

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

PERFIL DE SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS MENORES DE 2 AÑOS EN LA ALDEA LOS VERDES.

FRAIJANES, GUATEMALA, JULIO 2018.
TESIS DE GRADO

AURA ROSARIO RUÍZ EGUIZABAL
CARNET 10398-12

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

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

PERFIL DE SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS MENORES DE 2 AÑOS EN LA ALDEA LOS VERDES.

FRAIJANES, GUATEMALA, JULIO 2018.
TESIS DE GRADO

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

POR
AURA ROSARIO RUÍZ EGUIZABAL

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

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
DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. JESSICA JUDITH CASTAÑEDA REYES

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. EDGAR ENRIQUE CHAVEZ BARILLAS
MGTR. JUAN BELISARIO CABALLEROS ORDOÑEZ
LIC. MARÍA MERCEDES VIDAL BLANDING DE GONZÁLEZ



**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, agosto de 2018

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: "PERFIL DE SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS MENORES DE 2 AÑOS EN LA ALDEA LOS VERDES. FRAIJANES, GUATEMALA, JULIO 2018", de la estudiante **Aura Rosario Ruiz Eguizabal** con **carne N° 1039812**, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,


Dra. Jessica Castañeda Reyes
Ginecóloga y Obstetra
Cul. 11,012

Dra. Jessica Judith Castañeda
ASESORA DE INVESTIGACIÓN

CC/

- Archivo
- Gestor Académico de FCS



Universidad
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

No. 091003-2018

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante AURA ROSARIO RUÍZ EGUIZABAL, Carnet 10398-12 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09696-2018 de fecha 20 de agosto de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

PERFIL DE SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS MENORES DE 2 AÑOS EN LA ALDEA LOS VERDES.

FRAIJANES, GUATEMALA, JULIO 2018.

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 24 días del mes de agosto del año 2018.



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

DEDICATORIA

A Dios y la Virgen del Rosario

Por permitir culminar uno de mis grandes anhelos, porque durante el transcurso de mi carrera, he recibido ayuda y bendiciones.

A mis padres Máximo Gustavo Ruiz Campos y Aura Dolores Eguizabal

Gracias por cada momento de comprensión y amor. Porque siempre animaron mis anhelos y metas, toda una vida no será suficiente para agradecerles.

A mis hermanos Juan Gustavo y Luis Alberto

Por toda la ayuda incondicional brindada durante mi carrera y por creer ciegamente en mí, son los mejores.

A mi sobrina Isabela del Rosario

Gracias por ser mi fuente de inspiración, por traer más felicidad y alegría a mi vida. Con todo mi amor para ti.

A mis cuñadas

Gracias por el apoyo, con mucho cariño.

A mi Alma Máter, la Universidad Rafael Landívar

Por ayudarme en la formación de ser una profesional de servicio para los demás.

Para todos aquellos que me brindaron su amistad, apoyo y ayuda.

Con aprecio sincero.

RESUMEN

Antecedentes: uno de los principales problemas registrados en la infancia, lo constituye el déficit de salud y una elevada prevalencia de enfermedades infecciosas (principalmente diarreas e infecciones respiratorias); considerando que los primeros 1000 días de vida son los más importantes en el desarrollo de un niño.

Objetivo: determinar el perfil de salud de los menores de dos años de la Aldea Los Verdes, Fraijanes; Guatemala.

Diseño: descriptivo, transversal.

Materiales y métodos: se visitaron a los menores de 2 años de la Aldea Los Verdes, en donde se les realizó una encuesta a las madres y una evaluación antropométrica a los niños. Se construyeron variables para conocer el perfil de salud así como los conocimientos y prácticas en temas de higiene, alimentación complementaria y lactancia materna. Se calcularon promedios e intervalos de confianza al 95%.

Resultados: se evaluaron 50 madres y 53 niños menores de 2 años. El 22.6% fueron diagnosticados con desnutrición crónica y el resto con estado nutricional normal. El 96% de las madres no tienen buenos conocimientos ni buenas prácticas sobre aspectos de higiene, salud y alimentación en los menores de dos años.

Conclusiones: el perfil de salud de los menores de 2 años de la Aldea Los Verdes es adecuado según su edad; sin embargo, la mayoría de las madres entrevistadas no tienen buenos conocimientos ni prácticas sobre higiene y aspectos de salud en los menores de 2 años.

Palabras clave: evaluación nutricional, alimentación complementaria, lactancia materna, signos de peligro en niños, dieta mínima aceptable.

ÍNDICE

•	Introducción	1
•	Marco teórico	
○	Perfil de salud	2
○	Seguridad alimentaria y nutricional	2
○	Componentes de la seguridad alimentaria	3
○	Ejes transversales de la seguridad alimentaria	4
○	Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño	4
○	Alimentación del lactante y niño pequeño	5
○	Lactancia materna	6
○	Alimentación complementaria	7
○	Evaluación de prácticas de alimentación	8
○	Lavado de manos	9
○	Desnutrición infantil	10
○	Causas de desnutrición infantil	10
○	Tipos de desnutrición	11
○	La desnutrición infantil en el mundo	12
○	Indicadores antropométricos	13
○	Desnutrición infantil en Guatemala	14
○	Vigilancia epidemiológica de desnutrición	14
•	Objetivos	16
•	Diseño de estudio	17
•	Población	17
•	Marco muestral	17
•	Metodología estadística	17
•	Indicadores (variables)	18
•	Técnicas e instrumentos	23
•	Procedimiento	24
•	Alcances y límites	25
•	Aspectos éticos	25
•	Resultados	26
•	Análisis y discusión de resultados	39
•	Conclusiones	43
•	Recomendaciones	43
•	Referencias bibliográficas	44
•	Anexos	48

INTRODUCCIÓN

Un perfil de salud constituye una herramienta práctica proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, en donde se cuenta con un resumen de datos e información relacionada que describe la salud y sus factores determinantes para una población dada, en este caso lo constituye una población cercana a la Ciudad de Guatemala; con diferencias evidentes en cuanto a los temas de salud y enfermedad. La salud de la población estudio se debe fundamentar en una serie de indicadores o mediciones clave del problema en salud. Uno de los mayores problemas registrado en la infancia, principalmente en países en vías de desarrollo, constituye el déficit en el estado nutricional. La transición de la lactancia materna a la alimentación complementaria (que constituye entre los 6 y 24 meses de edad) constituye una fase vulnerable, ya que es uno de los factores que contribuye principalmente al desarrollo de desnutrición. Según la Encuesta de Salud y Nutrición que realiza el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) únicamente un 56% de los niños comprendidos entre estas edades, tienen acceso a una alimentación complementaria adecuada; lo que se ve traducido en las elevadas tasas de desnutrición. (4, 10)

Los indicadores del estado nutricional no sólo se limitan a reflejar las condiciones de salud en las que se desarrolla una población, en este caso los niños menores de dos años; sino también son estimadores de los niveles de pobreza y limitantes del desarrollo que presenta una población específica; asimismo, los niveles nutricionales predicen los niveles de morbilidad y mortalidad que se puedan presentar. Se debe tomar en cuenta que esto es trabajo conjunto entre el sistema de salud y la población a la que va dirigida, ya que el Personal de Salud es el encargado de brindar la educación adecuada sobre alimentación complementaria, sobre lactancia materna y de ayudar a que todas los planes emprendidos se implementen y complementarlo con acciones que ayuden a mejorar el estado nutricional de los niños. (11)

Por ello, se consideró importante realizar este estudio, en una comunidad con presencia de personal de salud, ya que se enfatizó en determinar la prevalencia de las enfermedades diarreicas así como las infecciones respiratorias agudas, el estado nutricional del niño y asociarlo a los conocimientos y prácticas que tienen las madres con aspectos de higiene y salud (signos de peligro, alimentación complementaria, lactancia materna y dieta mínima aceptable); considerando que los primeros 1000 días de vida de los niños son los más importantes para su crecimiento y desarrollo en el resto de su infancia.

MARCO TEÓRICO

Perfil de salud

Un perfil de salud se define como un resumen de información y datos relacionados que describe los factores determinantes en salud de una población dada. Esto se fundamenta en una serie de indicadores sobre asuntos clave en salud. Para desarrollarlo, es necesario crear el marco del perfil, que describe la relación entre los indicadores del perfil y brindar conclusiones sobre la descripción de la salud de un lugar específico. Los datos necesarios para la creación de un perfil, se pueden resumir de la siguiente manera: (1,2)

- Datos específicos según sexo y otras variables (1)
- Investigación reciente y bibliografía académica; así como datos oficiales del gobierno (1)
- Personal que comprenda la dinámica de la población y que tiene conocimientos sobre el área práctica (1)
- Representantes que conozcan a la comunidad (1)
- Interpretación de datos según el contexto específico (1)

Algunos de los objetivos que pretende cumplir el perfil de salud, una vez completado, son:

- Ayudar al gobierno local, servicios de salud y a la población a conocer su realidad. (1)
- Tomar decisiones con base a los resultados obtenidos. (1)
- Identificar áreas de intervención, población prioritaria y grupos vulnerables. (1)

Seguridad alimentaria y nutricional

Definición

El concepto de seguridad alimentaria y nutricional surge como consecuencia de las manifestaciones de la mala nutrición y alimentación de la población; incluidos el retardo del crecimiento físico, la baja productividad, la deficiencia en el desarrollo mental y los elevados índices de morbilidad/mortalidad infantil. Por lo que las diferentes organizaciones dedicadas a su estudio la definen como "Un estado en el cual las personas gozan de forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social a los alimentos que se necesitan; en cantidad y calidad, para un adecuado uso biológico y consumo, garantizando un estado de bienestar general que complemente al logro del desarrollo". (10) Por lo tanto, se puede considerar a la seguridad alimentaria y nutricional desde cuatro puntos de vista:

- *Derecho*: por establecer el acceso a una alimentación suficiente y adecuada. (10)
- *Estrategia*: es un medio para lograr los objetivos de desarrollo humano.
- *Política*: es un fundamento para lograr el combate de la pobreza y las inadecuadas condiciones de vida. (10)
- *Propósito*: por ser una meta indispensable para la mejoría de la calidad de vida de la población. (10)

Componentes de la seguridad alimentaria y nutricional

Derivado de la definición anteriormente mencionada, se considera que la seguridad alimentaria y nutricional consta de cinco componentes principales, que lo convierten en un proceso dinámico y que determinan el desempeño en el que se desenvuelve para el diseño de políticas. Los cinco componentes son: (11)

- *Disponibilidad*: implica garantizar la existencia de suficientes alimentos; obtenidos por medios internos, por importaciones o por ayuda. Su carácter es netamente productivo. Ayuda a impulsar políticas en favor de:
 - Fomentar producción eficiente y competitiva de alimentos.
 - Integrar comercios regionales e internacionales.
 - Utilizar de forma eficiente los recursos naturales. (11)
- *Acceso*: implica lograr las condiciones de inclusión social y económica para garantizar el derecho de alimentación en toda la población en situación de vulnerabilidad. Su aplicación ayuda a fomentar el empleo, lograr mejor fuente de ingresos y fortalecer los activos productivos. (11)
- *Estabilidad*: se refiere a asegurar el suministro de los alimentos y el acceso a ellos de forma continua y estable todo el tiempo. Por lo tanto, se deben identificar grupos vulnerables así como proveerles herramientas que les permitan manejar los riesgos. (11)
- *Uso o aprovechamiento biológico*: incluye las intervenciones públicas que generen condiciones básicas de salud para la población, saneamiento de viviendas, acceso de agua potable, educación nutricional, inocuidad de los alimentos y revalorización de patrones de consumo. (11)
- *Institucionalidad*: es la unión de todas las intervenciones de política llevadas a cabo por un ente rector. Debe vigilar por la visión integral y multisectorial, planificación, monitoreo y ejecución de todos los proyectos. Requiere la implementación de programas de capacitación y fortalecimiento. (11)

Ejes transversales en la seguridad alimentaria

Se refiere a los temas de los cuales su contenido debe ser aplicado de manera integral, apropiada e intrínseca en los temas de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Fundamentalmente, son los que se encuentran presentes en el marco de la política de la seguridad alimentaria y nutricional, y son los siguientes: (11,12)

