

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 MESES A MENORES DE 2 AÑOS, CON RETARDO DE CRECIMIENTO, EN LOS CASERÍOS DE CHUISAMAYAC, XOLQUILÁ Y CHINIMÁ, ALDEA TZAMPOJ, SANTA CATARINA IXTAHUACÁN, SOLOLÁ, GUATEMALA. AÑO 2017.

TESIS DE GRADO

JUANA RAMÍREZ CHÁVEZ
CARNET 24256-07

QUETZALTENANGO, NOVIEMBRE DE 2017
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 MESES A MENORES DE 2 AÑOS, CON RETARDO DE CRECIMIENTO, EN LOS CASERÍOS DE CHUISAMAYAC, XOLQUILÁ Y CHINIMÁ, ALDEA TZAMPOJ, SANTA CATARINA IXTAHUACÁN, SOLOLÁ, GUATEMALA. AÑO 2017.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR
JUANA RAMÍREZ CHÁVEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

QUETZALTENANGO, NOVIEMBRE DE 2017
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

DIRECTORA DE CARRERA: LIC. MAUREEN ADILIA REYES COLINDRES DE HERRERA

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. JUAN ARTURO CASTILLO LARA

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LIC. ANA MARÍA BARRIOS PÉREZ

LIC. ANABELLA CRISTINA MOLINA CHOXÓM DE CAJAS

LIC. AURA FABIOLA BAUTISTA GÓMEZ

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS:	P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.
SUBDIRECTORA ACADÉMICA:	MGTR. NIVIA DEL ROSARIO CALDERÓN
SUBDIRECTORA DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA:	MGTR. MAGALY MARIA SAENZ GUTIERREZ
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO:	MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ
SUBDIRECTOR DE GESTIÓN GENERAL:	MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ

Quetzaltenango, 30 de septiembre de 2017

Licenciado.

Juan Arturo Castillo Lara
Coordinador de las Carreras de Enfermería
Universidad Rafael Landívar.

Estimado licenciado:

A través de la presente le extiendo un afectuoso saludo, por este medio informo que asesore el curso de Tesis II a la estudiante: JUANA RAMÍREZ CHÁVEZ, con carné No. 2425607. Con la tesis titulada: **PRACTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 MESES A MENORES DE 2 AÑOS, CON RETARDO DE CRECIMIENTO, EN LOS CASERÍOS DE CHUISAMAYAC, XOLQUILÁ Y CHINIMÁ, ALDEA TZAMPOJ SANTA CATARINA IXTAHUACAN, SOLOLÁ. GUATEMALA, AÑO 2017.**

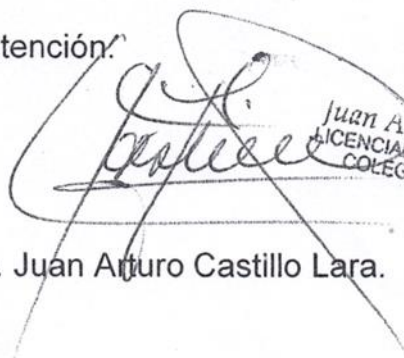
Luego de hacer las observaciones y correcciones pertinentes extendiendo la presente como constancia de aprobación y consentimiento para los trámites que correspondan. Se extiende la presente como constancia de que esta satisfactoriamente aprobada.

Agradeciendo el favor de su atención.

Atentamente.

Lic. Juan Arturo Castillo Lara.

cc. Archivo.



Juan Arturo Castillo L.
LICENCIADO EN ENFERMERIA
COLEGIADO No. EL-404



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante JUANA RAMÍREZ CHÁVEZ, Carnet 24256-07 en la carrera LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 09951-2017 de fecha 17 de noviembre de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 MESES A MENORES DE 2 AÑOS, CON RETARDO DE CRECIMIENTO, EN LOS CASERÍOS DE CHUISAMAYAC, XOLQUILÁ Y CHINIMÁ, ALDEA TZAMPOJ, SANTA CATARINA IXTAHUACÁN, SOLOLÁ, GUATEMALA. AÑO 2017.

Previo a conferírsele el título y grado académico de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 23 días del mes de noviembre del año 2017.



**LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar**

Agradecimiento

A Dios:

Por su infinito amor, por prestarme la vida, por permanecer a mi lado, darme muchas bendiciones, por guiarme, darme sabiduría, discernimiento, perseverancia, paciencia para alcanzar una meta más en mi vida profesional y personal.

A mi Familia:

Por ser lo más valioso que mi buen Dios me da, porque siempre me motivaron a seguir adelante, motivándome, apoyándome espiritual, moral y económicamente.

A mis Amigos:

De toda la vida gracias por estar allí escuchándome y apoyándome, a mis amigos y amigas de promoción Dios los bendiga siempre y que les de muchos éxitos en su camino profesional y que todo este proceso sean recuerdos.

Centro de Atención

Permanente Aldea Guineales,

Santa Catarina Ixtahuacan

Sololá:

Especialmente al Puesto de salud de Aldea Tzampoj y Aldea La Ceiba por brindarme la oportunidad de realizar el estudio en las comunidades que cubren como servicio de salud. A todo el personal de Auxiliares de Enfermería, Promotores sociales, Técnicos en Salud Rural, Trabajadores sociales, Personal

Comunitario, Asistentes de informática, Enfermeros Profesionales y Médico, muchas gracias.

A mis Docentes:

Lic. Juan Arturo Castillo Lara, Licda. Fabiola Bautista, Licda. Yadira Puac, Licda. Gabriela Valdez, por sus conocimientos, motivación, y experiencia, grandes profesionales que influyeron en mí, para alcanzar el éxito en mi formación académica.

Dedicatoria

- A Dios:** Por ser mi guía en todo momento la vida, porque siempre esta allí cuando lo necesito.
- A mi Hijo:** Que mi triunfo sea una huella para que siga mis pasos. Y a mi ángel eterno, que en el cielo este feliz por el logro que he obtenido.
- A mis Padres:** Por todo el apoyo que me han brindado, que este triunfo sea de satisfacción y recompensa por todos los sacrificios que en conjunto hemos superado.
- A mis Sobrinos:** Josué, Shirley, Joaquín, Esaú, Dalia, Moisés, Jimmy, Anderson que este triunfo sea un ejemplo para que sean perseverantes y luchen, para alcanzar sus sueños.
- A mis Hermanos:** Víctor, Mirna, Francisca, Brenda, por ese apoyo emocional, espiritual y porque siempre me han apoyado incondicionalmente en todo, los quiero mucho.
- A mi Esposo:** Agradecimiento especial por estar en este recorrido y con su apoyo he logrado alcanzar

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
III. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1. Alimentación.....	5
3.2. Alimentación Complementaria de la población de niños de 6 meses a menores de 2 años.....	5
3.3. Prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años.....	6
3.4. Retardo de Crecimiento.....	11
IV. ANTECEDENTES.....	15
V. OBJETIVOS.....	20
5.1. Objetivo General.....	20
5.2. Objetivos Específicos.....	20
VI. JUSTIFICACIÓN.....	21
VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
7.1. Tipo de Estudio.....	23
7.2. Sujeto de Estudio.....	23
7.3. Contextualización geográfica y temporal.....	23
7.4. Definición de las Variables.....	23
VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.....	25
8.1. Selección y sujeto de estudio.....	25
8.2. Recolección de Datos.....	25
IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	27
9.1. Descripción del Proceso de Digitación.....	27
9.2. Aspectos Éticos.....	27

X.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	28
XI.	CONCLUSIONES.....	46
XII.	RECOMENDACIONES.....	47
XIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	48
XIV.	ANEXOS.....	52

Resumen

Título: Prácticas de Alimentación Complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo de crecimiento, en los caseríos de Chuisamayac, Xolquilá y Chinimá, Aldea Tzampoj Santa Catarina Ixtahuacán Sololá. Guatemala, año 2017.

Introducción: El daño que produce el retraso en el crecimiento en el cuerpo y el cerebro de un niño es irreversible. Afecta negativamente el rendimiento en la escuela y el sustento futuro.(1)

Objetivos:Determinar las prácticas de alimentación complementaria que realizan las madres en niños de 6 meses a menores de 2 años con retardo del crecimiento, de los caseríos de Chuisamayac, Xolquilá y Chinimá, Aldea Tzampoj, Santa Catarina Ixtahuacán Sololá.

Metodología: El estudio se realizó en los caseríos de Chuisamayac, Xolquilá, Chinimá que pertenecen Aldea Tzampoj del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán en el departamento de Sololá, País Guatemala, el estudio fué de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo y corte transversal. Se utilizó una muestra de 33 niños con retardo en el crecimiento.

Conclusiones: Las madres caracterizadas en el estudio fueron mayormente jóvenes, monolingües, analfabetas, casadas, amas de casa, sin ingresos económicos, con más de 1 hijo, que comprende en la edad de 13 a 24 meses.

Recomendaciones: Brindar información en salud, promoviendo campañas de información, educación y comunicación, como intervención para que las madres que asisten frecuentemente a los puestos y centros de salud, conozcan sobre los beneficios de la alimentación complementaria y practicas adecuadas en la alimentación complementaria en niños, con énfasis en edades comprendidas de 6 a 24 meses.

I. INTRODUCCION

“El retraso en el crecimiento puede eliminar las oportunidades en la vida de un niño y eliminar las oportunidades para el desarrollo de una nación”. Uno de cada cuatro niños y niñas menores de 5 años en todo el mundo sufre de retraso en el crecimiento debido a la desnutrición crónica en las etapas cruciales del crecimiento. Alrededor del 80% de los niños y niñas con retraso en el crecimiento del mundo viven únicamente en 14 países. El daño que produce el retraso en el crecimiento en el cuerpo y el cerebro de un niño es irreversible. Afecta negativamente el rendimiento en la escuela y el sustento futuro. Los niños y niñas con retraso en el crecimiento corren también un mayor riesgo que otros niños de morir debido a enfermedades infecciosas.(1)

El retraso del crecimiento es el mejor indicador para determinar el grado de malnutrición, ya que refleja los efectos acumulados, permanentes y de largo plazo en los niños pequeños. Se calcula que en América Latina y el Caribe, 7,2 millones de niños menores de cinco años tienen un retraso del crecimiento y 22,5 millones están anémicos. La máxima prevalencia de la malnutrición crónica y de la anemia se presenta durante la edad crítica comprendida entre los 6 y los 24 meses, en la cual más de dos tercios sufren de anemia.(2)

Guatemala ocupa el quinto lugar de desnutrición crónica a nivel mundial. Se encuentra entre los 36 países en todo el mundo debido a que contribuye con el 90% de la desnutrición crónica y es considerado el país con mayor nivel de desnutrición en Latinoamérica, datos que son realmente preocupantes, Guatemala tiene un nivel de desnutrición del 48%, principalmente en los departamentos del altiplano occidental especialmente en los departamentos de Totonicapán, San Marcos, Sololá, Quiché, Alta Verapaz, Huehuetenango y Chimaltenango.(3)

Sololá ocupa el segundo lugar de desnutrición crónica a escala nacional, con el 72.3% de la población infantil, después de Totonicapán, que ocupa el primero, con 82.2%.En la actualidad, los municipios de este departamento con más casos son

Santa Catarina Ixtahuacán y Nahuala.(4) Estas cifras ponen de relieve la severidad de la desnutrición de los municipios de Sololá, y su extrema gravedad a nivel nacional manifestando así la importancia del estudio.

