaria o problemas de alta sensibilización social)
- 3) en la carga de las enfermedades (severidad, años de vida ajustados por calidad o años de vida ajustados por discapacidad)
- 4) eficiencia de las intervenciones (evaluación económica de tecnologías sanitarias o técnicas de contabilidad analítica en la gestión institucional)

5) rendimiento de los recursos (análisis de inversiones, análisis coste beneficio o técnicas de gestión directiva).

➤ **PROGRAMA DE SALUD.**

Conjunto organizado y coherente de los recursos disponibles; así como de los métodos, acciones, procedimientos y sistemas de evaluación que han de llevarse a cabo para poder alcanzar objetivos concretos, relacionados con la satisfacción de necesidades socio sanitario y para resolver a través de ellas determinados problemas de salud que afectan a la comunidad. Puede definirse como un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios realizado simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados, en relación a los problemas de salud planteados en una población definida.

➤ **RECURSOS.**

Todo tipo de profesionales, instrumentos, utensilios, capacidades o condiciones de una institución, disponibles y necesarias para desarrollar una actividad determinada, conducente a la satisfacción de determinadas necesidades. Poseen las siguientes tres principales características:

- 1) son limitados
- 2) tienen múltiples aplicaciones
- 3) se pueden combinar de forma variable.

➤ **USUARIO.**

Toda aquella persona con capacidad de usar o que es titular de un derecho de uso. Cualquier individuo, grupo u organización que de

forma habitual o esporádica puede ser beneficiario o receptor de un bien o servicio, a través de un acto de consumo o disfrute, y del que obtiene una utilidad que satisface sus sensaciones de carencia o sus necesidades.



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL
 TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
 PEDIATRÍA**

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los ocho días del mes de mayo de 2015, siendo las dieciocho horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 0132-2015-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **PATRÓN ALIMENTICIO Y ESTADO NUTRICIONAL EN LACTANTES DE 7 A 12 MESES DE LA ZONA URBANA DE TINGO MARIA - 2014**, de la Licenciada en Enfermería: **Georgina Sonia ROSALES FIGUEROA**

El Jurado Calificador está integrado por las siguientes docentes:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------|
| • Dra. Rosalinda Ramírez Montaldo | PRESIDENTA |
| • Dra. Enit Villar Carbajal | SECRETARIA |
| • Dra. Nancy Veramendi Villavicencios | VOCAL |
| • Lic. Enf. Judith Galarza Silva | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: *..Aprobado.....* por *Unanimidad.....*, con el calificativo cuantitativo de *..Dieciodos.....* y cualitativo de *Muy Bueno.....*, quedando *.....Apto.....* para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA.**

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

RR Ramirez P

PRESIDENTE (A)

.....
SECRETARIO (A)

Nancy Veramendi

VOCAL

- Deficiente (11, 12, 13)
- Bueno (14, 15, 16)
- Muy Bueno (17, 18)
- Excelente (19, 20)