- *Ambiente*: se refiere a la actuación oportuna y propia en favor de la conservación y restablecimiento de las condiciones ambientales; garantizando la sostenibilidad que conserven la capacidad de auto reproducción de los ecosistemas naturales. (12)
- *Priorización de población vulnerable*: se refiere a la población cuya capacidad de respuesta es limitada ante cierto evento, lo que condiciona que se encuentren en riesgo. Tales características deben priorizar a:
 - Niños y niñas menores de 3 años.
 - Mujeres embarazadas y lactantes, especialmente si están dentro del rango de pobreza.
 - Grupos sociales en situación de extrema pobreza.
 - Población con características especiales: ancianos, pacientes con desnutrición, inmunodeprimidos y discapacitados. (12)
- *Salud*: se menciona con el objetivo de que la población tenga el acceso a sustancias nutritivas y que tengan el mejor aprovechamiento en los alimentos que ingieren. (12)
- *Vulnerabilidad ante desastres*: se refiere a la probabilidad de disminución de la producción y acceso a los alimentos; debido a la reducida capacidad de respuesta ante situaciones imprevistas. (12)
- *Agua potable apta para el consumo humano*: es agua que ha sido sometida a algún proceso de purificación y que su calidad permite que sea utilizada para la producción de alimentos y consumo humano. (12)

Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño

En el año 2002, el Fondo de Naciones Unidas para Infancia y la Asamblea Mundial de Salud adoptaron dicha estrategia con el propósito de revitalizar la atención hacia el impacto que tiene el conocimiento sobre alimentación complementaria hacia el estado nutricional, los patrones de crecimiento y desarrollo, así como sobrevivencia de lactantes y niños pequeños. Junto con la Organización Mundial de la Salud, se definieron dos ejes principales para el cumplimiento de la estrategia a nivel mundial: (9)

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, sin ningún otro tipo de líquidos o sólidos, con excepción de medicamentos. (9)

- Inicio de la alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad, para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años. (9)

Alimentación del lactante y niño pequeño

La importancia de la alimentación y las prácticas recomendadas

La alimentación equilibrada es aquella forma de nutrición que aporta alimentos en cantidades variables según los requerimientos y condiciones personales. El consumo debe ser suficiente, natural y equilibrado; ya que la calidad de vida depende de los nutrientes incluidos en la alimentación, lo que permite el adecuado crecimiento y la realización de funciones biológicas. La alimentación incluye el proceso de modificación, preparación e ingesta de los productos, pero siempre consciente que es susceptible a variación. (17)

Actualmente, hay presencia de normas escritas que respaldan el trabajo para mejorar la alimentación y las prácticas recomendadas de acuerdo a los grupos de edad: (18)

Alimentación saludable para bebés desde el nacimiento hasta los 3 meses

1. Alimentar al bebé exclusivamente con leche materna o fórmula enriquecida con hierro sólo por los primeros seis meses de vida.
2. Identificar las señales de saciedad: dejar de succionar, rechazar el pezón, la leche se volca en la boca del bebé y si cierra los labios.
3. Identificar signos de hambre: proyección labial, succionar los dedos o el puño, irritabilidad y mover extremidades de forma exaltada.
4. La leche materna se puede almacenar así: Temperatura ambiente por 3-4 horas, refrigerador entre 48-72 horas y congelador hasta 6 meses.
5. Si el bebé consume fórmula, se deben seguir las instrucciones de la etiqueta. Si no se lo termina en una hora, tirar el resto. Se puede almacenar: temperatura ambiente por 2 horas y refrigerador por 24 horas. (18)

Alimentación saludable para bebés de 4 a 11 meses

1. Alimentar al bebé con leche materna o fórmula exclusivamente por los primeros 6 meses.
2. A los seis meses, se recomienda iniciar con la alimentación complementaria, ofrecer sólo un ingrediente primero y esperar entre 2-3 días para ofrecer alimentos nuevos.
3. Introducir cereal de arroz enriquecido con hierro primero y luego cereal de avena. Ofrecer frutas y verduras en puré o trituradas; así como naturales.

4. A los ocho meses, puede empezar a usar una taza con pajilla y que sea agua sin colorantes.
5. Animar al bebé a empezar a comer con las manos los bocados simples.
6. Se pueden empezar a complementar carnes, siempre en forma de puré. (18)

Alimentación saludable para niños de 1 a 5 años

1. Comenzar con porciones de acuerdo a la edad.
2. Enseñar a comer despacio y animar para que coma toda la porción.
3. Se debe tratar de incluir leche, frutas, verduras, cereales o pan, carnes o sustitutos de la carne; siempre en porciones de acuerdo a su edad.
4. Prestar atención a los signos de saciedad y de hambre.
5. Cuando se ofrezca un alimento nuevo, combinar una comida conocida con una nueva; alternando los bocados entre una y otra.
6. No ofrecer postres con demasiada frecuencia. (18)

Lactancia Materna

La lactancia materna es un sistema de estructura de tres fases: emulsión-glóbulos de grasa, suspensión-micelas de caseína y solución-constituyentes hidrosolubles. A lo largo de la toma completa, el lactante recibe un producto dinámico, variable; de diferentes características y ajustadas a sus requerimientos específicos. Según cada fase: (18,19)

- *Fracción emulsión:* es la fase lipídica de la leche humana en donde se encuentran los aceites, grasas, ácidos grasos libres, vitaminas y los otros componentes liposolubles. La grasa se encuentra envuelta en forma de glóbulos por una membrana fosfolipídica originada en la célula alveolar. Esto ayuda a que se eviten las interacciones indeseables, maximizar los procesos de digestión y absorción así como permitir la existencia de grasa y lipasa. (19)
- *Fracción suspensión:* sus principales componentes son las proteínas, calcio y fósforo. Su función primordial es nutricional, para ofrecer el crecimiento estructural del lactante. (19)
- *Fracción solución:* son las sustancias hidrosolubles, considerado el suero de la leche. Compuesto por agua (principal componente, cubierto a demanda), proteínas del suero (inmunoglobulinas, enzimas, factores de crecimiento y componentes antiinflamatorios), factores protectores y carbohidratos. (19)

Alimentar al bebé con lactancia materna es la práctica óptima para el adecuado crecimiento, tiene beneficios tanto para el lactante como para la madre. Sin embargo, algunas de sus contraindicaciones son: niños con galactosemia, malabsorción congénita de glucosa-galactosa, deficiencia primaria de lactosa, madre con Virus de la Inmunodeficiencia Humana y madres con virus de la leucemia humana de células T. Los medicamentos que están totalmente contraindicados de recetar durante este período son: la fenindiona, la amiodarona, los derivados del ergot y los yoduros. (19)

Alimentación complementaria

La alimentación complementaria consiste en incorporar al lactante a partir de los 6 meses de edad otros alimentos diferentes a la leche materna o fórmula, pero siempre que sean complementarios a ésta. Los alimentos por sí mismos no constituyen una dieta completa, pero deben cumplir con requerimientos y administrados en cantidades adecuadas para que el lactante continúe con su crecimiento y desarrollo. Los principios básicos para desarrollar alimentación complementaria son: (18,20)

Práctica de lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad

Se debe cumplir este tiempo que en total son 180 días, ya que protege al lactante de enfermedades gastrointestinales y transmitidas por alimentos; así como aportar la cantidad necesaria de nutrientes para el crecimiento adecuado del lactante, lo que favorece la maduración del sistema digestivo. (20)

Iniciar a los 6 meses de edad la introducción de los alimentos en cantidades pequeñas

A los 6 meses se produce un déficit de energía en el lactante, por el mayor aporte energético. Se debe introducir la alimentación complementaria en el lactante, en pequeñas cantidades y un alimento por vez, siempre teniendo el aporte de la lactancia materna o de la fórmula. (20)

Continuar la lactancia materna mientras se inicia la alimentación complementaria

La lactancia materna aporta el 50% o más de los requerimientos de energía y nutrientes del lactante entre los 6-12 meses de edad. La alimentación complementaria brinda un aporte adicional de energía y nutrientes; y es un factor protector contra la desnutrición. (20)

Aumentar la consistencia y variedad de los alimentos conforme crece el lactante, adaptándose a sus necesidades y habilidades

Se debe iniciar con alimentos de consistencia blanda. A los 12 meses, debe consumir los mismos alimentos que la familia y se deben evitar los alimentos de consistencia muy líquida, por el poco valor nutritivo. (20)

Aumentar gradualmente el número de tiempos de comida del lactante

Se debe incluir un alimento nuevo a la vez, por tres días; y continuar así con cada alimento nuevo. Esto se hace con el objetivo de identificar si algún alimento causó algún tipo de molestia o provocó alguna reacción. La lactancia materna debe continuar hasta los 24 meses. De los 6 a los 8 meses, debe recibir de 2 a 3 tiempos de comida por día y a los 12 meses, debe realizar de 3 a 4 tiempos. (20)

Practicar la alimentación perceptiva

Es el conjunto de principios que los padres o cuidadores del niño le brindan en su cuidado psicosocial y físico; es decir, el cómo, dónde, cuándo y quién lo alimenta. Se debe alimentar al lactante directamente respondiendo a sus signos, alimentar con paciencia y despacio así como experimentar con diversas combinaciones/métodos para evitar rechazo de los alimentos. Siempre recordar la higiene al preparar y brindar los alimentos. (20)

Indicadores para evaluación de las prácticas de alimentación complementaria

Los indicadores han sido descritos por la Organización Mundial de la Salud, que son un grupo fácil de medir, válidos y fidedignos para la evaluación de las prácticas de alimentación complementaria. Son utilizados principalmente para: Evaluación, Definición de grupos objetivo y Monitoreo/evaluación. Los indicadores evaluados se agrupan de la siguiente manera: (17)

1. Inicio de la lactancia materna: dentro del plazo de una hora después de su nacimiento. (17)
2. Lactancia materna exclusiva: durante sus primeros 0-5 meses de vida. (17)
3. Lactancia materna continua: en la edad de 12-15 meses. (17)
4. Introducción de alimentos complementarios: lactantes de 6-8 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos y suaves. (17)
5. Frecuencia de comidas: niños amamantados y no amamantados entre 6-23 meses de edad que recibieron alimentos el número mínimo recomendado. (17)
 - a. 2 veces para niños entre 6-8 meses
 - b. 3 veces para niños entre 9-23 meses
 - c. 4 veces para niños entre 6-23 meses (que no son amamantados)

6. Dieta mínima aceptable: niños entre 6-23 meses de edad que reciben dieta aparte de la leche materna. (17)
7. Alimentos ricos o fortificados con hierro: niños entre 6-23 meses de edad. (17)

Figura 1. Criterios sobre evaluación de las prácticas de alimentación complementaria

CUADRO 1. CRITERIOS QUE DEFINEN LAS PRÁCTICAS SELECCIONADAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL

Práctica Alimentaria	Requiere que el lactante reciba	Permite que el lactante reciba	No permite que el lactante reciba
Lactancia materna exclusiva	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza)	SRO, gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas)	Cualquier otra cosa
Lactancia materna predominante	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) como la fuente predominante de alimentación	Ciertos líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y SRO, gotas o jarabes (vitaminas, minerales, medicinas)	Cualquier otra cosa (en particular, leche de origen no humano, alimentos líquidos o licuados)
Alimentación complementaria ^a	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) y alimentos sólidos o semisólidos	Cualquier cosa: cualquier comida o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica
Lactancia materna	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza)	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica
Alimentación con biberón	Cualquier líquido (incluyendo leche materna) o alimento semisólido proporcionado mediante un biberón con tetina	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica

Lavado de manos

El lavado de manos es una estrategia de fácil aplicación y en el que la Organización Mundial de la Salud ha establecido como clave para evitar transmisión de enfermedades infecciosas. Está determinada la diferencia entre el lavado de manos en casa así como el institucional para trabajadores de salud. Los momentos del lavado de manos en casa son:

- *Primer momento:* después de ir al baño y cambiar el pañal.
- *Segundo momento:* al manipular, preparar y ofrecer alimentos.
- *Tercer momento:* antes de comer.
- *Cuarto momento:* después de estar en contacto con alimentos contaminados.