Las prácticas de alimentación son esenciales para que el niño alcance su potencial óptimo. Según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la salud la primera práctica de alimentación es la lactancia materna exclusiva, en los primeros 6 meses, seguido de la alimentación complementaria y lactancia materna continuada, hasta los dos años.

El objetivo del estudio se centró en: Determinar las prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 6 meses a menores de 2 años con Retardo de Crecimiento, de los caseríos de Chuisamayac ,Xolquilá, y Chinimá, Aldea Tzampoj, Santa Catarina Ixtahuacán Sololá.

La metodología utilizada en el presente estudio es de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo y corte transversal. Los resultados obtenidos son; Las madres caracterizadas en el estudio fueron mayormente jóvenes, monolingües, analfabetas, casadas, amas de casa, sin ingresos económicos, con más de 1 hijo, que comprende en las edades de 13 a 24 meses.

Con relación a las prácticas de alimentación complementaria la mayoría de las madres tienen prácticas inadecuadas pues inician la alimentación complementaria a sus hijos después de los seis meses, preparan inadecuadamente la consistencia de los alimentos, erróneamente le dan pecho y comida a sus niños de acuerdo a su edad, le dan pacha y en ella le dan atoles, café y leche de bote.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El retraso del crecimiento es causa y consecuencia de la pobreza. Los estudios longitudinales han mostrado que los efectos acumulados de la desnutrición en la niñez se traducen en la edad adulta como baja productividad, menores ingresos económicos y problemas de salud. Los efectos acumulados de la desnutrición en la niñez son intergeneracionales: los niños de mujeres que fueron desnutridas durante el inicio de su vida son más pequeños que los hijos de mujeres bien nutridas. Por otra parte, el retardo de crecimiento intrauterino puede limitar el crecimiento postnatal.

Las causas más directas del retraso del crecimiento son: las inadecuadas prácticas de lactancia materna, de alimentación complementaria y las enfermedades infecciosas. La ingesta insuficiente de energía y nutrientes es el resultado de inapropiadas prácticas de alimentación, calidad en la dieta empleada en la alimentación complementaria entre la población que vive en pobreza extrema, la inseguridad alimentaria en el hogar.

La diarrea también es importante como etiología del retraso del crecimiento, ya que reduce el apetito y la absorción intestinal de energía y nutrientes. Además, la interacción entre una inadecuada ingesta de nutrientes y la diarrea es tal que su presencia simultánea afecta el crecimiento de manera sinérgica; es decir que sus efectos no son simplemente “aditivos”, como podría predecirse. Tanto la ingesta inadecuada de nutrientes como las infecciones son el resultado de condiciones subyacentes sociales y económicas en el hogar, la comunidad y en el país.(5)

Por lo tanto durante este estudio se determinó las prácticas de alimentación complementaria de las madres y cuidadoras, en niños menores de 6 meses a niños menores de 2 años con retardo en el crecimiento, se identificó las características personales de las madres y cuidadoras, describiendo las prácticas de alimentación complementaria que aplican. La población objetivo serán los niños de 6 meses a menores de 2 años con retardo en el crecimiento y como fuente secundaria madres

de niños con este padecimiento. Considerando lo anterior, se plantea la siguiente preguntade investigación: ¿Cuáles son las prácticas de alimentación complementaria de los niños de 6 meses a menores de 2 años con retardo en el crecimiento de las comunidades de Chuisamayac, Xolquilá y Chinimá, Aldea Tzampoj del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán Sololá?

III. MARCO TEÓRICO.

3.1. Alimentación.

Proceso consciente y voluntario que consiste en el acto de ingerir alimentos para satisfacer la necesidad de comer.(6) Es el ingreso o aporte de los alimentos en el organismo humano. Es el proceso por el cual tomamos una serie de sustancias contenidas en los alimentos para completar la nutrición. Una buena alimentación implica no solamente ingerir los niveles apropiados de cada uno de los nutrientes, sino obtenerlos en un balance adecuado.(7)

3.2. Alimentación Complementaria de la población de niños de 6 meses menores de 2 años.

La alimentación complementaria se define como el período durante el cual otros alimentos o líquidos son provistos al niño pequeño junto con la lactancia materna, sin desplazarla.(8)

3.2.1. Alimentación de la población de 6 a ocho meses.

Después de los seis meses de edad, para el lactante alimentado con el pecho materno, se torna progresivamente más difícil cubrir sus requerimientos solamente con la leche materna. Además, aproximadamente a los 6 meses, la mayoría de los lactantes ha alcanzado el desarrollo suficiente que les permite recibir otros alimentos. Por lo tanto la edad recomendada para introducir los alimentos complementarios es la de 6 meses. El sistema digestivo es lo suficientemente maduro para digerir el almidón, proteínas y grasas de una dieta no láctea. Los lactantes muy pequeños expulsan los alimentos con la lengua pero, entre los 6 y 9 meses pueden recibir y mantener los alimentos en la boca con mayor facilidad. Los alimentos complementarios deben ser espesos y que contengan grasa o aceite, lo cual hace que sean alimentos ricos en energía. En nuestro medio se debe orientar a la madre a que introduzca alimentos machacados como; tortilla, frijol, yema de huevo, pollo, verduras, hierbas y frutas.(9)

3.2.2. Alimentación de la población de 9 a 11 meses.

A partir de los nueve meses de edad el niño lactante puede comer algunos alimentos que son levantado con los dedos, los niños pueden comer alimentos consumidos por el resto de la familia solo que deben ser ricos en nutrientes. Los alimentos a esta edad deben ser incorporados en trocitos, se le debe introducir carne o pescado, hígado de pollo o res.(9)

3.2.3. Alimentación de la población de 12 a 24 meses.

En esta etapa cambian las necesidades de la niña o niño, pasa de una alimentación a base de leche materna a comer solo y consumir una dieta mixta, basada en los alimentos y preparaciones normales de su familia. La dieta familiar cubre sus necesidades nutricionales y la lactancia pasa gradualmente a ser un complemento. La alimentación familiar debe ser atractiva para la niña o niño, y la hora de comer, un momento familiar agradable. A la madre se aconseja que el niño debe comer cinco veces al día, de acuerdo a la olla familiar. También la alimentación adecuada se reflejará en el crecimiento y desarrollo de la niña o niño. (9)

3.3. Prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años.

3.3.1. Prácticas de alimentación de la población de 6 meses a 8 meses.(9)

Orientar a la madre que antes y después de las comidas deberá lavar las manos al niño(a), debe de servir en un plato, cuchara y vaso los alimentos del niño, sentar al niño (a) en sus piernas y dar de comer con paciencia y mucho amor, procurar desarrollar la autonomía de la alimentación para que cuando el niño cumpla el año, pueda comer solo.

3.3.2. Prácticas de alimentación de la población de 9 a 11 meses.

Orientar a la madre que antes y después de las comidas deberá lavar las manos al niño(a), dar alimentos al niño en trocitos, combinados, variados y frescos, servir los alimentos del niño en plato, la madre del niño deberá brindar por lo menos las tres

comidas principales al día y si ofrece cantidades pequeñas, dar dos refacciones durante el día a media mañana o a media tarde.

3.3.3. Prácticas de alimentación de la población de 12 a 24 meses.

Orientar a la madre que antes y después de las comidas deberá lavar las manos al niño(a), enseñar al niño a comer variado, y en diferente consistencia, textura, el niño tiene la capacidad de comer en trocitos, papillas, licuado, molido. Acoplado la olla familiar.

Cuadro de requerimientos nutricionales, en el niño que inicia alimentación complementaria y nutricional.

Energía necesaria por día, además de la leche materna	Consistencia	Frecuencia	Cantidad de alimentos que usualmente consumirá un niño promedio en cada comida	Temperatura
200 kcal/día	Comenzar con papillas espesas, alimentos bien aplastados o machacados	2 a 3 comidas por día, dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1 a 2 refacciones.	Comenzar con 2 – 3 cucharadas por comida, incrementar gradualmente a ½ vaso o taza de 250 ml.	37°C
300 kcal/día	Alimentos finamente picados o aplastados y alimentos que el niño pueda agarrar con la mano.	3 a 4 comidas por día, dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1 a 2 refacciones	½ vaso o taza o plato de 250 ml.	37 °C
550 kcal/día	Alimentos de la familia picados o, si es necesario, aplastados.	3 a 4 comida por día, dependiendo del apetito del niño se pueden ofrecer 1 a 2 refacciones.	¾ a un vaso o taza o plato de 250 ml.	37 °C

Fuente: Guía práctica sobre la calidad, frecuencia y cantidad de alimentos para niños OMS/OPS.

3.3.4. Principios de orientación para las prácticas de alimentación complementaria del niño.(7)

a) Lavado de manos:

Mojar las manos con agua, depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos, frotar palmas de las manos entre sí, frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa, frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados, frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa, frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa, enjuagar las manos con agua, secar con una toalla desechable, agarre la toalla para cerrar el grifo, son manos seguras.

b) Consumo de agua segura:

Para clorar:

Cantidad	Gotas de cloro
1 litro	1 gota
1 galón	4 gotas
1 cubeta con 15 litros	15 gotas
1 tonel	1 cucharada sopera

Fuente: Normas de Atención en Salud Integral para el primer y segundo nivel. MSPAS-2010.