La Desnutrición Infantil

Definición

La desnutrición es una condición patológica inespecífica, reversible y sistémica que es producto de la utilización deficiente de los nutrientes por las células del organismo. Se dice también que representa las consecuencias bioquímicas y físicas de una ingestión insuficiente de alimentos a largo plazo. Se considera como una cadena de eventos, que va desde la inseguridad alimentaria al hambre y finalmente a la desnutrición. En el año 2000, se estimó que un 26.7% de los preescolares de países en vías de desarrollo tenía un bajo peso para la edad y un 32.5% presentaba talla corta para la edad. (8)

Causas de desnutrición infantil

Básicamente, las causas de la desnutrición infantil se pueden dividir de la siguiente manera:

Desnutrición primaria

Se refiere a la que está producida por subalimentación, es decir, por la deficiencia en calidad y cantidad de los alimentos consumidos. Este tipo de desnutrición está afectado principalmente por factores externos y el entorno que rodea al paciente. Se dice que constituye el 90% de las causas que se observan en todos los países. Va determinado por condiciones como: alimentación pobre, falta de higiene, alimentación absurda y fallo en la técnica de alimentación del niño. (8,9)

Desnutrición secundaria

Es la que se produce por alguna enfermedad o patología de base que altere la absorción intestinal en el niño, lo que predispone a una pobre biodisponibilidad de los alimentos y lleva a incremento de los requerimientos energéticos. Algunas de las patologías se detallan en la Tabla 1. (8)

Tabla 1. Enfermedades que predisponen a desnutrición secundaria	
Defecto en absorción intestinal	Reflujo gastro-esofágico Gastritis atrófica Síndromes de malabsorción Alergia a ciertos alimentos Enfermedad inflamatoria intestinal Síndrome de intestino corto Insuficiencia hepática Fibrosis quística
Pérdida de nutrientes	Síndrome nefrótico Enteroparasitosis
Pobre biodisponibilidad	Malformaciones congénitas digestivas y cardíacas

Aumento en los requerimientos	Hipertiroidismo Neoplasias Infección por el virus de inmunodeficiencia humana
-------------------------------	---

Tipos de Desnutrición infantil

Básicamente, los tipos de desnutrición se colocan de acuerdo a las características clínicas que presente el paciente, así como su tiempo de evolución y los signos/síntomas asociados.

Desnutrición aguda

Es llamada también el déficit de peso para la talla, que constituye disminución de la masa corporal, inicialmente a expensas del tejido celular subcutáneo o graso que llega a afectar la masa muscular. En la mayoría de casos se presenta como consecuencia de un grave episodio infeccioso o severa disminución de la ingesta diaria. (13)

Desnutrición aguda energético proteica

Se le denomina también Kwashiorkor y es descrita como la ingesta baja de proteínas. Se presenta en pacientes que han sido alimentados con leche materna por tiempo prolongado o disminución del consumo de proteínas vegetales o animales. Generalmente se presenta en pacientes mayores de un año; tienen apariencia edematosa, tejido muscular disminuido, pueden presentar hepatomegalia y esteatosis hepática así como dermatitis que produce hiperpigmentación en áreas irritadas. El paciente se presenta asténico, adinámico y tienen alteraciones hidroelectrolíticas (hipokalemia, hipoalbuminemia e hipoproteinemia). Sus afecciones más frecuentes son del aparato respiratorio y digestivo. (8,13)

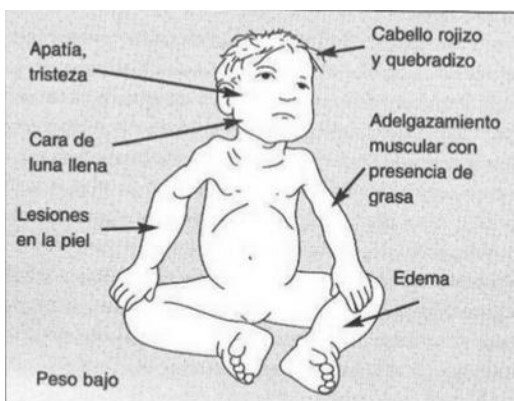


Figura 2. Características clínicas del Kwashiorkor

Desnutrición crónica energético calórica

Llamada también Marasmo, se caracteriza por una deprivación de nutrientes y falta de aumento de peso. Estos pacientes tienen niveles elevados de cortisol, reducción en la producción de insulina y síntesis de proteínas a partir de la masa muscular. La apariencia clínica es de emaciación con disminución de todos los pliegues, la talla y el peso se ven comprometidos. Los niños suelen estar irritables, la piel pierde turgencia, su abdomen se encuentra distendido o plano con patrón intestinal fácilmente visible. Existe hipotonía, la temperatura se encuentra por debajo de lo normal y el pulso se vuelve más lento. Sus afecciones más frecuentes son del aparato respiratorio, digestivo y deficiencia específica de vitaminas. (8,13)



Figura 3. Características clínicas del Marasmo

Tabla 2. Diferencias entre Marasmo y Kwashiorkor	
MARASMO	KWASHIORKOR
Evolución crónica	Evolución aguda
Déficit de proteínas y energía	Déficit de proteínas
En menores de 18 meses	Entre 1 - 5 años
Debilitamiento del cuerpo	Edema presente y frío
Delgado, emaciado	Descamación de piel y dermatitis
Hipoactivo	Cabello despigmentado y fácilmente desprendible
Piel arrugada, seca	Irritabilidad
Abdomen distendido	Hepatomegalia
Pérdida de cabello	

La desnutrición infantil en el mundo

Según datos de la Unicef, cerca de 200 millones de niños menores de 5 años alrededor del mundo sufren desnutrición crónica. De este valor, un 90% viven en entre Asia y África. El 80% de los niños con desnutrición crónica viven en 24 países, dentro de los cuales se encuentran: Bangladesh, China, Filipinas, India, Pakistán, Afganistán, Yemen, Guatemala, Madagascar y Etiopía. En el otro extremo, se estima que un 13% de los niños menores de 5 años sufre de

desnutrición aguda y un 5% de ellos se clasifica como desnutrición aguda grave. (9)

La desnutrición actúa como un círculo sin salida: las mujeres con desnutrición tienen hijos con peso inferior al adecuado, que aumenta las probabilidades de desnutrición. Esto limita la capacidad del niño de convertirse en adulto que pueda contribuir a su país. Se estima que la desnutrición y sus consecuencias afectan en una reducción del 3% del Producto Interno Bruto a escala de cada país. (9)

Indicadores Antropométricos

Se definen como los cambios en las dimensiones corporales, que constituyen reflejo de la salud y grado de bienestar de cada paciente. La antropometría se define como la ciencia que se encarga de la medición de las dimensiones corporales; empleada para evaluar y predecir el estado de salud. Los tres indicadores más utilizados se denominan como: (13, 14)

Bajo peso para la edad

Refleja desnutrición pasada (crónica) y presente (aguda). No es capaz de hacer distinción entre ambas, por lo que se dice que indica sobre "Desnutrición global". Es ampliamente utilizado en niños menores de 6 meses, porque es sensible a cambios en períodos cortos. (14)

Baja talla par la edad

Refleja desnutrición pasada o crónica. Se asocia con factores como ingesta insuficiente y crónica de requerimientos alimenticios. Es un indicador importante para medir problemas de desarrollo en la niñez; considerando que si se presenta en mayores de 2 años, la condición puede ser irreversible. (14)

Bajo peso para la talla

Identifica a los niños que padecen desnutrición aguda. Es útil para evaluar cambios inmediatos de la disponibilidad de los alimentos. Asimismo, es utilizado para verificar cambios en medidas terapéuticas implementadas. Los niños que presentan este indicador muy bajo, tienen elevada mortalidad. (14)

Puntos de corte o valores límite

Permiten mejorar la capacidad para identificar a los niños. El más utilizado es el de la puntuación Z, que se define como la diferencia del valor individual y el valor medio de la población de referencia. Identifica cuán lejos de la mediana se encuentra el valor individual obtenido. Se interpreta de la siguiente manera: (14)

Menor de -3: Muy por debajo del límite normal

Entre -2 y 0: Debajo del límite normal

Entre 0 y +2: Límite normal
Mayor de +3: Sobre el límite normal

Desnutrición Infantil en Guatemala

Situación de la desnutrición infantil

Los primeros datos constatados sobre la desnutrición infantil en Guatemala vienen desde finales de los treinta; que ocurrió como resultado del interés de varios pediatras e investigadores. Asimismo, durante todo este tiempo se han realizado diferentes estudios a lo largo del país que han arrojado diversos resultados, desde la prevalencia de la desnutrición hasta los efectos más importantes estadificado en años y porcentaje correspondiente. Según el Instituto Nacional de Estadística, la prevalencia de desnutrición crónica en Guatemala se encuentra en valores globales en 43.1%, de los cuales un 43.4% corresponde a las mujeres y un 42.8% perteneces a los hombres. De estos porcentajes, un 49.1% predomina en el área rural y 57% de los evaluados son indígenas. (5,15)

Asimismo, se ha demostrado que la prevalencia de desnutrición crónica depende de regiones bien establecidas: el área metropolitana, nororiental y Petén se encuentra en valores promedio nacional; en las áreas suroriental y central tienen valores similares. Sin embargo, los mayores índices se encuentran concentrados en la región suroccidental, noroccidental y norte; por predominar el área seca y árida del país. Guatemala se encuentra actualmente en el sexto país del mundo con los más bajos índices de desnutrición infantil. Los entes rectores que se encargan de velar por esta situación son el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional. (15)

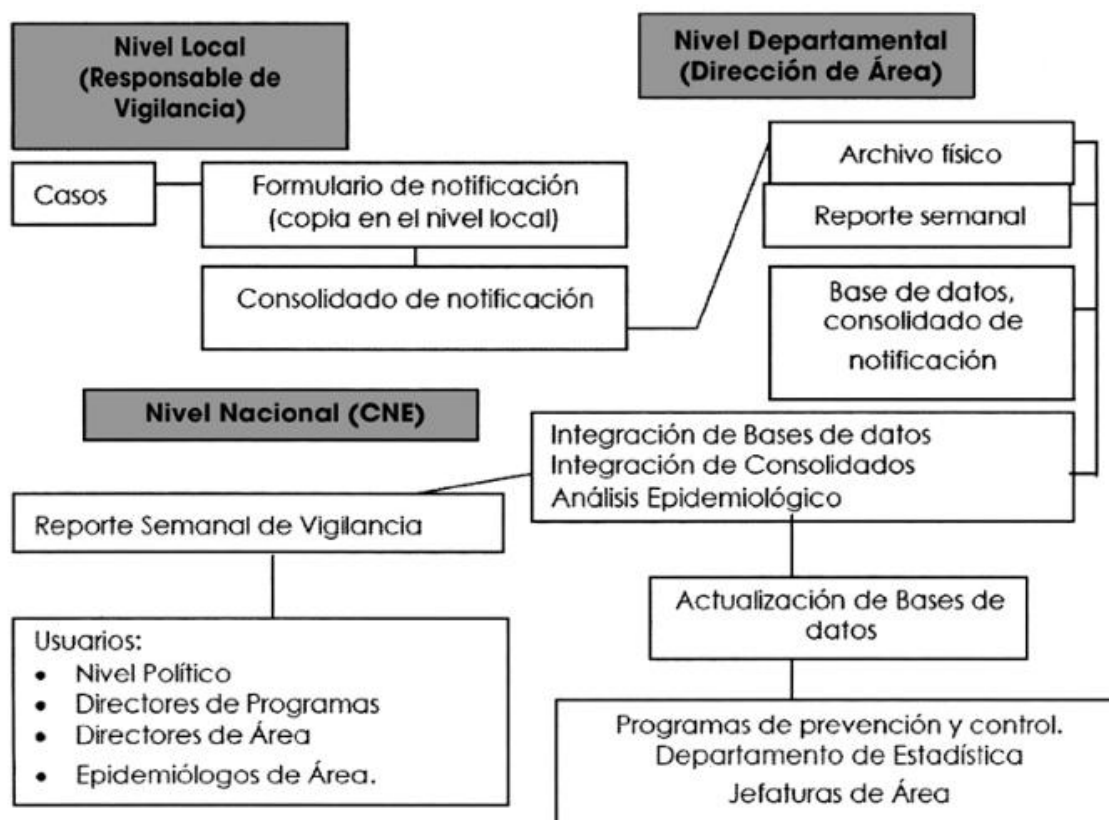
Vigilancia epidemiológica nutricional en Guatemala

La vigilancia nutricional es un proceso que se basa en el análisis de datos multisectoriales y sectoriales de utilidad que sirven para mejoras en la situación alimentaria y nutricional. La información obtenida se utiliza para describir y cuantificar en dónde aparecen los problemas alimentarios y nutricionales, así como detectar los grupos más vulnerables. Se divide en dos: (16)

- *Activa*: realizada por equipos itinerantes capacitados para evaluación nutricional, y su objetivo es la búsqueda activa de casos en áreas priorizadas. (16)
- *Pasiva*: son los datos rutinarios recolectados por el sistema de salud, con los que se realiza el tamizaje respectivo para identificar poblaciones en riesgo. (16)

Tabla 3. Líneas de acción y estrategias	
Vigilancia epidemiológica activa	Búsqueda activa de casos de desnutrición en niños menores de 5 años y mujeres embarazadas.
Vigilancia epidemiológica pasiva	Identificación de los pacientes en riesgo, vigilancia de la mortalidad y monitoreo del crecimiento de los menores de 5 años.
Monitoreo y supervisión	Seguimiento de la implementación del sistema de vigilancia epidemiológica
Capacitación	Desarrollo de competencias y habilidades en el personal de salud para aplicar estrategias.
Alianzas estratégicas	Involucrar a todo el sector salud y otros sectores en la vigilancia epidemiológica.

Figura 4. Flujo de información para la vigilancia epidemiológica



OBJETIVOS

Objetivo General

Describir el perfil de salud y nutrición de los menores de dos años de la Aldea Los Verdes, Fraijanes, Guatemala.

Objetivo Específico

Identificar en las madres los conocimientos y prácticas en salud del niño menor de dos años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del Estudio

Descriptivo, Transversal, Observacional.

Población

Comprendida por todos los menores de 2 años con sus madres y las viviendas que habitan de la Aldea Los Verdes, Fraijanes; Guatemala.

Muestra, tipo de muestra y marco muestral

Se realizó tipo censo poblacional, en donde se buscó a todos los niños comprendidos dentro de las edades del estudio junto con sus madres y/o acompañantes; que por datos obtenidos de los cuadernillos del Puesto de Salud del lugar, en total fue un valor de 53 niños y 50 madres. Se visitaron las casas que estaban comprendidas dentro de los sectores en los que se encuentra dividida la aldea (según el croquis del Puesto de Salud) y se tomó en cuenta el deseo de los entrevistados de participar en el estudio o no; del período del 11 de enero de 2018 hasta el 25 de mayo del mismo año.

Metodología Estadística

Debido a que el objetivo general del estudio es describir el perfil de salud en menores de 2 años, así como identificar en las madres los conocimientos, prácticas en salud y alimentación de su hijo; el análisis estadístico es principalmente descriptivo. Para ello, se construyeron indicadores (variables), tanto para describir el perfil de salud, a través de estimar la prevalencia de diarrea, IRA y desnutrición; así como para describir los conocimientos y prácticas de las madres en los temas de lactancia materna, alimentación complementaria e higiene. Todos estos con su correspondiente extrapolación hacia la población; por lo que se calcularon promedios (porcentajes), y se calculó intervalos de confianza al 95%¹.

Usando el software EPI INFO, se ingresó la información al computador, por medio de un doble ingreso y validación, y se construyeron los indicadores, con los cuales se obtuvo la estadística descriptiva para las estimaciones.

¹ Intervalo de confianza para variables cualitativas, usando fórmula de Fleiss J. 1981. Statistical Methos for Rates and Proportions, 2nd Ed. Pp14

Indicadores (Variables)

Caracterización epidemiológica de la muestra

Madres y su pareja

1. **EdadM:** Edad de la madre:
2. **GedadM:** Grupos según la edad de la madre.
 1. 18 a 25 años
 2. 26 a 35 años
3. **Jefe:** Madre que es jefe de hogar.
4. **Pareja:** Madre que tiene una pareja (casada o unida).
5. **Jefe1:** Hogar donde el jefe de hogar es el esposo de la madre.
6. **Amacasa:** Madre que es ama de casa (no trabaja).
7. **OcupPare:** Ocupación de la pareja de la madre:
 1. Trabaja por cuenta propia (agricultores, artesanos, comerciantes, profesionales).
 2. Es trabajador dependiente.
8. **Educa:** Educación de la madre:
 1. Sin educación formal o hasta 3º primaria
 2. 4º primaria o más (solo 2 tienen diversificado).
9. **Educa1:** Educación del padre:
 1. Sin educación formal o hasta 3º primaria.
 2. 4º primaria o más (solo 2 tienen diversificado).
10. **Educa2:** Hogares con padres educados: ambos padres poseen 4º primaria o más (en los hogares donde no hay padre, se tomó solo la información de la madre).
 1. Sin educación formal o hasta 3º primaria
 2. 4º primaria o más (solo 2 tienen diversificado).

Menores de dos años

11. **Sexo:** de los menores de 2 años:
 1. Hombres
 2. Mujeres
12. **AgeM:** Edad de los niños en meses.
13. **Gedad:** Grupos según la edad de los niños.
 3. Menores de 6 meses de edad.
 4. De 6 s 8 meses.
 5. De más de 8 meses a 11 meses.
 6. De más de 11 meses a 24 meses.

Hogar

14. **P1J**: Cantidad de personas en el hogar.
15. **Hacina**: Hogares con hacinamiento. Se consideró hacinamiento si en el hogar hay más de tres personas por cuarto para dormir.
16. **Socio**: Índice socioeconómico con escala de 0 a 100 puntos. Se construyó tomando en cuenta:
 1. La calidad del techo, paredes, piso. Cada una con 20 puntos.
 2. Presencia de letrina, electricidad, agua entubada, y recolección de basura. Cada una con 10 puntos.
17. **Socio1**: Clasificación de los hogares según el índice socioeconómico:
 1. Bajo: 0 a 60 puntos.
 2. Medio: 61 a 84 puntos.
 3. Alto: 85 a 100 puntos.
18. **PisoT**: Hogar con piso de tierra.
19. **Letrina**: Hogar con letrina o inodoro.
20. **Electri**: Hogar con electricidad.
21. **Agua**: Hogar con agua potable.
22. **Basura**: Hogar con extracción de basura.

II.2 Perfil de salud del menor de 2 años

23. **Enfermo**: Menores de dos años que presentaron diarrea y/o IRA en los últimos 15 días.
24. **Enfermo1**: Menores de dos años que presentaron diarrea E IRA en los últimos 15 días.
25. **Diarrea**: Menores de dos años con diarrea en los últimos 15 días.
26. **IRA**: Menores de dos años con IRA en los últimos 15 días.
27. **HAZ**: Puntaje Z para la relación talla/edad.
28. **HAZ1**: Niños con desnutrición crónica: puntaje Z para talla/edad \leq 2DE.
29. **WAZ**: Puntaje Z para la relación peso/edad.
30. **WAZ1**: Niños con desnutrición global: puntaje Z para peso/edad \leq 2DE.
31. **WHZ**: Puntaje Z para la relación peso/talla.
32. **WHZ1**: Niños con desnutrición aguda: puntaje Z para peso/talla \leq 2DE.

II.3 Conocimientos de las madres

33. **Cono**: Madres con buen conocimiento en prácticas de higiene y aspectos de salud de los menores de 2 años. Cumple con los indicadores: ConoN y ConoH
 1. 34. **ConoH**: Madres con buen conocimiento en prácticas de higiene. Cumple con los indicadores: ConoH1 y ConoH2

- i. 35. **ConoH1**: Madres con buen conocimiento de los momentos importantes para lavarse las manos. Mencionó al menos 3 de los 5 momentos evaluados.
 - ii. 36. **ConoH2**: Madres con buen conocimiento de los cuidados de higiene al preparar alimentos. Mencionó al menos 3 de los 6 cuidados evaluados.
2. 37. **ConoN**: Madres con buen conocimiento en aspectos de salud de los menores de 2 años. Cumple con los indicadores: ConoN1, ConoN2, y ConoN3
- i. 38. **ConoN1**: Madres con buen conocimiento en lactancia materna. Cumple con los indicadores ConoN1a, ConoN1b, y ConoN1c.
 - 1. 39. **ConoN1a**: Madres que conocen hasta que edad debe darse solo leche materna (lactancia exclusiva): 6 meses.
 - 2. 40. **ConoN1b**: Madres que conocen porqué es importante dar solo pecho hasta los 6 meses. Mencionó al menos 3 de las 6 razones evaluadas.
 - 3. 41. **ConoN1c**: Madres que conocen hasta qué edad hay que dar leche materna (hasta los 2 años).
 - ii. 42. **ConoN2**: Madres con buen conocimiento en alimentación complementaria. Cumple con los indicadores ConoN2a, ConoN2b, y ConoN2c.
 - 1. 43. **ConoN2a**: Madres que conocen a qué edad hay que introducir los alimentos (6 meses).
 - 2. 44. **ConoN2b**: Madres que conocen cómo debe darse o preparar la comida según la edad del niño. Cumple con ConoN2b1, ConoN2b2, y ConoN2b3.
 - a. 45. **ConoN2b1**: conoce cómo dar la comida a niños de 6 a 8 meses
 - b. 46. **ConoN2b2**: conoce cómo dar la comida a niños de 9 a 11 meses
 - c. 47. **ConoN2b3**: conoce cómo dar la comida a niños de 12 o más meses.
 - 3. 48. **ConoN2c**: Madres que conocen cuántas veces en el día se debe dar alimentos a un menor de 2 años, según su edad. Cumple con Cono2c1, cono2c2 y cono2c3:
 - a. 49. **ConoN2c1**: conoce cuántas comidas diarias hay que dar a un niño de 6 a 8 meses: 2 comidas

- b. 50. **ConoN2c2**: conoce cuántas comidas diarias hay que dar a un niño de 9 a 11 meses: 3 comidas
 - c. 51. **ConoN2c3**: conoce cuántas comidas diarias hay que dar a un niño de 12 o más: 3 comidas
4. 52. **ConoN3**: Madres con buen conocimiento de señales de peligro en los menores de 2 años que están enfermos. Cumple con los indicadores ConoN3a y ConoN3b.
- a. 53. **ConoN3a**: Madres que conocen las señales de peligro cuando el niño tiene diarrea. Menciona al menos 3 de las 6 evaluadas.
 - b. 54. **ConoN3b**: Madres que conocen las señales de peligro cuando el niño tiene IRA. Menciona al menos 3 de las 6 evaluadas.

II.4 Prácticas de las madres

55. **Pract**: Madres con buenas prácticas de higiene y aspectos de salud de los menores de 2 años. Cumple con los indicadores: Pra1, Pra2, Pra3, Pra4 y Pra5.
- a. 56. **Pra1**. Madres con buenas prácticas en lactancia materna. Cumple con Pra1a y Pra1b.
 - i. 57. **Pra1a**. Madres que dan de mamar actualmente.
 - ii. 58. **Pra1b**. Madres que afirman dar/dieron lactancia materna exclusiva.
 - iii. 59. **Pra1c**. Madres que afirman haber dado de mamar en la primera hora de haber nacido su hijo.
 - b. 60. **Pra2**: Madres que dan algún tratamiento al agua para beber (filtran, hierven, cloran).
 - c. 61. **Pra3**: Madres que llevaron al servicio de salud al niño, cuando éste estuvo enfermo (diarrea y/o IRA). Se midió solo con quienes presentaron enfermedad en los últimos 15 días. Cumple con Pra3a y/o Pra3b.
 - i. 62. **Pra3a**: Madres que llevaron al servicio de salud cuando el niño tuvo diarrea, en los últimos 15 días.
 - ii. 63. **Pra3b**: Madres que llevaron al servicio de salud cuando el niño tuvo IRA, en los últimos 15 días.

- d. 64. **Pra4:** Madres con buena práctica en alimentación complementaria. Cumple con Pra4a y Pra4b.
 - i. 65. **Pra4a:** Madres que dieron los alimentos de forma adecuada según la edad del niño. Para los menores de 6 meses se evaluó que no dieran comida.
 - ii. 66. **Pra4b.** Madres que dieron chispitas a sus hijos el día anterior. Para los menores de 6 meses se evaluó que no dieran chispitas.
- e. 67. **Pra5.** Madres que dieron una dieta mínima aceptable a sus hijos. Para los menores de 6 meses se evaluó que no les dieran de comer. Cumple con Pra5a y Pra5b.
 - i. 68. **Pra5a:** Madres que dieron de comer a sus hijos la cantidad de veces mínima según su edad. En el caso de los niños que ya no maman se evaluó que la cantidad debió ser 4 veces. Para los menores de 6 meses se evaluó que no dieran de comer.
 - ii. 69. **Pra5b:** Madres que dieron de comer a sus hijos con una diversidad mínima de alimentos. Se consideró como una cantidad mínima el que los niños hubieran comido al menos un alimento de 4 de los 7 grupos principales de alimentos evaluados. Para los menores de 6 meses se evaluó que no dieran de comer. Grupos:
 1. Cereales, raíces y tubérculos.
 2. Legumbres y nueces.
 3. Lácteos (leche, yogurt, queso).
 4. Carnes (carne, pescado, aves e hígado o carnes provenientes de vísceras).
 5. Huevos.
 6. Frutas y verduras ricas en vitamina A.
 7. Otras frutas y verduras.