Hervir el agua de la siguiente manera:

Poner la olla con agua al fuego, cuando el agua este hirviendo, dejar hervir un minuto, dejar enfriar el agua hervida con la olla tapada. (10)

c) 10 Reglas de oro para prevenir las enfermedades transmitidas por agua y alimentos (diarreas, disenterías, cólera, parasitismos intestinales, etc.)

Al comprar alimentos escoja los que se vean limpios. Los alimentos crudos como frutas y verduras lávelos con agua y cloro, hervir el agua que usa para tomar y preparar los alimentos, lavar las manos antes de comer y preparar los alimentos después de ir al baño, letrina o cambiar los pañales. Asegurarque los alimentos estén

bien cocidos, el pollo, la carne, los mariscos y la leche pueden estar contaminados con microbios por lo que deben cocinarlos bien. Evitar el contacto entre alimentos crudos y cocidos, servir y consumir los alimentos después de cocinarlos, guardar bien los alimentos que sobren o refrigérelos, antes de comer los alimentos calentar bien, mantener los alimentos bien tapados, fuera del alcance las moscas y cucarachas, lavar los utensilios de la cocina y desinfecte con cloro todas las superficies.(10)

d) Las 14 Prácticas para vivir mejor.

7 Prácticas de higiene, agua y saneamiento, para las familias.

Usar y mantener limpia la letrina, separar a niños y animales en ambientes diferentes, lavar las manos con agua, jabón o ceniza, usar agua hervida o clorada para tomar, alejar a las embarazadas y los niños del humo para evitar enfermedades respiratorias, participar en grupos organizados de la comunidad.

7 Prácticas que la familia debe realizar cuando hay niños menores de 2 años en el hogar.

Dar pecho, hasta los 6 meses, reconocer las señales de peligro en el recién nacido, dar alimentos al niño/a de acuerdo a su edad, colocar vitaminas en polvo en la comida del niño/a, llevar al niño/a cada mes al servicio de salud, dar de comer al bebé cuando está enfermo, reconocer las señales de peligro en los niños/as pequeños.(11)

3.3.5. Recomendaciones para la Preparación e higiene de los alimentos.(9)

a) Preparación de alimentos.

- Los alimentos deben prepararse sin adición de sal, azúcar, ni saborizantes salados o dulces. Los alimentos o preparaciones dulces no son recomendables hasta que haya ingerido otros platillos debido a que pueden provocar sensación de saciedad temprana, tampoco se deben utilizar como recompensa. Las niñas o niños tienden a rechazar los alimentos muy cocidos.

- Debe tenerse presente que al iniciar la alimentación complementaria es frecuente encontrar rechazo inicial a nuevos sabores, nuevas texturas y nuevos olores o temperaturas, por lo que deben reiterarse el ofrecimiento en dos o tres oportunidades en días distintos, si el rechazo persiste debe suspenderse temporalmente y se debe intentar nuevamente en forma progresiva.
- La temperatura ideal de alimento es de más o menos 37°C. (Temperatura corporal). No es conveniente enfriar el alimento delante de la niña o niño. La espera y las manifestaciones de riesgo a quemarse producen ansiedad y temor.
- Es recomendable que el alimento se le dé siempre en el mismo lugar, por la misma persona, en un entorno agradable y tranquilo usar utensilios que la niña o niño identifique como propios ya que las rutinas le ayudan a organizar sus patrones de interacción social.
- Es preferible usar purés y papillas preparadas en casa que los alimentos industrializados, ya que estos además de ser caros tienen menor valor nutritivo.

b) Higiene de los alimentos.

La persona que prepara los alimentos debe lavarse las manos antes y lavar los utensilios, lavar bien las verduras y frutas en agua limpia, de la que se usa para beber, utilizar el agua de cocción de los alimentos para preparar los purés o papillas y de esta forma aprovechar las vitaminas y minerales que contienen.

c) Conservación y Almacenamiento.

La conservación de alimentos son los diferentes procesos a que son sometidos los mismos, para prolongar su periodo de vida y así permitir su conservación y almacenaje, por largo tiempo. En la conservación, hay que seguir cuidadosamente las instrucciones para que la pérdida de nutrientes sea mínima. Hay varios métodos para conservar y almacenar alimentos, estos van de acuerdo a la naturaleza del alimento que se requiere conservar.

Los principales métodos son:

Al natural, desecación, almacenaje, baño de María, refrigeración y congelación:

Condiciones previas del alimento.

- Deben escogerse los alimentos de mejor calidad. Que sean producidos en las zonas más fértiles. Todo alimento para la conservación debe estar en estado óptimo de frescura y sanidad. En caso de frutas debe tomarse en cuenta, costo, calidad y valor nutritivo. La limpieza en la preparación y manipulación de alimentos influirá grandemente en que se conserven por más tiempo.
- Todo alimento debe estar libre de microorganismos y sustancias tóxicas, como insecticidas.(12)

3.4. Retardo de Crecimiento.

El retraso del crecimiento en la niñez es un resultado de la desnutrición materna y de la alimentación inadecuada del lactante y del niño pequeño, esta correlacionado con el deterioro del desarrollo neurocognoscitivo y es un marcador del riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y de una productividad reducida en etapas posteriores de la vida.(13)

3.4.1. Descripción del evento.

La desnutrición se define como el conjunto de manifestaciones clínicas, alteraciones bioquímicas y antropométricas causadas por la deficiente ingesta y/o aprovechamiento biológico de macro y micronutrientes ocasionando la insatisfacción de requerimientos nutricionales.(14)

3.4.2. Clasificación de la Desnutrición.

- a. Desnutrición Aguda: Se refiere a un estado de desnutrición actual. Se presenta cuando existe un aporte insuficiente de macro y micronutrientes que provoca disminución tanto en la masa muscular como en la grasa corporal lo que provoca un bajo peso para la talla.
- b. Desnutrición Crónica: La talla para la edad, refleja el crecimiento lineal alcanzado a una determinada edad. El término de retardo en crecimiento (retardo en talla) o desnutrición crónica, indica deficiencias acumulativas de la salud y nutrición a largo plazo, es reflejo de un fracaso en el desarrollo del potencial de crecimiento

del individuo, como resultado de condiciones sanitarias y nutricionales no óptimas.

- c. Desnutrición global: El peso para la edad refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica, su déficit se expresa también como desnutrición global. Es influido por la talla del niño o niña, relación de la talla para la edad. La modificación del peso en un corto plazo (reducción), también revela cambio en un índice de peso para la talla. Este indicador puede usarse dentro de un sistema de alerta temprana.
- d. Marasmo: Es un estado de deficiencia de energía, proteína, vitaminas y minerales muy severo que conduce al consumo de los tejidos cuerpo y se manifiesta como delgadez extrema o emaciación. Por la falta de tejidos (músculos y tejido graso) el niño o niña presenta apariencia de “viejito” ya que su piel se ve arrugada y pegada a los huesos. El pelo se ve ralo y decolorado. Los niños y niñas marasmáticos pueden verse desgastados y/o irritables.
- e. Kwashiorkor: Se llama “enfermedad del destete abrupto” ya que generalmente sucede cuando al niño o niña, muy tempranamente o de forma abrupta, se le quita el pecho. De esta manera de recibir un alimento con problema de buena calidad y solo come alimentos que le proporcionan energía pero poca o ninguna proteína. Aunque es más frecuente en los menores, puede darse también en niños mayores de 2 años.(14)

3.4.3. Indicadores Antropométricos

Los índices a utilizar son:

- a. Talla para la edad T/E.

La longitud/talla para la edad refleja el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad del niño en una visita determinada. Este indicador permite identificar niños con retardo en el crecimiento (longitud o talla baja) debido un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes. También puede identificarse a los niños que son altos para su edad, sin embargo la longitud o talla alta en raras ocasiones es un problema, a menos que este aumento sea excesivo y pueda estar reflejando desordenes endocrinos no comunes.(15)

b. Peso según edad P/E.

El peso para la edad refleja el peso corporal en relación a la edad del niño en un día determinado. Este indicador se usa para evaluar si un niño presenta bajo peso y bajo peso severo; pero no se usa para clasificar a un niño con sobrepeso u obesidad. Debido a que el peso es relativamente fácil de medir, comúnmente se usa este indicador, pero no es confiable en los casos en los que la edad del niño no puede determinarse con exactitud, como en las situaciones de refugiados. Es importante señalar también que un niño puede estar desnutrido debido a que tiene longitud/talla pequeña (talla baja) o está muy delgado o tiene ambos problemas.(15)

c. Peso según talla P/T.

El peso para la longitud/talla refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla. Este indicador es especialmente útil en situaciones en las que la edad de los niños es desconocida.

Es un indicador clásico para hacer diagnóstico de desnutrición aguda, en los servicios de salud, según la norma de atención en el primer contacto con el niño o niña; así como para medir la recuperación nutricional con base en esta medición, el grado de desnutrición se puede expresar como desviaciones estándar (DE) por debajo de la media de referencia. (16)

3.4.4. Definición Operacional (Desnutrición crónica: Talla para la edad T/E.)

GRUPO	SOSPECHOSO	CONFIRMADO
De 0 a < de 5 años de edad		Retardo Moderado de talla: Niños y niñas entre -2 y -3 DE.
		Retardo Severo de talla: Niños y niñas por debajo de -3 DE.

Fuente: Protocolo para el tratamiento ambulatorio de niños con desnutrición aguda severa sin complicaciones en la comunidad MSPAS.

a. Tratamiento para el niño con Retardo en el crecimiento.(10)

Entregue a la madre tabletas de zinc:

- De 2 a menos de 6 meses de edad: 45 tabletas de 20 mg dar ½ tableta al día por 90 días.
- A las y los lactantes de 6 meses o más de edad: 90 tabletas 20 mg dar 1 tableta diaria por 90 días.(10)

3.5 Contextualización Geográfica.

a) Datos Demográficos.

Los caseríos de Chuisamayac, Chinimá y Xolquilá, pertenecen a la Aldea Tzampoj del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán Sololá. Los caseríos se encuentran ubicados en la región de la Boca Costa del Departamento de Sololá, está ubicada al Norte por la Aldea La Ceiba, al sur por Aldea Tzampoj, al Este por caserío Chuiquila, al Oeste por el municipio de Samayac Suchitepéquez.

b) Población.