Técnicas e Instrumentos

La técnica que se utilizó dentro del trabajo de investigación fue una encuesta elaborada con base a los objetivos y la recolección de datos por medio de un formulario, después de haber medido y pesado a cada uno de los pacientes. Se realizaron visitas domiciliarias, previa coordinación con los agentes de salud de la comunidad, a las viviendas que se encuentren cubiertas por el Puesto de Salud de la Aldea, se les realizó el consentimiento de participación y se procedió a tomar la encuesta junto con la boleta de recolección de datos.

La encuesta que se realizó consta de cinco partes. La primera corresponde a los datos generales de la madre o encargado del paciente e información básica de la familia. La segunda parte fue una serie de preguntas cerradas y de observación sobre caracterización de la vivienda. La tercera parte consistió en conocimientos sobre la madre acerca de la alimentación complementaria; que incluye preguntas sobre lactancia materna, introducción de alimentos y hábitos de higiene en la alimentación. En la cuarta parte se evaluó sobre atención al niño enfermo y prevalencia de diarreas; así como de infecciones respiratorias agudas en las últimas dos semanas, se incluyeron también preguntas sobre manejo de las mismas en casa. Por último, la quinta parte, fue el cuestionario sobre dieta mínima aceptable, sobre el consumo de alimentos básicos en la noche anterior. Esto último fue la evaluación de la práctica sobre alimentación complementaria. La encuesta fue adaptada de una similar realizada por el Centro de Investigaciones en Nutrición y Salud en enero de 2017.

Asimismo, al final de la encuesta se encontraba una pequeña tabla en donde se detallaba el nombre del niño menor de dos años, su fecha de nacimiento, género, peso en libras y kilogramos, así como talla en centímetros. Para la toma de las medidas antropométricas se utilizó una balanza, un tallímetro y un metro. El cuestionario que se trasladó a las madres del menor de dos años fue previamente validado con un grupo de madres voluntarias que tuvieran hijos entre 5 y 10 años. La población tuvo características similares, pero no se incluyó dentro del estudio.

Procedimiento

Primera etapa: obtención del aval por el Comité de Tesis de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar.

Segunda etapa: preparación y estandarización de los instrumentos que se utilizaron para recolección de datos.

- Antes de iniciar el estudio y la recolección de datos, se seleccionaron a 10 voluntarios con características similares a la población que se estudió para responder a las preguntas de la encuesta que se trasladó a las madres de los menores de dos años. Se observó la interacción del voluntario con el instrumento, se anotaron sugerencias, se midió el tiempo promedio de finalización de la encuesta. Posteriormente, se corrigieron los errores encontrados.

Tercera etapa: identificación de los pacientes participantes, solicitud de consentimiento informado y Recolección de Datos.

- Se realizaron las coordinaciones con los agentes de salud y líderes comunitarios de la aldea y por medio del croquis que se encuentra en el Puesto de Salud, así como los cuadernillos de registro, se identificó a los menores de dos años y la dirección donde vivían.
- Se visitaron las viviendas previamente seleccionadas junto con los agentes de salud; se procedió a que los encargados autorizaran su participación y a explicar el estudio. Luego, se tomaron las medidas antropométricas al menor de dos años, se llenó la tabla al final de la encuesta y se llenó el instrumento a los acompañantes.

Cuarta etapa: creación de la base de datos y realización de análisis estadístico.

- Se completó la base de datos en el programa EPI INFO.
- Al momento de tener completa la base de datos, se procedió a realizar las tablas y el cálculo del análisis estadístico.

Quinta etapa: realización del informe final.

- Con el resultado del análisis estadístico, se realizó el informe final, incluyendo los resultados de la toma de datos y los hallazgos de la investigadora.

Sexta etapa: presentación del informe final a las autoridades correspondientes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar.

Alcances y Límites

Alcances

Guatemala es un país con una elevada prevalencia de desnutrición crónica, se encuentra dentro de los países con mayor porcentaje en toda América Latina y el Caribe; por causas múltiples, por lo que puede constituirse una de ellas la falta de plan educacional por parte de las personas que brindan servicios de salud y con temas prevenibles. Con tal visión, se pretende determinar y caracterizar los conocimientos sobre prácticas de alimentación complementaria, que ayuden a orientar la acción de los agentes de salud. Asimismo, pretende servir como punto de referencia para estudios posteriores de acuerdo al tema y para planificación de nuevas acciones en favor de la población.

Límites

Algunos de los límites dentro del estudio fue la poca disponibilidad de las personas al momento de realizar la investigación, ya que muchas casas se encontraban solas cuando se realizó la visita. Asimismo, algunas de las personas eran analfabetas, lo que dificultó la comprensión de ciertas preguntas de la encuesta.

Aspectos Éticos

Al momento de realizar el estudio y antes de comenzar con la medición de los pacientes y la toma de la encuesta; se explicó a las madres en forma clara y precisa los objetivos antes descritos y se procedió a realizar el consentimiento verbal para confirmar la participación de la madre y/o acompañante y de su hijo, se explicó que se realizaría una encuesta de preguntas dirigidas a ella y luego se tomarían las medidas antropométricas a los niños; así como del tiempo aproximado en que durará la intervención.

Se explicó a las madres y/o acompañantes los instrumentos que se utilizaron para la medición antropométrica y de la manera más sencilla cómo se realizó el diagnóstico de su hijo, para el análisis de resultados del estudio y asegurando la confidencialidad de los mismos. No se encontraron casos de desnutrición aguda, por lo que no fue necesario realizar notificación al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, los casos de desnutrición global y crónica se refirieron con la nutricionista del Centro de Atención Permanente de Fraijanes.

RESULTADOS

Caracterización epidemiológica de la muestra

Cuadro 1: caracterización epidemiológica de las madres, sus parejas y los menores de dos años de la Aldea Los Verdes, Fraijanes, Guatemala; julio 2018.

n=50 madres y 53 menores de 2 años

Características		Número de casos	Valor del indicador (IC 95%)
Madres y su pareja			
Media de la edad de la madre (P1c) n=49			26.2 años (25.1, 27.4)
Grupos según edad de la madre (GedadM) n=49	18 a 25 años	22	44.9% (30.7, 59.9)
	26 a 35 años	27	55.1% (40.1, 69.3)
% de madres que son jefe de hogar (Jefe)		8	16.0% (7.2, 29.1)
% de madres con pareja (casada o unida) (Pareja)		38	76.0% (61.8, 86.9)
% de hogares donde la pareja de la madre es el jefe de hogar (Jefe1) n=38		38	100% (88.2, 99.8)
% de madres que son ama de casa (no trabajan) (Amacasa)		48	96.0% (86.3, 99.5)
Ocupación de la pareja (OcupPare) n=38	Trabaja por cuenta propia (agricultores, artesanos, comerciantes, profesionales)	27	71.1% (54.1, 84.6)
	Es trabajador dependiente	11	28.9% (15.4, 45.9)
Personas que aportan al gasto principal del hogar (P1G)	Esposo o compañero	37	74.0% (59.7, 85.4)
	Ambos (madre y su pareja)	1	2.0% (0.1, 10.6)
	Solo la madre	8	16.0%

			(7.2, 29.1)
	La madre, su esposo o compañero y los padres de la madre	4	8.0% (2.2, 19.2)
Educación de la madre (Educa)	Sin educación formal o hasta 3º primaria	29	58.0% (43.2, 71.8)
	4º primaria o más (solo 2 tienen diversificado)	21	42.0% (28.2, 56.8)
Educación de la pareja (Educa1) n=38	Sin educación formal o hasta 3º primaria	22	57.9% (40.8, 73.7)
	4º primaria o más (solo 2 tienen diversificado)	16	42.1% (26.3, 59.2)
% de hogares con padres educados: ambos padres poseen 4º primaria o más (en los hogares donde no hay padre, se tomó solo la información de la madre). (Educa2)		13	26.0% (14.6, 40.3)
Menores de 2 años			
Grupos según sexo (sexo) n=53	Hombres	30	56.6% (42.3, 70.2)
	Mujeres	23	43.4% (29.8, 57.7)
Media de la edad de los menores de dos años (en meses) (AgeM) n=53			12.4 meses (10.5, 14.2)
Grupos según la edad de los niños (Gedad) n=53	Menores de 6 meses de edad	12	22.6% (12.3, 36.2)
	De 6 a 8 meses	2	3.8% (0.5, 13.0)
	De más de 8 meses a 11 meses	10	18.9% (9.4, 32.0)
	De más de 11 meses a 24 meses	29	54.7% (40.4, 68.4)
Hogar			

Media de la cantidad de personas en el hogar (P1J)			4.2 personas (3.8, 4.6)
% de hogares con hacinamiento. Se consideró hacinamiento si en el hogar hay más de tres personas por cuarto para dormir (Hacina)		22	44.0% (30.0, 58.7)
Media del Índice socioeconómico con escala de 0 a 100 puntos. Se construyó tomando en cuenta: calidad del techo, paredes y piso; así como la presencia de letrina, electricidad, agua entubada y recolección de basura (Socio) El valor más pequeño fue 55 puntos, y el máximo 90 puntos			78.0 puntos (75.3, 80.7)
Grupos según la clasificación de los hogares con el índice Socio (Socio1)	Bajo: 0 a 60 puntos	3	6.0% (1.3, 16.5)
	Medio: 61 a 84 puntos	20	40.0% (26.4, 54.8)
	Alto: 85 a 100 puntos	29	54.0% (39.3, 68.2)
% de hogares con piso de tierra (PisoT)		24	48.0% (33.7, 62.6)
% de hogares con letrina o inodoro (Letrina)		50	100% (90.8, 99.8)
% de hogares con electricidad (Electri)		50	100% (90.8, 99.8)
% de hogares con agua potable (Agua)		45	90.0% (78.2, 96.7)
% de hogares con extracción de basura (basura)		50	100% (90.8, 99.8)

II.2 Perfil de salud del menor de 2 años

Cuadro 2: Perfil de salud del menor de 2 años de la Aldea Los Verdes, Fraijanes; Guatemala; julio 2018.

n= 50 para enfermedad y n=53 para antropometría

Indicador		Número de casos	Valor del indicador (IC 95%)
% Menores de dos años que presentaron diarrea y/o IRA en los últimos 15 días (Enfermo) n=50		41	82.0% (68.6, 91.4)
% Menores de dos años que presentaron diarrea e IRA en los últimos 15 días (Enfermo1) n=50		0	0.0% (0.2, 9.2)
% Menores de dos años que presentaron diarrea en los últimos 15 días (diarrea) n=50		16	32.0% (19.5, 46.7)
% Menores de dos años que presentaron IRA en los últimos 15 días (IRA) n=50		25	50.0% (35.5, 64.5)
Media del puntaje Z para la relación talla/edad (HAZ) n=53			-1.37 DE (-1.65, -1.08)
Media del puntaje Z para la relación talla/edad, por sexo (HAZ)	Hombres n=30		-1.57 DE (-2.02, -1.12)
	Mujeres n=23		-1.10 DE (-1.47, -0.72)
% menores de 2 años con desnutrición crónica: Z < -2DE para la relación talla/edad (HAZ1) n=53		12	22.6% (12.3, 36.2)
% menores de 2 años con desnutrición crónica: Z < -2DE para la relación talla/edad, por sexo (HAZ1)	Hombres n=30	8	26.7% (12.8, 46.6)
	Mujeres n=23	4	17.4% (5.6, 40.0)
Media del puntaje Z para la relación peso/edad (WAZ) n=53			-0.28 DE (-0.55, -0.01)
Media del puntaje Z para la relación peso/edad, por sexo (WAZ)	Hombres n=30		-0.42 DE (-0.82, -0.02)
	Mujeres n=23		-0.10 DE (-0.49,

			0.29)
% menores de 2 años con desnutrición global: Z < -2DE para la relación peso/edad (WAZ1) n=53		3	5.7% (1.2, 15.7)
% menores de 2 años con desnutrición global: Z < -2DE para la relación peso/edad, por sexo (WAZ1)	Hombres n=30	2	6.7% (1.1, 23.9)
	Mujeres n=23	1	4.3% (0.2, 24.4)
Media del puntaje Z para la relación peso/talla (WHZ) n=53			0.63 DE (0.31, 0.94)
Media del puntaje Z para la relación peso/talla, por sexo (WHZ)	Hombres n=30		0.57 DE (0.12, 1.02)
	Mujeres n=23		0.69 DE (0.10, 1.29)
% menores de 2 años con desnutrición crónica: Z < -2DE para la relación talla/edad (WHZ1) n=53		0	0.0% (0.2. 8.7)

II.3 Conocimiento de las madres

Cuadro 3: Indicadores de conocimiento en las madres de los menores de 2 años de la Aldea Los Verdes, Fraijanes, Guatemala; julio 2018.

n=50 madres

Indicador		Número de casos	Valor del indicador (IC 95%)
% Madres con buen conocimiento en prácticas de higiene y aspectos de salud de los menores de 2 años. Cumple con los indicadores: ConoN y ConoH (Cono)		2	4.0% (0.5, 13.7)
Conocimiento en prácticas de higiene			
% Madres con buen conocimiento en prácticas de higiene. Cumple con los indicadores: ConoH1 y ConoH2 (ConoH)		45	90.0% (78.2, 96.7)
Conocimiento en prácticas de higiene	% Madres con buen conocimiento de los momentos importantes para lavarse las manos. Mencionó al menos 3 de los 5 momentos evaluados. (ConoH1)	47	94.0% (83.5, 98.7)
	Momentos mencionados	Antes de preparar la comida	43 86.0% (73.3,

				94.2)
		Antes de alimentar a los niños	20	40.0% (26.4, 54.8)
		Antes de comer	28	56.0% (41.3, 70.0)
		Después de usar el baño o letrina	47	94.0% (83.5, 98.7)
		Después de cambiar el pañal	28	56.0% (41.3, 70.0)
	% Madres con buen conocimiento de los cuidados de higiene al preparar alimentos. Mencionó al menos 3 de los 6 cuidados evaluados. (ConoH2)		48	96.0% (86.3, 99.5)
	Cuidados de higiene mencionados	Lavarse las manos	46	92.0% (80.8, 97.8)
		Lavar los ingredientes que se usarán	44	88.0% (75.7, 95.5)
		Usar recipientes limpios	30	60.0% (45.2, 73.6)
		Tener un lugar de preparación limpio	26	52.0% (37.4, 66.3)
		Cubrir adecuadamente las preparaciones	23	46.0% (31.8, 60.7)
		Colocar restos de alimentos en un lugar adecuado	8	16.0% (7.2, 29.1)
Conocimiento en prácticas de salud de los menores de 2 años				
	% Madres con buen conocimiento en prácticas de salud de los menores de 2 años. Cumple con los indicadores: ConoN1, ConoN2, y ConoN3 (ConoN)		2	4.0% (0.5, 13.7)
Conocimiento en prácticas de salud en menores de dos años	% Madres con buen conocimiento en lactancia materna. Cumple con los indicadores ConoN1a, ConoN1b, y ConoN1c. (ConoN1)		32	64.0% (49.2, 77.1)
	Conocimientos	% Madres que conocen hasta	37	74.0%

en lactancia	que edad debe darse solo leche materna (lactancia exclusiva): 6 meses (ConoN1a)			(59.7, 85.4)
	% Madres que conocen porqué es importante dar solo pecho hasta los 6 meses. Mencionó al menos 3 de las 6 razones evaluadas (ConoN1b)		46	92.0% (80.8, 97.8)
	Razones mencionadas (P3d1 a P3d6)	Siempre está disponible	25	50.0% (35.5, 64.5)
		El niño recibe todos los nutrientes	32	64.0% (49.2, 77.1)
		El niño recibe todas las defensas	42	84.0% (70..9, 92.8)
		El niño se enferma menos	39	78.0% (64.0, 88.5)
		Se favorece la economía del hogar	23	46.0% (31.8, 60.7)
		Es un método anticonceptivo	10	20.0% (10.0, 33.7)
	% Madres que conocen hasta qué edad hay que dar leche materna (hasta los 2 años). (ConoN1c)		44	88.0% (75.7, 95.5)
	Malos conocimientos en lactancia	% Madres que conoce que se debe dar solo leche materna hasta antes de los 6 meses (ConoN1a1)		12
% Madres que conoce que se debe dar solo leche materna hasta después de los 6 meses (ConoN1a2)		1	2.0% (0.1, 10.6)	
% Madres con buen conocimiento en alimentación complementaria. Cumple con los indicadores ConoN2a, ConoN2b, y ConoN2c. (ConoN2)		2	4.0% (0.5, 13.7)	
Conocimientos	% Madres que conocen a		35	70.0%

en alimentación complementaria	que edad hay que introducir los alimentos (6 meses). (ConoN2a)			(55.4, 82.1)
	% Madres que conocen cómo debe darse o preparar la comida según la edad del niño. Cumple con ConoN2b1, ConoN2b2, y ConoN2b3 (ConoN2b)		15	30.0% (17.9, 44.6)
	Cómo se prepara la comida	% conoce cómo dar la comida a niños de 6 a 8 meses (ConoN2b1)	34	68.0% (53.3, 80.5)
		% conoce cómo dar la comida a niños de 9 a 11 meses (ConoN2b2)	31	62.0% (47.2, 75.3)
		% conoce cómo dar la comida a niños de 12 o más meses (ConoN2b3)	24	48.0% (33.7, 62.6)
	% Madres que conocen cuántas veces en el día se debe dar alimentos a un menor de 2 años, según su edad. Cumple con Cono2c1, cono2c2 y cono2c3 (ConoN2c)		5	10.0% (3.3, 21.8)
	Conoce cuántas comidas hay que dar al día	% conoce cuántas comidas hay que dar al día a niños de 6 a 8 meses (ConoN2c1)	6	12.0% (4.5, 24.3)
		% conoce cuántas comidas hay que dar al día	42	84.0% (70..9, 92.8)

		a niños de 8 a 11 meses (ConoN2c2)		
		% conoce cuántas comidas hay que dar al día a niños de 12 a más meses (ConoN2c3)	43	86.0% (73.3, 94.2)
Malos conocimientos en alimentación complementaria	% Madres que conoce que se debe dar alimentos antes de los 6 meses (ConoN2a1)		15	30.0% (17.9, 44.6)
	% Madres que conoce que se debe dar alimentos hasta después de los 6 meses (ConoN2a2)		0	0.0% (0.2, 9.2)
% Madres con buen conocimiento de señales de peligro en los menores de 2 años que están enfermos. Cumple con los indicadores ConoN3a y ConoN3b. (ConoN3)			47	94.0% (83.5, 98.7)
Conocimientos de señales de peligro	% Madres que conocen las señales de peligro cuando el niño tiene diarrea. Menciona al menos 3 de las 6 evaluadas (ConoN3a)		47	94.0% (83.5, 98.7)
	Señales de peligro mencionadas	Popó líquido y abundante	33	66.0% (51.2, 78.8)
		Tiene sangre el popo (disentería)	18	36.0% (22.9, 50.8)
		Tiene la boca seca y ojos hundidos	42	84.0% (70.9, 92.8)
		Tiene la mollera caída	21	42.0% (28.2, 56.8)
		Está irritable o intranquilo	27	54.0% (39.3, 68.2)
		Está débil o inconsciente	32	64.0% (49.2,

				77.1)
		% Madres que conocen las señales de peligro cuando el niño tiene IRA. Menciona al menos 3 de las 6 evaluadas (ConoN3b)		48 96.0% (86.3, 99.5)
	Señales de peligro mencionadas	Tiene respiración rápida o entrecortada	34	68.0% (53.3, 80.5)
		Se le hunden las costillas al respirar	22	44.0% (30.0, 58.7)
		Tiene silbido al respirar o se queja cuando respira	15	30.0% (17.9, 44.6)
		Tiene hervor de pecho	47	94.0% (83.5, 98.7)
		Tiene fiebre alta que no baja	49	98.0% (89.4, 99.9)
		No come o no bebe	5	10.0% (3.3, 21.8)

II.4 Prácticas de las madres

Cuadro 4: Indicadores de prácticas en las madres de los menores de 2 años de la Aldea Los Verdes, Fraijanes, Guatemala; julio 2018.

n=50 madres

Indicador		Número de casos	Valor del indicador (IC 95%)
% Madres con buenas prácticas de higiene y aspectos de salud de los menores de 2 años. Cumple con los indicadores: Pra1, Pra2, Pra3, Pra4 y Pra5. (Pract)		3	6.0% (1.3, 16.5)
Prácticas en lactancia materna			
% Madres con buenas prácticas en lactancia materna. Cumple con Pra1a y Pra1b. (Pra1)		23	46.0% (31.0, 60.7)
Prácticas en lactancia	% Madres que dan de mamar actualmente.	27	54.0% (39.3,

materna	(Pra1a)		68.2)
	% Madres que afirman dar/dieron lactancia materna exclusiva. (Pra1b)	36	72.0% (57.5, 83.8)
	% Madres que afirman haber dado de mamar en la primera hora de haber nacido su hijo. (Pra1c) Este no se incluye para la calificación del indicador PRA1. Tres médicos y dos enfermeras facilitaron que la madre pudiera dar de mamar en la primera hora de nacido de su hijo	5	10.0% (3.3, 21.8)
Prácticas en higiene			
% Madres que dan algún tratamiento al agua para beber (filtran, hierven, cloran). (Pra2)		32	64.0% (49.2, 77.1)
Tratamiento que le dan al agua para beber (P3L)	Filtran	2	4.0% (0.5, 13.7)
	Hierven	25	50.0% (35.5, 64.5)
	Cloran	5	10.0% (3.3, 21.8)
	Compran agua embotellada	2	4.0% (0.5, 13.7)
Prácticas de atención al niño enfermo			
% Madres que llevaron al servicio de salud al niño, cuando éste estuvo enfermo (diarrea y/o IRA). Se midió solo con quienes presentaron enfermedad en los últimos 15 días. Cumple con Pra3a y/o Pra3b (Pra3) n=41		29	71.7% (54.5, 83.9)
Prácticas de atención al niño enfermo	% Madres que llevaron al servicio de salud cuando el niño tuvo diarrea, en los últimos 15 días. (Pra3a) n=16	14	87.5% (61.7, 98.4)
	% Madres que llevaron al servicio de salud cuando el niño tuvo IRA, en los últimos 15 días. (Pra3b) n=25	15	60.0% (38.7, 78.9)
Prácticas de alimentación en el niño			
% Madres con buena práctica en alimentación		16	32.0%

complementaria. Cumple con Pra4a y Pra4b (Pra4)			(19.5, 46.7)
Prácticas en alimentación complementaria	% Madres que dieron los alimentos de forma adecuada según la edad del niño. Para los menores de 6 meses se evaluó que no dieran comida. (Pra4a)	13	26.0% (19.5, 46.7)
	% Madres que dieron chispitas a sus hijos el día anterior. Para los menores de 6 meses se evaluó que no dieran chispitas. (Pra4b)	33	84.6% (69.5, 94.1)
	% Madres que afirman dar chispitas a sus hijos. Este indicador no se tomó en cuenta para el cálculo de Pra4. (Pra4b1)	39	78.0% (64.0, 88.5)
% Madres que dieron una dieta mínima aceptable a sus hijos. Para los menores de 6 meses se evaluó que no les dieran de comer. Cumple con Pra5a y Pra5b (Pra5)		18	36.0% (22.9, 50.8)
Dieta mínima aceptable	% Madres que dieron de comer a sus hijos la cantidad de veces mínima según su edad. En el caso de los niños que ya no maman se evaluó que la cantidad debió ser 4 veces. Para los menores de 6 meses se evaluó que no dieran comida. (Pra5a)	20	40.0% (26.4, 54.8)
	% Madres que dieron de comer a sus hijos con una diversidad mínima de alimentos. Se consideró como una cantidad mínima el que los niños hubieran comido al menos un alimento de 4 de los 7 grupos principales de alimentos evaluados. Para los menores de 6 meses se evaluó que no dieran comida. (Pra5b)	47	94.0% (83.5, 98.7)
	Media de la cantidad de grupos principales de alimentos que se dieron al niño el día y noche anterior En total son 7 grupos (SumG)		4.6 grupos (4.1, 5.1)
	Media de la cantidad del total de grupos de alimentos que se dieron al niño el día y		5.3 grupos (4.8, 5.9)

noche anterior En total son 11 grupos (SumG1)			
Grupos de alimentos Se tomó en cuenta a todos los niños, para conocer la proporción de niños menores de dos años a quienes se les da los alimentos			
Grupos principales de alimentos Grupo1 a Grupo7	Cereales, raíces y tubérculos	45	90.0% (78.2, 96.7)
	Legumbres y nueces	43	86.0% (73.3, 94.2)
	Lácteos (leche, yogurt, queso)	31	62.0% (47.2, 75.3)
	Carnes (carne, pescado, aves e hígado o carnes provenientes de vísceras)	16	42.1% (26.3, 59.2)
	Huevos	35	70.0% (55.4, 82.1)
	Frutas y verduras ricas en vitamina A	26	52.0% (37.4, 66.3)
	Otras frutas y verduras	32	64.0% (49.2, 77.1)
Otros grupos de alimentos Grupo8 a Grupo11	Comida y bebida chatarra	2	4.0% (0.5, 13.7)
	Dulces y golosinas	0	0.0% (0.2, 8.7)
	Otras bebidas (atoles, café, té, agüitas)	35	70.0% (55.4, 82.1)
	Alimentos preparados con aceite, manteca o mantequilla	2	4.0% (0.5, 13.7)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La Aldea Los Verdes, cuenta con una población actual de 1518 personas, cuya mayor población se encuentra comprendida en menores de 25 años (adultos jóvenes). De prevalente ruralidad, cuya población en su mayoría son agricultores; ladinos y pocos migrantes indígenas, a causa del corte de café una vez al año. Por ello, al realizar el perfil de salud se consideraron resultados importantes.