Actualmente tiene una población de 1971 habitantes, población niños menores de 5 años: 237, población mujeres en edad fértil 15-49 años: 520, población nacidos vivos: 42, embarazos esperados: 72

Actualmente el Centro de Convergencia cubre las comunidades de Chuisamayac, Xolquila y Chinima, cuenta con 2 auxiliares de enfermería, 1 enfermera profesional, 1 promotor social y un técnico en salud rural como responsable del servicio.

La cartera de servicios es la siguiente: Control prenatal, Control al puerperio y R.N, inmunizaciones, atención al Adulto, atención al Medio Ambiente, monitoreo de crecimiento al niño, suplementación al niño, atención a la mujer en edad fértil, salud Sexual y Reproductiva, pánico, rabia, zoonosis, vectores, atención a escuelas y escolares, trabajo y charlas con jóvenes de instituto, atención intra y extramuros a casos especiales, intercambio educativo con abuelas comadronas, intercambio educativo con terapeutas maya y populares, huertos medicinales demostrativos, otros servicios, (curaciones, hipodermias).

IV. ANTECEDENTES.

En el estudio titulado: “Desnutrición crónica en niños a nivel mundial” realizada en 92 países en el 2015. El estudio fue de tipo cuantitativo. A través de datos antropométricos, índices de Peso/Edad, Peso/Talla y Talla/Edad para análisis con puntaje Z. Los sujetos de estudio fueron 398 niños desnutridos. Concluyen lo siguiente; se estimó que de esa muestra el 27.38% en cifras absolutas es equivalente a 109 millones de niños que sufren de insuficiencia alimentaria. El 57.7 % tiene retraso de crecimiento, se calculó que del total de países en todo el mundo 40 de ellos prevalecen en desnutrición crónica infantil por arriba de un 40%. De estos países 23 son de África, 16 de Asia y uno de América del Sur. Por otro lado la prevalencia de desnutrición crónica menor al 20% se encuentra en 52 países que están distribuidos: 17 en América y el Caribe, 16 de Asia, 11 en Europa, 4 en África y Oceanía.(17)

En el estudio titulado: “Lactancia materna, Alimentación Complementaria y Malnutrición Infantil en los Andes de Bolivia” 2010. El estudio fue cuantitativo. Utilizando como instrumentos un cuestionario y guía. Donde tomaron el peso y talla de 400 niños/niñas menores de cinco años de 30 comunidades. Concluye en lo siguiente: Casi el 20% de los niños /as son de bajo peso; además los niños/as tienen altos niveles de retraso en la talla. El 38% de las mamás empezaron la lactancia materna después de las 12 horas. El 39% inicio la alimentación complementaria, en los primeros tres meses. El tipo de alimento complementario que se da al infante en general fue inadecuado. Con este estudio se pudo ver que las deficiencias nutricionales a menudo empiezan cuando la madre inicia la lactancia materna y cuando introduce por primera vez la alimentación complementaria.(18)

En el estudio titulado: “Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombiano,” 2005 realizado en Colombia. El estudio fue de tipo cuantitativo y cualitativo. A través de grupos focales y entrevista, a mujeres que habitaban los 20 barrios de la cabecera urbana que fueron censadas e invitadas

a participar teniendo como criterio de inclusión si tenían niños entre los 6 y 18 meses de edad y que residían de manera permanente en el casco urbano. Se concluye lo siguiente: La falta de conocimientos básicos nutricionales y algunas creencias erradas llevan a que al menos 50% de las madres tengan prácticas de alimentación inadecuadas.(19)

En el estudio titulado: “Evaluación del estado nutricional de niños menores de 5 años”, realizado en Guatemala en el departamento de Petén en el periodo de junio – agosto del 2013. El tipo de estudio fue descriptivo-analítico, transversal. A través de tres índices de datos antropométricos analizados por el programa WHO ANTHRO 2011 con 778 niños menores de 5 años que asistieron al Centro de Salud del departamento de Petén, Guatemala. Obtuvo las siguientes conclusiones: La mayoría de niños evaluados que asistieron a los Centros de Salud tenían entre 0 y 23 meses de edad; En cada uno de los indicadores antropométricos la mayoría de los niños evaluados estaban clasificados como estado nutricional normal, seguido de niños que presentan desnutrición crónica; El cual se encontró desnutrición crónica especialmente en los niños menores de un año y el mayor porcentaje estaban normales.(20)

En el estudio titulado: “Prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 a 11 meses 29 días de edad,” realizado en Guatemala en el municipio de San Juan departamento de Sacatepéquez en el periodo de julio a noviembre del 2015. El tipo de estudio fue descriptivo transversal. Se realizó mediante una entrevista. Los sujetos de estudio fueron 94 madres de lactantes en edades de 6 a 11 meses y 29 días. El estudio concluye que: La educación de la madre es un importante pilar para el buen desarrollo y crecimiento del niño. Las prácticas de alimentación complementaria que poseen las madres de los infantes no son adecuadas y llegan a repercutir directamente en el estado nutricional del mismo por falta de cantidad y calidad de alimentos, al observar que más de la mitad de los infantes tenía retardo en el crecimiento.(21)

En la investigación titulada: “Factores sociales y culturales que influyen en el estado nutricional de los niños de 2 meses a 3 años de edad,” realizado en Guatemala en el municipio de Almolonga Departamento de Quetzaltenango octubre 2011. Tipo de estudio Descriptivo Transversal, el instrumento utilizado fue una encuesta. La muestra estuvo constituida por 176 madres. Las conclusiones fueron: Dentro de los factores culturales de las familias de los niños de 2 meses a 3 años de edad, destacan la lactancia materna que tienen las madres por lo menos 4 meses con sus niños. El mayor problema de malnutrición que se encontró en la población estudiada según su estado nutricional actual es el de desnutrición moderada y sobrepeso. El grupo de edad más afectado con un problema de malnutrición es de 12 a 36 meses de edad que es cuando los niños sufren la transición entre lactancia materna y alimentación complementaria. (22)

El estudio titulado: “Adherencia de las prácticas alimentarias en niños (as) menores de 5 años con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estudio realizado en Aldea Paxoj del municipio de Huitán, Quetzaltenango Guatemala, abril 2014. En el tipo de estudio: Cuantitativo – descriptivo. Utilizando una entrevista dirigida a las madres. Los sujetos de estudio fueron 146 madres. Las conclusiones fueron: La lactancia materna es el alimento principal del niño menor de 6 meses pero no es exclusiva debido a que brindan sucedáneos y otros líquidos. La mayor parte de las madres comenzaron a brindar alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, cumpliendo con las recomendaciones establecidas por la OMS, sin embargo, un porcentaje significativo de madres incorporó alimentos antes y después de los 6 meses de edad.(23)

La investigación titulada: “Cumplimiento de las recomendaciones de la lactancia materna y alimentación complementaria y los factores relacionales individuales y materiales que influyen en la aplicación de esta por parte de madres trabajadoras de niños menores de 2 años del área urbana y rural.” Estudio realizado en Guatemala en cabecera departamental de Quetzaltenango febrero 2016. En el estudio de tipo cuanti-cualitativo transversal. Donde utilizaron una entrevista dirigida a las madres.

Los sujetos de estudio fueron 50 madres trabajadoras rurales y urbanas. Obtuvo las conclusiones: Existe un incumplimiento en las practicas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria tanto en las madres del área urbana como en las madres del área rural, siendo las madres del área rural las que menos incumplen. Los factores materiales que más influyen en las prácticas de alimentación evaluadas son el trabajo, el lugar de nacimiento para urbano y rural respectivamente. El factor relacional que más determina las prácticas que aplican las madres son las figuras de influencia, tales como las abuelas (madres y suegras) para ambas áreas del personal de salud para el área urbana.(24)

En la investigación titulada. “Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de un año de edad”. Realizada en Guatemala en la comunidad el Tablón del municipio de Sololá octubre 2011. Es un estudio de tipo descriptivo. Se desarrolló mediante la aplicación de 3 boletas a 45 madres de niños menores de un año que ya habían iniciado la alimentación complementaria. Donde se obtuvieron las siguientes conclusiones: Las prácticas de alimentación complementaria de la población en general se basan en maíz, bebidas a base de harina de maíz y soya (incaparina), frijoles y hierbas. Los alimentos consumidos con mayor frecuencia por la población son: tortilla, arroz, pan, atoles, frijoles y hierbas. La edad de introducción de alimentos diferentes a la leche materna en la mayoría de la población se dio a los 6 meses como se recomienda.(25)

En la investigación titulada. “Prevalencia de desnutrición infantil y relación con factores socio – económicos. Estudio Realizado en Guatemala en las comunidades de Pasenyebá y Patzité, Aldea Guineales, del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá agosto 2015. El estudio fue de tipo descriptivo transversal observacional. Se utilizó la técnica de la entrevista dirigida a madres de niños de 3 a 60 meses, además se efectuó la toma de peso y talla a estos niños para determinar el estado nutricional. Se utilizó una muestra de 168 niños. Obtuvo las conclusiones: La prevalencia de desnutrición crónica en la población estudiada se encuentra 82% (Índice de Masa Corporal(IMC) (68-96%), desnutrición aguda 2% (IMC 2-4%) y

desnutrición global 27% (IMC 11-42%), los índices de desnutrición en el país siguen elevados, siendo más alta en la comunidad de Patzité.(26)

V. OBJETIVOS.

5.1. Objetivo General.

Determinar las prácticas de alimentación complementaria que realizan las madres en niños de 6 meses a menores de 2 años con Retardo del Crecimiento, de los caseríos de Chuisamayac, Xolquilá y Chinimá, Aldea Tzampoj, Santa Catarina Ixtahuacán Sololá.

5.2. Objetivos Específicos:

- Caracterizar los aspectos sociodemográficos de los sujetos de estudio.
- Describir las prácticas de alimentación complementaria que realizan las madres en niños de 6 meses a menores de 2 años con retardo en el crecimiento.

VI. JUSTIFICACIÓN.

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil(ENSMI 2014 – 2015) Guatemala tiene un 47% de niños con desnutrición crónica a nivel nacional, 17% se encuentra con desnutrición severa, el 13% presenta desnutrición global. El porcentaje más elevado de niños y niñas con desnutrición crónica se observa en las edades de 18 a 23 meses con el 55% y de 24 a 47 meses, normal oscilan entre el 51% y 52%. El departamento de Sololá cuenta con un 67% de desnutrición crónica, este alto porcentaje se visualiza en un grupo donde la población es predominantemente indígena (27)

Un niño que sufre desnutrición crónica presenta retraso en su crecimiento. Se detecta midiendo y comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Esto indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades respiratorias, digestivas, afectando su desarrollo físico e intelectual.

El retraso en el crecimiento puede iniciarse antes de que el niño nazca, cuando el niño aún está en el útero de la madre, si no se actúa durante el embarazo, antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto de la vida, serán notorios en el aprendizaje escolar. Las causas de la desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas.

Las causas inmediatas y causas subyacentes son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua, saneamiento insalubre, las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. Las causas básicas incluyen factores sociales, económicos, políticos como la pobreza, la desigualdad escasa educación de las madres.

La carencia de políticas de estado, inaccesibilidad, la falta de empleo y oportunidades, condicionan al niño a que pueda nacer con retardo en el crecimiento y bajo peso. El estado de salud de la madre se debe a esa falta de oportunidades en la educación y la condicionan a que posea un conocimiento deficiente tanto para su salud, como también al cuidado del niño desde la concepción.(28)

Debido a la magnitud de la prevalencia los casos de niños con retardo en el crecimiento, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) implemento en el año 2010 la Norma de Suplementación con Zinc en niños con retardo de crecimiento dentro de las edades de 6 a 59 meses, a través del programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional –PROSAN- el cual se encarga de la operativización de la misma. La ingesta de este mineral es importante en todos los niños, en la edad de seis meses a dos años, su aplicación debe ser insistida, debido a que un niño con retardo en el crecimiento tiene el desarrollo cognoscitivo y psicomotriz, el cual se ve afectado totalmente ya que en este período, el niño alcanza una madurez total del cerebro.(29)

Por las razones mencionadas es importante realizar esta investigación para que se determinen las prácticas de alimentación complementaria que realizan las madres en niños de 6 meses a menores de 2 años con retardo del crecimiento e identificar las características de las madres, describir las prácticas de alimentación complementaria que realizan.

Los resultados de este estudio serán de utilidad para la toma de decisiones, búsqueda de estrategia, que ayuden a mejorar el cumplimiento de las normas de atención y que disminuya la prevalencia de retardo del crecimiento en los caseríos de Chuisamayac, Xolquilá y Chinimá. Así contribuir a nivel municipal, departamental y nacional a reducir el porcentaje de niños con retardo en el crecimiento y evitar limitantes en la producción del capital humano.

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. Tipo de Estudio.

Cuantitativo, de diseño descriptivo, de corte transversal.

7.2. Sujeto de Estudio

Niños menores de dos años con desnutrición crónica. (Datos obtenidos de madres o cuidadoras como fuente secundaria)

7.3. Contextualización geográfica y temporal.

El estudio se realizará en los caseríos de Chuisamayac, Xolquilá y Chinimá, perteneciente a la Aldea Tzampoj, Santa Catarina Ixtahuacán Sololá, en el período de julio del año 2017.

7.4. Definición de las Variables.

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición	Ítems
Características sociodemográficas de las madres y cuidadoras.	Caracteres individuales que influyen en el comportamiento, como los conocimientos, actitudes, creencias y rasgos de su personalidad (30)	Son condiciones de los sujetos de estudio que determinan su personalidad ante la sociedad.	Edad Etnia Idioma Escolaridad Ocupación Ingresos mensuales Número de hijos.	Nominal	1 al 10

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición	Ítems
Prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años.	Proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos necesarios además de la leche materna. . (30)	Conjunto de habilidades alimenticias que son atribuidas por patrón conductual de acuerdo a la edad del niño en los sujetos de estudio.	Frecuencia Cantidad Forma de cocinar los alimentos con eficiencia Higiene Conservación y Almacenamiento	Nominal	11 a 25

VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.

8.1. Selección y sujeto de estudio.

El estudio se realizó con niños de 6 meses a menores de 2 años con Retardo en el crecimiento, (datos obtenidos de madres y cuidadoras como fuente secundaria) de las comunidades de Chuisamayac, Xolquilá y Chinimá, Santa Catarina Ixtahuacán Sololá.

8.1.1. Criterio de Inclusión.

Madres de niños con retardo en el crecimiento de 6 meses a menores de 2 años que residan en las comunidades de chuisamayac, xolquilá y chinimá.

8.1.2. Criterio de Exclusión

Madres de niños, que no deseen participar en el estudio.

8.1.3. Universo

Se trabajó con el total de 91 madres de niños de 6 meses a menores de 2 años.

8.1.4. Identificación de los sujetos a incluir en la muestra

La identificación de los sujetos de estudio fue a través del censo nutricional que se lleva a cabo en el Distrito de Salud en donde se realizó el estudio.

8.2 Recolección de Datos

Los datos fueron recolectados de forma personal e individual, a las madres y cuidadoras de los niños en modalidad administrada.

8.2.1. Métodos utilizados para la recolección de datos.

Los datos se recolectaron a través de un cuestionario, en modalidad administrada.

8.2.2.Elaboración y descripción del instrumento para la recolección de datos.

El instrumento fue un cuestionario, que está dividido en dos series, la primera serie indaga las características socio demográficas y la segunda corresponde a prácticas de alimentación, con preguntas cerradas y consta de veinticinco ítems.

8.2.3. Validación del Instrumentos

Se realizó la validación del instrumento con 9 madres y cuidadoras, que tienen hijos de 6 meses a menores de 2 años, en el caserío Chuisajcava I. No fue necesario realizar cambios.

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

9.1. Descripción del Proceso de Digitación

Se codificaron las boletas de recolección de información, se revisaron y luego se construyó la matriz para tabular los datos y obtener resultados de la investigación. La información obtenida fue digitada manualmente, cuando se culmina el trabajo de campo. Se utilizó programas de informática, se utilizaron programas de word, excel, power point para la digitación, tabulación y presentación del trabajo de investigación. Se utilizó el software Windows 2007. Se realizó un plan de análisis de datos y se proceso todos los datos recolectados a través de estadísticas, utilizando datos porcentuales y divulgar los datos en forma cuantitativa, los métodos estadísticos se tabularon todos los datos en digital en el programa excel, seguidamente, se analizaron, se presento la información a través de informe descriptivo, este se enriqueció por medio de la redacción de datos y teorías que sustentan el estudio.

9.2. Aspectos Éticos.

Los aspectos éticos son parte fundamental dentro de una investigación, teniendo en cuenta que los participantes poseen valores morales, culturales y sociales, en el estudio se aplico los siguientes principios éticos:Autonomía, beneficencia, no maleficencia/benevolencia, confidencialidad, justicia.(31)(32)(33)

X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Tabla número 1.

Características sociodemográficas de las madres y cuidadoras.

¿Cuántos años tiene la madre?

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 25	17	52%
26 a 35	6	18%
36 a 45 años	10	30%
TOTAL	33	100%

¿Grupo étnico al que pertenece?

Étnia	Frecuencia	Porcentaje
Garífuna	0	0%
Xinca	0	0%
Mestiza	1	3%
Maya	32	97%
TOTAL	33	100%

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento. Julio 2017. Sololá Guatemala.

Análisis: Los resultados obtenidos indican que el 52% de las madres encuestadas tienen edades comprendidas entre 15 a 25 años, 18% de las madres se encuentran en edades de 26 a 35 años, y 30% de las encuestadas comprenden en las edades de 36 a 45 años, datos relevantes pues nos indican que las madres son jóvenes en un mayor porcentaje y puedan tener un efecto negativo por la falta de experiencia en las prácticas de alimentación complementaria, seguidamente nos muestra que el resto de la población de las madres se encuentra en edades maduras, estas edades tendrán consecuencias positivas en las prácticas de alimentación complementaria por la experiencia ya adquirida con sus otros hijos. El 97% de la población es de étnia maya, dato importante porque en Guatemala en este grupo es donde predomina el retardo de crecimiento en la población infantil, y solamente el 3% de la población se identifica con la étnia Mestiza.

Tabla número 2.

¿Idiomas que habla?

Idioma	Frecuencia	Porcentaje
Kiché y español	7	21%
Solo Kiché	25	76%
Solo español	1	3%
TOTAL	33	100%

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento, Julio 2017. Sololá Guatemala.

Análisis: El 76% de la población encuestada es monolingüe, habla solo kiché, el 21% de esta población es bilingüe porque hablan kiché y español, 3% habla solo español, dato apreciable porque indica que solo un porcentaje de la población es bilingüe y el otro porcentaje tendrá dificultad para comunicarse con las poblaciones que hablan solo español o incluso con el personal de salud que en muchas ocasiones solo hablan español.

Tabla número 3.

¿Qué escolaridad tiene?

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	15	46%
Primaria	13	39%
Básico	3	9%
Diversificado	2	6%
Universitario	0	0%
TOTAL	33	100%
¿Estado Civil?	Frecuencia	Porcentaje
Casada/Unida	32	97%
Soltera	1	3%
TOTAL	33	100%
¿Ocupación?	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	31	94%
Trabaja fuera de casa	2	6%
TOTAL	33	100%

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento, Julio 2017.Sololá Guatemala.

Análisis: Se identificó el 46% no tienen ninguna escolaridad, 39% han cursado primaria y solo el 9% curso nivel básico, 6% nivel diversificado este dato es notable porque en las comunidades de etnia maya en las mujeres predomina el analfabetismo, en esta comunidad las madres han cursado primaria, y una mínima parte de las encuestadas nivel básico y diversificado, el 97% de las madres está casada, esta es una condicionan favorable ya que tienen el apoyo de su pareja para la crianza de los hijos y solo el 3% se encuentra soltera, observamos que el 94% de las madres es ama de casa y esto conviene porque tendrán la posibilidad de cuidar a sus hijos y solo el 6% de las encuestadas trabaja fuera de casa.

Tabla número 4.

¿Trabaja actualmente?

Trabajo	Frecuencia	Porcentaje
SI	2	6%
NO	31	94%
TOTAL	33	100%
Si su respuesta anterior es SI ¿Cuánto gana al mes?	Frecuencia	Porcentaje
Q.400.00 - Q.500.00	1	3%
Q.600.00 - Q.700.00	0	0%
Q.800.00 - Q.900.00	0	0%
Q.1,000.00 o más	1	3%
TOTAL	2	6%

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento, Julio 2017.Sololá Guatemala.