Características sobre los hogares

Al momento de realizar la primera evaluación a las entrevistadas, una de las secciones era la información sobre las condiciones básicas con las que debe contar una vivienda digna para habitar. Así también se construyó el índice socioeconómico con los datos encontrados en los hogares; según el resultado obtenido, el grupo con mayor porcentaje para clasificar en el índice fue del 54%, que correspondía al grupo alto. Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), a nivel Guatemala- país, en el área rural prevalece un índice socioeconómico bajo, con el 30.7%. Sin embargo, detallando en la región Metropolitana, prevalece el índice socioeconómico alto, que corresponde al 43.1%; lo que se puede correlacionar con la aldea estudiada, al pertenecer a la región Metropolitana, si concuerda con los datos obtenidos a nivel nacional. (4)

Asimismo, dentro de los resultados obtenidos, el 37% de las entrevistadas comentó que la pareja es la encargada de los gastos del hogar, con una media de 4.2 personas que integran el hogar. Según los datos proporcionados por la ENSMI, el 54% de los hogares a nivel nacional están conformados por tres a cinco personas, lo que si corresponde a los datos obtenidos en el estudio. En el 76% de los hogares visitados, el hombre es el jefe del hogar; que según datos nacionales, también corresponde al 74.9%. (4)

Perfil de salud del menor de dos años

La etapa de desarrollo y crecimiento es sumamente importante en los niños, sobre todo porque se encuentra documentado que los primeros 1000 días de vida son cruciales para el desarrollo de posteriores morbilidades. Esto porque los niños son altamente sensibles a los riesgos ambientales, malas condiciones socioeconómicas, malos hábitos de higiene y deficiente conocimiento sobre lavado de manos. (4)

Según la ENSMI, hay un 34.1% de niños menores de dos años que presentaron síntomas de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en menos de quince días, correlacionado al estudio realizado es mayor el porcentaje, ya que se documentó que el 50% de los niños habían presentado síntomas, de las cuales el 96% tenía

conocimientos adecuados sobre signos de peligro. Asimismo, el 60% de las madres consultó al servicio de salud cuando presentaron los síntomas; lo que contrastado a nivel nacional y según el índice socioeconómico, el 55% consultó. Lo que evidencia que los datos se encuentran apegados a la realidad nacional y la concepción de las personas hacia el sistema de salud. (4)

Por otro lado, se encuentran las enfermedades diarreicas; que son las relacionadas a las malas condiciones higiénicas en los hogares, bajo nivel de educación y al limitado acceso de agua potable. La enfermedad diarreica aguda es la segunda causa de muerte infantil en el mundo, lo que hace tan importante su estudio y el conocimiento de signos de peligro. Según la ENSMI, la mayor prevalencia de diarreas en las dos semanas previas a la evaluación fue en los menores de dos años, con un 21.6%, para la región Metropolitana. Al comparar con el estudio que se realizó en la Aldea Los Verdes, un 32% de los menores de dos años presentaron la morbilidad, de ellos, el 94% de las madres tenía conocimiento sobre señales de peligro y el 87.5% acudieron al sistema de salud. (4)

No se encontraron casos de desnutrición aguda. El problema nutricional con mayor prevalencia fue la desnutrición crónica ($Z < -2DE$ para la relación talla/edad), que correspondió a un 26.7% para hombres y un 17.4% para mujeres, para dar un total de 12 casos encontrados. Según la tesis realizada por Soto, D; en el año 2014 en Huehuetenango, el 61% de los niños estudiados presentaban desnutrición crónica, comparado con la media nacional del 55%, mayor en las edades entre 18 a 23 meses. Según el estudio realizado, el nivel de desnutrición crónica es bajo en comparación a otras regiones del país así como nivel nacional. Los factores asociados al estado nutricional son variados, pero incluyen el nivel socioeconómico, nivel de escolaridad y estado nutricional de la madre. (4, 25)

Conocimiento de las madres

Para evaluar el conocimiento de las madres sobre prácticas en salud y alimentación complementaria, se utilizó una serie de criterios: lavado de manos, conocimiento sobre lactancia materna así como conocimiento sobre señales de peligro en IRAS y diarreas. Con respecto a higiene y lavado de manos, un 94% de las madres entrevistadas (47 casos) cuentan con buen conocimiento sobre los momentos para lavarse las manos. En el estudio realizado en el año 2017 por García, C.; sobre prácticas de higiene en San Marcos, Guatemala; en el cual el 70% de las personas entrevistadas tuvo buen conocimiento sobre los momentos del lavado de manos. Así también, según la Organización Mundial de la Salud, un adecuado conocimiento en madres sobre lavado de manos disminuye un 50% las

tasas de diarrea en niños menores de 5 años y un 25% las infecciones respiratorias. (26)

La lactancia materna es considerada como la estrategia de menor costo para la reducción de la mortalidad infantil, por lo tanto; es importante determinar el conocimiento que tienen las madres sobre la misma para implementar estrategias que mejoren la salud integral de los niños, en especial de los menores de 2 años. En este estudio, se determinó que únicamente el 64% de las madres tienen buen conocimiento sobre lactancia materna y el 88% respondieron correctamente sobre la edad hasta que se les brinda a los niños (hasta los 2 años). Con esto, se puede determinar que las madres tienen un buen conocimiento y esto se puede atribuir a la presencia de personal de salud en la comunidad que brindan consejería sobre lactancia materna en cada control de crecimiento del niño.

El siguiente criterio evaluado fue acerca del conocimiento sobre signos de peligro en diarreas e infecciones respiratorias; según la literatura consultada, se estima que un 80% de las madres que han sido entrevistadas conocen sobre señales de alarma en dichas enfermedades y que esto aumenta dependiendo de la edad así como la educación de la madre. La estrategia AIEPI enfatiza el reconocimiento de los signos de peligro, así como la búsqueda de atención; con la falta de estos componentes, hay mayor gravedad de las enfermedades. En los resultados del estudio realizado, se determinó que el 94% de las madres entrevistadas tienen buen conocimiento sobre señales de peligro en ambas enfermedades (mencionaron al menos 3 signos de los 6 evaluados), lo que coincide con la literatura y apoya la teoría que por existir servicio de salud cercano en la comunidad, apoya en la educación a las madres y familia. (27)

Prácticas de salud en las madres

Según la Organización Mundial de la Salud, recomienda que a partir de los seis meses de vida, se inicie el proceso de incorporación de alimentos que aseguren los requerimientos nutricionales, en respuesta a la demanda de micronutrientes que la lactancia materna ya no suministra. A partir de los seis meses de edad, los niños reciben alimentos complementarios con aumento del consumo a medida que aumenta la edad, siempre conservando la lactancia materna. Según el resultado de la investigación, únicamente un 46% de las madres tienen buenas prácticas en lactancia materna, lo que puede estar determinado en el trabajo donde se desempeñan, inicio de fórmulas lácteas o iniciar ablactación antes del tiempo establecido. A nivel nacional, este porcentaje se encuentra en 58.6%, lo que si tiene correlación con los datos encontrados. (4)

Con respecto al inicio de la alimentación complementaria, únicamente 32% de las madres entrevistadas tienen buenas prácticas en este indicador (según edad del niño y suplementación con micronutrientes). La diversidad en la dieta mínima es un indicador para evaluar las prácticas alimentarias; se identifica que los niños menores de dos años hayan consumido cuatro o más grupos de alimentos en las últimas 24 horas y si lo hacen con la frecuencia mínima esperada. Según datos nacionales, únicamente el 52% de los niños tienen consumo de dieta mínima aceptable, de mayor prevalencia en el área rural. En la población estudio, se encontró que solamente un 36% de las madres brindaron dieta mínima aceptable para sus hijos; sin embargo, un 94% dieron a comer una diversidad mínima de alimentos. (4)

Los grupos principales de alimentos brindados durante las últimas 24 horas fueron: cereales, raíces y tubérculos con 90%, legumbres con 86%, huevos con 70% y lácteos con 62%. El consumo de alimentos de por lo menos cuatro grupos, significa que el niño ha tenido tendencia a consumir por lo menos un alimento de origen animal, una fruta/verdura y un alimento básico. (18) Es importante recordar que la leche es considerada un elemento separado y que debe estar obligatoriamente requerido. En Guatemala, según las Normas de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, existe la suplementación obligatoria con micronutrientes espolvoreados, por lo que también se toman en cuenta como parte de las prácticas de alimentación complementaria.

Finalmente, con el análisis previo de todos los datos, se puede determinar que los niños menores de 2 años de la Aldea Los Verdes, presentan un adecuado perfil de salud, ya que la mayoría de los indicadores evaluados cuenta con los porcentajes de acuerdo a lo esperado y siguen la tendencia a nivel nacional, lo que predice que el sistema de salud no se encuentra ajeno a la realidad presentada.

CONCLUSIONES

1. El perfil de salud de los menores de 2 años de la Aldea Los Verdes; es adecuado según su edad. De 53 casos evaluados, el 22.6% fueron diagnosticados con desnutrición crónica; no hubo ningún desnutrido agudo. Sin embargo, la prevalencia de enfermedades diarreicas y respiratorias en los últimos 15 días si fue elevada, pudiendo ser hasta un 91%.
2. La mayoría de las madres evaluadas no tienen buenos conocimientos ni prácticas sobre higiene y hábitos de salud en los menores de 2 años. Las áreas con mayor deficiencia fueron sobre alimentación complementaria y la dieta mínima aceptable según la edad.

RECOMENDACIONES

1. Involucrar a las madres en actividades de preparación de alimentos y la importancia de los mismos, enfatizado en los menores de 2 años. Para tomar en cuenta el contexto de las madres, se puede utilizar el Manual de Nutrición Materno-Infantil preparado por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
2. Crear un club de alimentación y vida saludable, que permita la coordinación del PPS del Puesto de Salud y el personal de nutrición del Centro de Atención Permanente de Fraijanes, con el objetivo de que puedan aprender formas nuevas de alimentación, signos de peligro e importancia de la lactancia materna.
3. Fortalecer el sistema de información del Programa de Interacción/Medicina Comunitaria de la Universidad Rafael Landívar, para que exista disponibilidad de datos que sirvan para medir el avance de indicadores de los sub-programas y mejorar la toma de decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Elementos para elaborar un perfil de género y salud. [monografía en línea]. Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud; 2009. [acceso 02 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Perfil-ESP.pdf>
2. Daza, W.; Dadán, S. Alimentación complementaria en el primer año de vida. [monografía en línea]. Colombia: Sociedad Colombiana de Pediatría; 2014. [acceso 02 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://scp.com.co/descargasnutricion/Alimentaci%C3%B3n%20complementaria%20en%20el%20primer%20a%C3%B1o%20de%20vida.pdf>
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Datos y Cifras clave sobre Nutrición [monografía en línea]. Argentina: UNICEF; 2012. [acceso 02 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/UNICEF_Reporte_Nutricion_ESP_15-4.pdf
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. [monografía en línea]. Guatemala: MSPAS, INE y SEGEPLAN; 2015. [acceso 02 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.osarguatemala.org/osartemporal/Archivos/PDF/201603/259_4.pdf
5. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. La Niñez Guatemalteca en Cifras: Compendio estadístico sobre las niñas, niños y adolescentes Guatemaltecos. [monografía en línea] Primera Edición. Guatemala: PNUD, UNICEF e INDH; 2010. [acceso 02 de febrero de 2016]. Disponible en: http://desarrollohumano.org.gt/sites/default/files/Ninez_Guatemalteca_en_Cifras.pdf
6. Palmieri, M.; Delgado, H. Análisis situacional de la malnutrición en Guatemala: sus causas y abordaje. [monografía en línea] Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2011 [acceso 02 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.centrodesarrollohumano.org/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1907
7. Leiva, O. Estudio sobre la Desnutrición en Guatemala. [monografía en línea]. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2012. [acceso 22 de febrero de 2016]. Disponible en: http://sitios.usac.edu.gt/ipn_usac/wp-content/uploads/2012/09/ESTUDIO-SOBRE-LA-DESNUTRICI%C3%93N-EN-GUATEMALA1.pdf
8. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Metas nutricionales para Guatemala. [monografía en línea]. Guatemala: INCAP y MSPAS; 2012. [acceso 02 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.incap.org.gt/index.php/es/publicaciones/doc_view/274-metas-nutricionales
9. Heird, WC. Inseguridad Alimentaria, Hambre y Desnutrición. En: Kliegman, RM.; Jenson, HB.; Behrman, RE.; Stanton, BF. Nelson Tratado de