Análisis: El resultado afirma que el 94% de las madres no trabaja, solo el 6% de las encuestadas refiere que si trabaja actualmente, este dato es de impacto porque un porcentaje alto de las madres dependen del ingreso económico de los esposos, una limitante para las usuarias, que puede condicionar la compra de ciertos productos que necesita la familia para cubrir las necesidades de alimentación.

Tabla número 5.

¿Cuántos hijos tienen?

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2	17	52%
3 a 4	2	6%
5 a 7	12	36%
8 a más	2	6%
TOTAL	33	100%
¿Qué edad tiene su último hijo?		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 6 meses a 8 meses	5	15%
De 9 meses a 12 meses	7	21%
De 13 meses a 24 meses	21	64%
TOTAL	33	100%

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento, Julio 2017.Sololá Guatemala.

Análisis: El 52% madres tienen de 1 a 2 hijos, 6% tienen 3 a 4 hijos, 36% tienen de 5 a 7 hijos, y el otro 6% tienen 8 a más hijos, dato que indica que la mitad de las encuestadas tienen un número de hijos adecuados para la crianza y cuidado, el resto de la población encuestada al tener más de 2 hijos tendrán la dificultad para la crianza, cuidado y desarrollo infantil, además resalta el hecho que al tener muchos hijos no exista o sea nulo el uso de métodos de planificación familiar en este grupo de madres. También otro de los resultados encontrados es que de las madres encuestadas el 15% tiene hijos en las edades de 6 meses a 8 meses, 21% tienen hijos de edades de 9 meses a 12 meses, el 64% de las madres tienen hijos en las edades de 13 a 24 meses, este dato es importante porque la mayor parte de las madres tienen hijos en donde las prácticas de alimentación complementaria ya se manifiesta en su totalidad como lo indica la guía alimentaria para la población guatemalteca menor de dos años, el otro porcentaje de las encuestadas inicia o lleva las prácticas de alimentación adecuadas.

Tabla número 6.

Prácticas de alimentación complementaria de niños de 6 meses a menores de 2 años.

¿A qué edad inició usted a darle alimentación complementaria a su hijo?

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Antes de los 6 meses	3	10%
A los 6 meses	11	34%
Después de los 6 meses	18	56%
Total	32	100%

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento, Julio 2017.Sololá Guatemala.

Análisis: Se identificó que las madres encuestadas el 56% inicio la alimentación complementaria a sus hijos después de los 6 meses, solo el 34% de las madres indica que le inicio a dar alimentación a los 6 meses, y el 10% le inicio la alimentación antes de los 6 meses, datos relevantes que confirma que un porcentaje de las madres no tiene buena práctica de alimentación complementaria al iniciar después de los seis meses la alimentación de sus hijos, es importante recordar en esta edad la lactancia materna ya no sustenta del todo y necesita el organismo del niño de otros nutrientes que se encontraran en verduras, frutas, hierbas como lo indica la guía de alimentación complementaria para Guatemala, otro porcentaje mayor si realiza una práctica adecuada al iniciar a los 6 meses de edad la práctica de alimentación complementaria, y solo un porcentaje menor inicia antes de los seis meses.

Tabla número 7.

¿De acuerdo a la edad del niño o niña, en que consistencia le prepara sus alimentos?

Edad	Papillas, alimentos aplastados, machacados, suaves y espesos		Alimentos picados, cortados en trocitos pequeños		Alimentos picados, cortados o enteros		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
6 a 8 meses	4	12%	0	0%	0	0%	4
9 a 12 meses	8	24%	1	3%	0	0%	9
13 a 24 meses	15	46%	1	3%	4	12%	20
Total	27	82%	2	6%	4	12%	33

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento, Julio 2017.Sololá Guatemala.

Análisis: Se identifica que el 49% de las madres encuestadas que tienen hijos en las edades de 13 a 24 meses, tienen inadecuada práctica en la preparación de la consistencia de los alimentos, 27% de las madres con hijos en las edades de 9 a 12 meses también tienen una inadecuada practica en la preparación de la consistencia de los alimentos, el 12% de las madres que tienen hijos en las edades de 6 a 8 meses y el 12% de las madres con hijos en las edades de 13 a 24 meses preparan en consistencia adecuada los alimentos a sus hijos, teniendo una adecuada practica de alimentación complementaria en esas edades.

Tabla número 8.

¿De acuerdo a la edad del niño o niña con qué frecuencia le da la comida al niño o niña?

Edad	2 a 3 comidas por día		3 a 4 comidas por día		3 a 4 comidas al día		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
6 a 8 meses	3	9%	0	0%	0	0%	3
9 a 12 meses	9	28%	0	0%	0	0%	9
13 a 24 meses	20	63%	0	0%	0	0%	20
Total	32	100%	0	0%	0	0%	32

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento, Julio 2017.Sololá Guatemala.

Análisis: El 100% de las madres encuestadas reconocen que le da 2 a 3 comidas por día a sus hijos, reconocen que no practican darle 3 a 4 comidas por día, dato significativo ya que el mayor porcentaje las madres no tienen la práctica de darle otra comida más que el desayuno, almuerzo y cena que reconocen cotidianamente, esta práctica perjudica la ingesta diaria de alimentos. La ingesta diaria de alimentos es una práctica en la cual consumir alimentos energéticos y nutricionales, los individuos satisfacen sus necesidades periódicamente. Al omitir otras comidas al día, las madres no podrían estar aportando una serie de nutrientes esenciales para que su hijo obtenga un desarrollo en el crecimiento óptimo.

Tabla número 9.

¿De acuerdo a la edad del niño o niña qué cantidades de alimentos debe de consumir el niño en cada comida?

Edad	2 a 3 cucharadas, incrementar a 1/2 taza		1/2 vaso, taza o plato de 250 ml.		3/4 a un vaso, taza o plato de 250 ml		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
6 a 8 meses	4	13%	0	0%	0	0%	4
9 a 12 meses	4	13%	1	3%	0	0%	5
13 a 24 meses	4	13%	15	47%	4	13%	23
Total	12	39%	16	50%	4	13%	32

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento, Julio 2017. Sololá Guatemala.

Análisis: Las madres de niños de las edades de 6 meses a menores de 24 meses el 39% indican que los niños deben comer 2 a 3 cucharadas en cada comida. En las edades de 13 a 24 meses el 47% de las encuestadas indica que sus hijos deben de consumir 1/2 vaso o taza en cada comida, 13% de las madres con hijos en las edades de 13 a 24 meses responde que debe consumir 3/4 de taza o plato. Dato significativo porque algunas madres si identifican correctamente la cantidad de alimento que se le debe dar a su hijo y otras no, resalta el hecho que solo una madre responde durante la entrevista a que no le da de comer a su hijo de 6 a 8 meses porque no acepta la comida, ya que el niño no responde al acto de tragar por presentar Síndrome de Down.

Tabla número 10.

¿De acuerdo a la edad del niño o niña cuántas refacciones le da, en el día?

Edad	1 a 2 refacciones		No le da refacciones		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
6 a 8 meses	4	12%	1	3%	5
9 a 12 meses	7	21%	0	0%	7
13 a 24 meses	20	61%	1	3%	21
Total	31	94%	2	6%	33

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento, Julio 2017 Sololá Guatemala.

Análisis: El 94% de las madres reconoce que le da refacciones a sus hijos y 6% refiere que no le da refacciones. Dato de vital importancia pues aun queda un porcentaje que posiblemente desconoce que la práctica de alimentación complementaria para los niños de 6 meses a menores de dos años, deben incluirse dos refacciones por día, como lo indica la guía de alimentación para la población guatemalteca menor de dos años.

Tabla número 11.

¿Qué acciones utiliza para mantener los alimentos complementarios seguros?

Acciones para mantener los alimentos seguro (puede marcar más de una opción)	Frecuencia	Porcentaje
Lavarse las manos antes de preparar los alimentos y antes de darle de comer al niño.	33	18%
Lava correctamente las manos del niño antes de cada comida.	27	15%
Mantiene limpia la cocina y los utensilios para preparar y servir los alimentos.	20	11%
Separa los alimentos crudos de los cocidos.	15	8%
Cocina completamente los alimentos.	12	6%
Mantiene los alimentos a temperatura seguras (bien frios o bien calientes).	12	7%
Usa agua hervida o clorada para beber.	15	8%
Evita usar agua del chorro o de otras fuentes.	13	7%
Utiliza alimentos frescos.	10	5%
Servir al niño en su propia taza o plato.	27	15%
Total	184	100%

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento, Julio 2017.Sololá Guatemala.

Análisis: se identificó que el 18% de las madres se lava las manos antes de preparar los alimentos y antes de darle de comer al niño, otro 15% lava correctamente las manos del niño antes de cada comida, 11% de las madres mantiene limpia la cocina y los utensilios para preparar y servir los alimentos, 8% de las madres separa los alimentos crudos de los cocidos, 6% de las madres cocina completamente los alimentos , 7% de las madres mantiene los alimentos a temperatura segura, 8% de las madres usa agua hervida o clorada para beber, 7% de las madres evita usar agua del chorro o de otras fuentes, 5% de las madres utiliza alimentos frescos, datos

relevantes ya que en su mayoría las madres realizan acciones que previenen enfermedades gastrointestinales y respiratorias. El 15% de las madres entrevistadas manifiesta que al niño le sirve en su propia taza o plato, este dato es muy importante ya que con esto se motiva al niño a su autonomía en la alimentación, de otras fuentes, el resto de las madres utiliza método para el consumo de agua segura como lo son; hervir y clorar como indica las reglas de oro en la manipulación de alimentos.

Tabla número 12.

¿Además de la comida le continúa dando pecho a su niña o niño?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	31	94%
NO	2	6%
Total	33	100%
¿Al alimentar a su niño o niña, en qué momento le da pecho?	Frecuencia	Porcentaje
Primero comida y luego pecho.	10	30%
Primero pecho y luego comida.	23	70%
Total	33	100%

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento, Julio 2017.Sololá Guatemala.

Análisis: El 94% de las madres entrevistadas indica que aun le siguen dando pecho a su hijo, esto es correcto dentro de las guías alimentarias para la población guatemalteca en menor de dos años, pues la alimentación es complementaria y la lactancia debe de continuarse hasta que el niño ya no desee realizar esta práctica, Otros de los resultados obtenidos es que el 70% de las madres entrevistadas le da primero pecho y luego la comida dato relevante porque esta práctica es inadecuada para estos niños que las edades son de 13 meses a 24 meses de edad, con ellos la practica correcta es darle primero comida y luego pecho, el 30% entrevistadas indican que primero comida y luego pecho y para este porcentaje también es inadecuada la practica ya que esta población oscila en las edades de 6 meses a 11 meses de edad, en donde la practica correcta es darle primero pecho y luego comida.

Tabla número 13.

¿Usted le da pacha a su niño o niña?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	17	52%
NO	16	48%
Total	33	100%
Si su respuesta anterior es sí, ¿qué le da en la pacha?	Frecuencia	Porcentaje
Leche materna	0	0%
Leche de bote (artificial)	2	12%
Refrescos (gaseosas, jugos)	0	0%
Café	1	6%
Atoles	14	82%
Total	17	100%

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento, Julio 2017. Sololá Guatemala.

Análisis: Se obtuvo que el 48% de las madres entrevistadas no le da pacha a su niño, este dato es muy relevante ya que priorizan la lactancia materna y reconocen que esto puede ser un riesgo para la nutrición y salud de su hijo. A diferencia del 52% de las madres entrevistadas le da pacha a su niño y reconocen que le dan atoles, café y leche de bote, estas madres llenan la capacidad gástrica del niño y por lo tanto no aceptan alimentos complementarios porque ya se han llenado de líquidos con escasos valores nutritivos.

Tabla número 14.

¿De acuerdo a la edad del niño, en el servicio de salud le entregan vitaminas para el crecimiento de su niño o niña?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	21	64%
NO	12	36%
Total	33	100%

Si su respuesta a la pregunta anterior es sí. ¿Cuáles son?

Edad	Vitamina "A", (perla azul 100,000 UI)		Vitamina "A", (perla roja 200,000 UI)		Vitaminas Espolvoreadas		Zinc (Tabletas de 20 mg)		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
6 a 8 meses	6	28.57%	1	4.76%	2	9.52%	5	23.80%	13
9 a 12 meses	2	9.52%	0	0.00%	2	9.52%	3	14.28%	7
13 a 24 meses	3	14.28%	7	33.33%	3	14.28%	8	38.09%	21
Total	11	52.37%	8	38.09%	7	33.32%	16	76.17%	41

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento, Julio 2017. Sololá Guatemala.

Análisis: Se identifica que las madres entrevistadas el 64% si reconoce que le entregan vitaminas a su niña o niño y el otro 36% desconocen, dato relevante ya que nos indica que las madres en un porcentaje mayor tienen el conocimiento de

vitaminar a sus hijos. Sobresale que el 52% de las madres reconoce que se le entrega vitamina "A" de color azul (100,000 UI), 38% identifica que se le entrega vitamina "A" perla roja (200,000 UI), 32% menciona que le entregan sobrecitos de vitaminas (vitaminas espolvoreadas) cada seis meses, y el 77% de las madres encuestadas indico que le entregan pastillas blancas (zinc tabletas 20 mg), datos importantes porque las madres identifican la suplementación con vitaminas por parte del servicio de salud, funcionando positivamente el IEC en las comunidades que tienen a su cargo.

Tabla número 15.

¿Usted asiste al servicio de salud a pesar y tallar a su niña o niño?

Asistencia al Servicio de Salud	Frecuencia	Porcentaje
SI	26	79%
NO	7	21%
Total	33	100%
Si su respuesta a la pregunta anterior es sí ¿Con que frecuencia?	Frecuencia	Porcentaje
Cada mes	26	100%
Cada tres meses	0	0%
Cada seis meses	0	0%
Total	26	100%

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento, Julio 2017. Sololá Guatemala.

Análisis: el 79% de las madres entrevistadas indica que lleva a pesar y tallar a su niño al servicio de salud, dato de impacto pues al practicar esta acción reconoce el desarrollo del crecimiento de su hijo y la suplementación de vitaminas. El 21% de las entrevistadas no asisten a pesar y tallar a sus hijos mensualmente, al no realizar esta práctica este porcentaje desconocerá la ganancia de peso y talla de su niño y podría ponerlo en riesgo en su crecimiento, porque no buscara acciones en conjunto con el servicio de salud para que su niño se recupere. El 100% de las madres encuestadas que respondieron que acuden a pesar y tallar al servicio de salud lo realizan frecuentemente cada mes, esto es una práctica correcta porque en las edades de seis meses a menores de 24 meses el monitoreo de crecimiento es mensual.

Tabla número 16.

¿Cuándo su niño o niña se enferma, usted a dónde acude para solucionar el problema de salud?(puede marcar más de una opción).

Tipo de Servicio	Frecuencia	Porcentaje
Puesto de salud.	23	70%
Médico privado	1	3%
Tienda/farmacia	9	27%
Terapeuta maya/Terapeuta popular	0	0%
Total	33	100%

Fuente: Resultados de encuestas sobre prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo del crecimiento, Julio 2017.Sololá Guatemala.

Análisis: Los resultados obtenidos indican que el 70% de las madres va al puesto de salud cuando su niño se enferma, el 3% indica que asiste a médico privado, el 27% busca tienda o farmacia, 0% de la población acude con el terapeuta maya o terapeuta popular, dato relevante porque las madres buscan apoyo del servicio de salud donde se encuentra personal capacitado para solucionar los problemas de salud de sus hijos y en donde atenderán adecuadamente el problema de salud que el niño presente en el momento de la consulta.

Otra información obtenida es que llama la atención el hecho que no buscan apoyo de un terapeuta maya o terapeuta popular para solucionar los problemas de salud de sus hijos, llama la atención porque la comunidad es de etnia maya y entre sus aspectos culturales es el apego a sus prácticas y creencias ancestrales, pero que también es favorable porque no exponen a sus hijos a prácticas inadecuadas que podrían afectar la salud y vida de sus hijos.

XI. CONCLUSIONES

1. Las madres caracterizadas en el estudio fueron mayormente jóvenes, monolingües, analfabetas, casadas, amas de casa, sin otros ingresos porque no poseen ocupación que sea remunerada, con más de 1 hijo, que comprende en las edades de 13 a 24 meses.
2. Con relación a las prácticas de alimentación complementaria la mayoría de las madres tienen practicas inadecuadas pues inicia la alimentación complementaria a sus hijos después de los seis meses, preparan inadecuadamente la consistencia de los alimentos, incorrectamente le dan pecho y comida a sus niños de acuerdo a su edad, le dan pacha y en ella le dan atoles, café y leche de bote.
3. En las practicas adecuadas las madres en un porcentaje mayor reconocen que siguen dando pecho, le sirven 2 a 3 comidas al día a sus hijos, le sirven refacciones, realizan acciones del lavado de manos en la preparación de alimentos, mantienen limpia la cocina, separan los alimentos crudos de los cocidos, usan agua hervida o clorada para beber, y que sus hijos tienen su propia taza o plato en donde le sirven sus alimentos.
4. Las madres identifican y administran las vitaminas que entregan en el servicio de salud de la comunidad como vitamina A de color azul (100,000 UI) y color rojo (200,000 UI), sobrecitos de vitaminas (vitaminas espolvoreadas) y pastillas blancas (zinc tabletas 20mg).
5. Las madres tienen la práctica de llevar a control de peso y talla a sus hijos en el puesto de salud, con una frecuencia mensual y cuando sus hijos se enferman también los llevan.

XII. RECOMENDACIONES

1. Brindar información en salud, promoviendo campañas de información, educación y comunicación, como intervención para que las madres que asisten frecuentemente a los puestos y centros de salud, conozcan sobre los beneficios de la alimentación complementaria y prácticas adecuadas en la alimentación complementaria en niños, con énfasis en edades comprendidas de 6 a 24 meses.
2. Promover la atención de los usuarios en el idioma local con pertinencia cultural, logrando así que existan vías de comunicación efectivas entre el proveedor de salud y el usuario que asiste al servicio, cumpliendo con eficacia y eficiencia el derecho a la salud a toda la población que hablan un idioma maya.
3. Fomentar la práctica del monitoreo de crecimiento y desarrollo de niños, a las madres que aún no tienen este hábito, motivándolas a que realicen estas prácticas y logren desarrollar en ellas la responsabilidad e interés de la salud de sus niños y niñas.
4. Involucrar a organizaciones que se encuentran en el municipio se han estas gubernamentales o no gubernamentales para que en conjunto se logre disminuir casos en el municipio de niños retardo de crecimiento en las edades de 6 meses a menores de 2 años.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), INFORME. Los procesos indican que se puede derrotar el retraso en el crecimiento infantil. [En línea] 15 de 04 de 2013. [Citado el: 18 de 10 de 2016.] www.unicef.org/lac/media_25305.htm.
2. Messier, Marie Chantal. ¿Avanza la región de América Latina y el Caribe hacia el logro del objetivo del Desarrollo del Milenio sobre nutrición. [En línea] 06 de 2012. [Citado el: 18 de 10 de 2016.] [www.siteresources.worldbank.org>Resources.LCSHH](http://www.siteresources.worldbank.org/Resources.LCSHH).
3. Desnutrición mundial infantil. [En línea] Wordpress, 07 de 10 de 2012. [Citado el: 25 de 04 de 2016.] desnutricionmundialinfantil.wordpress.com/2012/10/07/la-desnutricion-un-serio-problema. 2,099.
4. Secretaría Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN). Mapeo y análisis de la desnutrición crónica en Guatemala VAM 2012. 2012.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y El Caribe: Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Washinton, D.C. : Paho, 2008. 978-92-75-33259-7.
6. Organización Mundial de la Salud. Alimentación Sana, World Health Organization. [En línea] 05 de 2015. [Citado el: 26 de 04 de 2016.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>. 394.
7. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). "La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud". Washinton D.C. : OPS, 2010. ISBN:978-92-75-33094-4.
8. Lorenzo, Jessica. Nutrición del niño sano. Rosario - Argentina : Corpus Libro, 2007. 1era. edición. 978-950-9030-43-5.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) Guatemala. Guías alimentarias para la población guatemalteca menor de dos años. Guatemala : Magna Terra, 2012 actualizado.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Normas de Atención en Salud Integral para el primer y segundo nivel. Guatemala : s.n., 2010. DRPAP.

11. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).Guía de uso de la Rueda de Prácticas para vivir mejor. Guatemala : s.n., 2016. AID-520-A-12-00005 con University Research Co.,LLC (URC).
12. Editora Educativa.Educación para el hogar Tercer curso. Guatemala : Editora Educativa, 2005.
13. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS).Retraso del Crecimiento en la niñez: Retos y Oportunidades. Ginebra : OMS, 2014. WHO/NMH/NDH/GRS/14.1.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la Desnutrición. Guatemala : PROSAN, 2009.
15. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS).Patrones de Crecimiento del Niño la OMS: Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Washington, DC, EUA. : s.n., 2009. 978-92-75-32956-6.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).Protocolo para el tratamiento ambulatorio de niños con desnutrición aguda severa sin complicaciones en la comunidad. Guatemala : PROSAN, 2009.
17. Organización Mundial para las Naciones Unidas (OMS). Estadística y Nutrición. [En línea] Word Reference, 17 de Junio de 2015. [Citado el: 03 de Junio de 2016.]
18. Yesmina Cruz Agudo, Andrew D.Jones, Peter R.Berti, Sergio Larrea Macias.Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes Bolivia. Bolivia : Cornell University, 2010.
19. Alvarado Beatriz Eugenia, Tabares Rosa Elizabeth , Delisle Helene, Zunzunegui Maria-Victoria.Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. Colombia : ISSN 0004-0622, 2005.
20. Davila Munduante, Andrea Priscila."Evaluación del Estado Nutricional de niños menores de cinco años que asistieron al Centro de Salud del Departamento de Petén de Junio a Agosto del 2013". Petén Guatemala : Universitaria, 2013.
21. Sánchez Cacacho De Rivas, Alejandra.Prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 a 11 meses 29 días de edad que asistieron al centro de salud. Sacatepéquez, Guatemala : s.n., 2015.

22. Plata Elias, Gloria Maritza."Factores Sociales y Culturales que influyen en el Estado Nutricional de los niños de dos meses a tres años de edad del Municipio de Almolonga, Departamento de Quetzaltenango". Quetzaltenango, Guatemala : s.n., 2011. 1.
23. Figueroa Girón, Maria Alejandra.Adherencia de las prácticas alimentarias en niños (as) menores de 5 años con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Quetzaltenango, Guatemala : s.n., 2014.
24. Maldonado Soch, Claudia Alejandra.Cumplimiento de las recomendaciones de la lactancia materna y alimentación complementaria y los factores relacionales, individuales y materiales que influyen en la aplicación de esta por parte de madres trabajadoras de niños menores de 2 años del área urb. Quetzaltenango, Guatemala : s.n., 2011.
25. García De León, Cecilia Mercedes."Prácticas de Alimentación Complementaria en niños menores de un año de edad de la comunidad del Tablón del Municipio de Sololá". Solola, Guatemala : s.n., 2011. 1.
26. González Martínez, Marilyn Mariel,.Prevalencia de desnutrición infantil y relación con factores socio-económicos. Sololá, Guatemala : s.n., 2015.
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)/Instituto Nacional de Estadística (INE)/Secretaría General de Programación y Planificación de la Presidencia (SEGEPLAN).VI. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala : s.n., 2015.
28. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)/ Wendy Wisbaum.La Desnutrición infantil, causas y consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. España : Punto&coma, 2011.
29. Alvarado Mazariegos, Julia Alejandra."Evaluación de la Operativización de la Norma de Suplementación con zinc en niños menores de 6 a 59 meses de edad con Retardo de Crecimiento". Quetzaltenango Guatemala : s.n., Septiembre 2013.
30. Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS).Documento: Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington D.C. : s.n., 2003.

31. Grupo Oceano. Diccionario Enciclopédico. . Barcelona España : Oceano. 978-84-494-4600-9.
32. Larousse. Diccionario Enciclopédico. [En línea] Farlex, 2009. [Citado el: 29 de 07 de 2016.] <http://es.thefreedictionary.com/maleficiencia.1>.
33. Principios Éticos de Enfermería. [En línea] [Citado el: 29 de 07 de 2016.] <http://www.pol.una.py/sites/default/files/bienestar/PRINCIPIOS%20ETICOS%20DE%ENFERMERIA.Pdf..>
34. Romero Luis, Mirna Faviola. Evaluación de los cuidados en la alimentación que brindan las madres adolescentes a niños de 6 a 24 meses de edad, del municipio de San Miguel Sigüila, Quetzaltenango, Guatemala. Quetzaltenango : s.n., 2017.
35. (USAID), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Diplomado Nutrición Materno Infantil en los primeros 1,000 días de vida. Guatemala : s.n., 2016.

XIV. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Actualmente curso el último año de la carrera de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, y como parte de la formación académica, estoy realizando la tesis de graduación sobre:

“Prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo de crecimiento, en los caseríos de Chuisamayac, Xolquila y Chinima, Aldea Tzampoj del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán Sololá”.

En esta investigación como su nombre lo indica participaran las madres de los niños que tienen retardo de crecimiento. Se le informa que el estudio es totalmente voluntario, y que la información será completamente anónima, manejada con carácter confidencial dentro de los criterios de la ética. Puede retirarse en cualquier momento si usted así lo desea.

Firmo de conformidad después de haber recibido la información necesaria sobre mi participación en la investigación y después de haber aclarado dudas cerca de la misma.

Entrevistador

Entrevistado

Boleta Núm. _____

Cuestionario

Prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo en el crecimiento, en los caseríos de Chuisamayac, Xolquila y Chinima, Aldea Tzampoj del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán Sololá.

Objetivo: Determinar las prácticas de alimentación complementaria que realizan las madres en niños de 6 meses a menores de 2 años con retardo del crecimiento.

Responsable: Juana Ramírez Chávez Estudiante de la Licenciatura en Enfermería.

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas, marque con una X en el cuadro que corresponde a la respuesta que considere correcta. (34)

Serie I. Características sociodemográficas de las madres y cuidadoras.

1. ¿Cuántos años tiene la madre? _____

2. ¿Grupo étnico al que pertenece?

Garífuna

Xinca

Mestiza

Maya

3. ¿Idiomas que habla?

Kiché y español

Solo Kiché

Solo español

4. Escolaridad :

Ninguno

Primaria

Básico

Diversificado

Universitario

5. Estado civil:

Casada

Soltera

6. Ocupación:

Ama de Casa

Trabaja fuera de la casa

7. ¿Trabaja actualmente?

Si

No

8. Si su respuesta anterior es Si ¿Cuánto gana al mes?

Q.400.00 – Q.500.00

Q.600.00 – Q.700.00

Q.800.00 – Q.900.00

Q.1,000.00 o más

9. ¿Cuántos hijos tiene?

1 a 2

3 a 4

5 a 7

8 a más

10. ¿Qué edad tiene su último hijo?

De 6 meses a 8 meses

De 9 meses a 12 meses

De 13 meses a 24 meses

SERIE II.

Prácticas de alimentación complementaria de niños de 6 meses a menores de 2 años.

11. ¿A qué edad inició usted a darle alimentación complementaria a su hijo?

Antes de los 6 meses

A los 6 meses

Después de los 6 meses

12. ¿De acuerdo a la edad del niño o niña, en que consistencia le prepara sus alimentos?

Edad del niño	Papillas, alimentos aplastado, machacado, suaves y espesos	Alimentos Picados, cortados en trocitos pequeños	Alimentos picados, cortados o enteros
6 a 8 meses			
9 a 12 meses			
13 a 24 meses			

13. ¿De acuerdo a la edad del niño o niña con qué frecuencia le da la comida al niño o niña?

Edad	2 a 3 comidas por día	3 a 4 comidas por día	3 a 4 comidas al día
6 a 8 meses			
9 a 12 meses			
13 a 24 meses			

14. ¿De acuerdo a la edad del niño o niña qué cantidades de alimentos debe de consumir el niño en cada comida?

Edad	2 a 3 cucharadas, incrementar a ½ taza	½ vaso, taza o plato de 250 ml.	¾ a un vaso, taza o plato de 250 ml.
6 a 8 meses			
9 a 12 meses			
13 a 24 meses			

15. ¿De acuerdo a la edad del niño o niña cuántas refacciones le da, en el día?

Edad	1 a 2 refacciones	1 a 2 refacciones	1 a 2 refacciones
6 a 8 meses			
9 a 12 meses			
13 a 24 meses			

16. ¿Qué acciones utiliza para mantener los alimentos complementarios seguros? (puede marcar más de una opción)(35)

- Lavarse las manos antes de preparar los alimentos y antes de darle de comer al niño
- Lava correctamente las manos del niño antes de cada comida
- Mantiene limpia la cocina y los utensilios para preparar y servir los alimentos
- Separa los alimentos crudos de los cocidos
- Cocina completamente los alimentos
- Mantiene los alimentos a temperaturas seguras (bien fríos o bien calientes)
- Usa agua hervida o clorada para beber
- Evita usar agua del chorro o de otras fuentes
- Utiliza alimentos frescos
- Servir al niño en su propia taza o plato

17. ¿Además de la comida le continúa dando pecho a su niña o niño?

Si

No

Porqué: _____

18. ¿Al alimentar a su niño o niña, en qué momento le da pecho?

Primero comida y luego pecho

Primero pecho y luego comida

19. ¿Usted le da Pacha a su niño o niña?

Si

No

20. Si su respuesta anterior es sí, ¿qué le da en la pacha?

Leche materna

Leche de bote (artificial)

Refrescos (gaseosas, jugos)

Café

Atoles

21. ¿De acuerdo a la edad del niño, en el servicio de salud le entregan vitaminas para el crecimiento de su niño o niña?

Si

No

22. Sí su respuesta a la pregunta anterior es sí, ¿Cuáles son?

Edad	Vitamina "A", (perla azul 100,000 UI)	Vitamina "A", (perla roja de 200,000 UI)	Vitaminas Espolvoreadas	Zinc (Tabletas 20 mg.)
6 a 8 meses				
9 a 12 meses				
13 a 24 meses				

23. ¿Usted asiste al servicio de salud a pesar y tallar a su niña o niño?

Si

No

24. Si su respuesta a la pregunta anterior es sí ¿con que frecuencia?

Cada mes

Cada tres meses

Cada seis meses

25. ¿Cuándo su niño o niña se enferma, usted a donde acude para solucionar el problema de salud? (puede marcar más de una opción)

Puesto de salud

Médico privado

Tienda/ farmacia

Terapeuta maya/Terapeuta Popular