- Pediatría. México: 18 edición. Madrid: Elsevier Saunders; 2013. Volumen 1 p. 225-232.
10. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. [monografía en línea]. Estados Unidos: OPS y OMS; 2010. [acceso 02 de febrero de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf?ua=1
 11. Mac Arthur, I. La Receta para mejorar la Nutrición en Guatemala. [Sede Web]. Banco Interamericano de Desarrollo [actualizado el 16 de julio de 2013; acceso 02 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.iadb.org/es/temas/salud/desnutricion-en-guatemala,3866.html>
 12. Velasquez, R. Impacto Potencial de Factores Asociados a la Desnutrición Proteico Calórica en Estudiantes. [monografía en línea]. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2009. [acceso 22 de febrero de 2016]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8504.pdf
 13. Coto, M. Marco conceptual de la seguridad alimentaria y nutricional. [monografía en línea]. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá -INCAP/OPS-. [acceso 25 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.incap.org.gt/index.php/en/about-incap/directing-councils/directing-council/doc_view/71-diplomado-san-unidad-1-marco-conceptual-de-la-seguridad-alimentaria-y-nutricional-san
 14. Salcedo, S. El marco teórico de la Seguridad Alimentaria. [monografía en línea]. Chile: Políticas de Seguridad Alimentaria en los Países de la Comunidad Andina. [acceso 25 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/seguridadCA/03cap1.pdf>
 15. Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. [monografía en línea]. Guatemala: SESAN; 2005. [acceso 25 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.segeplan.gob.gt/downloads/clearinghouse/politicas_publicas/Derechos%20Humanos/Pol%C3%ADtica%20de%20Seguridad%20Alimentaria%20y%20Nutricional.pdf
 16. Márquez, H.; et al. Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico. [monografía en línea]. México: Revistas Médicas Latinoamericanas; 2012. [acceso 29 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr122d.pdf>
 17. Organización Panamericana de la Salud. Los nuevos patrones de crecimiento de la OMS. [monografía en línea]. Bolivia: Centro de Información y Documentación OPS/OMS; 2010. [acceso 29 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/naiepi-patrones-crecimiento.pdf>
 18. Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño. [monografía en línea]. Estados

- Unidos: OMS; 2010. [acceso 02 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.slan.org.ve/libros/Lactancia-OMS.pdf>
19. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Desnutrición en Guatemala. [Sede Web]. Documentación Unicef [actualizado 16 de marzo de 2012; acceso 30 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.unicef.es/actualidad-documentacion/noticias/desnutricion-en-guatemala>
 20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual para Vigilancia Epidemiológica de la Desnutrición. [monografía en línea]. Guatemala: Centro Nacional de Epidemiología; 2010. [acceso 30 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=desnutricion-aguda&alias=167-manual-para-vigilancia-epidemiologica-de-la-desnutricion&Itemid=518&lang=en
 21. Carrillo, B. La alimentación infantil. Importancia de una educación alimentaria desde la escuela en los primeros años de vida. [monografía en línea]. Granada: Revista Digital Innovación y Experiencia Educativa; 2010. [Acceso 30 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_15/BEATRIZ_CARRILLO_2.pdf
 22. Boyle, M.; et al. Buenas prácticas para una alimentación saludable. [monografía en línea]. Estados Unidos: Nemours Health & Prevention Services; 2014. [acceso 02 de septiembre de 2016]. Disponible en: https://d3knp61p33sjvn.cloudfront.net/media-resources/ECELC/C2P2/LS2/ECE_Program_Participants/BestPracticesHealthyEating-Span.pdf
 23. Lozano, M. Lactancia Materna. [monografía en línea]. España: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. [acceso 02 de septiembre de 2016]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>
 24. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Alimentación complementaria. [monografía en línea]. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2012. [acceso 02 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.incap.int/dmdocuments/inf-edu-alimnut-COR/temas/2.alimentacioncomplementaria/pdf/2.alimentacioncomplementaria.pdf>
 25. De León, D. Determinación del estado nutricional de niños menores de 2 años y prácticas alimentarias de niños con desnutrición aguda en el municipio de San Pedro Soloma, Huehuetenango. [Tesis en línea]. Guatemala; Quetzaltenango, 2014. [acceso 01 de julio de 2018]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/De%20Leon-Diana.pdf>

26. García, C. Nivel de conocimiento en las madres de niños menores de 2 años, sobre la relación entre prácticas de higiene y la presencia de diarreas. [Tesis en línea]. Guatemala; Antigua Guatemala, Universidad Rafael Landívar; 2017. [acceso 02 de julio de 2018]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/09/11/Garcia-Cecilia.pdf>
27. Delgado, M; et al. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. [Artículo en línea]. Colombia: Corporación Editora Médica del Valle; 2006. [acceso 02 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf/rc06058>
28. Sanchez, A. Prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 a 11 meses que asisten al centro de salud del municipio de San Juan Sacatepéquez, Guatemala. Julio-Noviembre 2015. [Tesis en línea]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, 2016. [acceso 02 de julio de 2018]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/09/15/Sanchez-Alejandra.pdf>

ANEXOS

Anexo I: Instrumento de investigación

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Medicina

Perfil de salud en los menores de 2 años en la Aldea Los Verdes
Fraijanes, Guatemala. Mayo 2018

Instrucciones: La presente encuesta consta de dos partes. La primera para conocer sus datos generales y la segunda son preguntas específicas sobre temas relacionados a la alimentación de su hijo y su familia. Se solicita que sea lo más sincero posible, no tiene límite de tiempo y ninguna respuesta es considerada como mala o buena. Gracias por su participación.

(Cuestionario adaptado de instrumento realizado por CIENSA en enero 2017)

Fecha: _____

Parte 1: Información básica

a. Nombre y apellidos de la entrevistada:		
b. Jefatura del hogar	1. La entrevistada 2. Esposo o compañero 3. Otro (especificar)	_____
c. Edad de la entrevistada	Años cumplidos	
d. Ocupación principal		
e. Estado civil	1. Casada 2. Unida 3. Soltera 4. Viuda 5. Divorciada	_____
f. Ocupación del esposo o compañero		_____
g. ¿Quién aporta al gasto principal de la casa?		_____
h. ¿Cuál fue el último grado que ganó?	1. Pre-primaria 2. Primaria (_____ grado) 3. Secundaria (_____ grado) 4. Diversificado (_____ grado) 5. Universidad (_____ grado) 6. No asistió a ningún grado	_____
i. ¿Cuál fue el último grado que ganó su pareja?	1. Pre-primaria 2. Primaria (_____ grado) 3. Secundaria (_____ grado) 4. Diversificado (_____ grado) 5. Universidad (_____ grado)	_____

	6. No asistió a ningún grado	
j. Total de miembros del hogar	Personas	

Parte 2: Caracterización de la vivienda

a. ¿Cuál es el material del techo?	1. Paja o palma 2. Teja de barro 3. Lámina o duralita 4. Terraza	_____
b. ¿Cuál es el material de las paredes?	1. Bambú o caña de maíz 2. Adobe 3. Madera 4. Ladrillos o block 5. Concreto	_____
c. ¿Cuál es el material del piso?	1. Tierra 2. Madera 3. Torta de cemento 4. Cerámico	_____
d. ¿Cuántos ambientes o cuartos tiene la vivienda únicamente para dormir?	_____ cuartos	_____
e. La vivienda cuenta con	1. Letrina 2. Inodoro lavable 3. No cuentan con ninguno	_____
f. La vivienda cuenta con	1. Energía eléctrica 2. Agua potable (entubada) 3. Recolección de basura	_____ _____ _____

Parte 3. Conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria

a. ¿Dio lactancia materna a su hijo la primera hora después de nacido? Si la respuesta es no, pasar a pregunta C.	1. Sí 2. No 3. No recuerda / no responde	_____
b. ¿Quién le facilitó a su hijo durante la primera hora de nacido, para darle lactancia materna?	1. Médico 2. Enfermera 3. Comadrona capacitada 4. Comadrona tradicional 5. Guardián de Salud 6. Familiar/amigos 7. Nadie	_____
c. ¿Sabe usted hasta qué edad se le da leche materna al niño? (sin darle otra cosa)	1. Hasta los seis meses de edad 2. Antes de los seis meses de edad (____ meses) 3. Después de los seis meses de edad (____ meses) 4. No sabe/No responde	_____

d. ¿Sabe por qué es importante darle solamente pecho al niño hasta los seis meses de edad?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre está disponible 2. El niño recibe todos los nutrientes 3. El niño recibe todas las defensas 4. El niño se enferma menos 5. Se favorece la economía del hogar 6. Es un método anticonceptivo 7. No sabe/No responde 	_____	_____			
e. ¿Sabe a qué edad se le comienza a dar otros alimentos al niño aparte de la leche materna?	<ol style="list-style-type: none"> 1. A partir de los seis meses 2. Antes de los seis meses (_____ meses) 3. Después de los seis meses (_____ meses) 4. No sabe/no responde 	_____				
f. ¿Sabe en qué forma se le debe ofrecer la comida a los niños entre 6 y 8 meses?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Espesos o líquidos 2. Papillas, purés, molidos, desechos 3. Otro: 	_____				
g. ¿Sabe en qué forma se le debe ofrecer comida a los niños entre 9 y 11 meses de edad?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Picados o en trocitos 2. Espesos o líquidos 3. Papillas o purés 4. Otro: 	_____				
h. ¿Sabe en qué forma se le debe ofrecer comida a los niños de un año o más?	<ol style="list-style-type: none"> 1. En trocitos o pedazos 2. Enteros - como los comen los demás 3. Otro: 	_____				
i. ¿Sabe cuántas veces se le debe dar alimentos al niño, según su edad?	<table border="1"> <tr> <td>Entre 6-8 meses</td> <td>Entre 9-11 meses</td> <td>Un año o más</td> </tr> </table>	Entre 6-8 meses	Entre 9-11 meses	Un año o más		
Entre 6-8 meses	Entre 9-11 meses	Un año o más				
j. ¿Sabe hasta qué edad hay que dar leche materna? (aunque ya coma)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seis meses 2. Un año 3. Dos años 4. No sabe/ no responde 	_____				
k. ¿Antes de que su hijo empezara a comer, le dio algún tipo de atol, agua de hierbas o algún otro alimento?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 3. No sabe / no responde 	_____				
l. ¿Qué le hacen al agua que usan para beber?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No se le hace nada 2. Filtrada 3. Hervida 4. Clorada 5. Usan agua embotellada 6. No sabe/no responde 	_____				
m. ¿Sabe cuáles son los momentos importantes para lavarse las manos?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de preparar comida 2. Antes de alimentar a los niños 3. Antes de comer 4. Después de usar baño o letrina 5. Después de cambiar el pañal 	_____				

	6. No sabe/no responde	
n. ¿Sabe qué cuidados de higiene hay que tomar en cuenta cuando se preparan alimentos?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavarse las manos 2. Lavar los ingredientes que se usarán 3. Usar recipientes limpios 4. Tener un lugar de preparación limpio 5. Cubrir adecuadamente las preparaciones 6. Colocar restos de alimentos en un lugar adecuado 7. No sabe/no responde 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Parte 4. Atención del niño enfermo

a. ¿Sabe usted cuáles son las señales de peligro en un niño con diarrea?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Popó líquido y abundante 2. Tiene sangre en el popó (disentería) 3. Tiene la boca seca y ojos hundidos 4. Tiene la mollera caída 5. Está irritable o intranquilo 6. Está débil o inconsciente 7. No sabe/no responde 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
b. ¿Sabe cuáles son las señales de peligro en un niño con tos, catarro o gripe?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiene respiración rápida o entrecortada 2. Se le hundén las costillas al respirar 3. Tiene silbido al respirar o se queja cuando respira 4. Tiene hervor de pecho 5. Tiene fiebre alta que no baja 6. No come o no bebe 7. No sabe/no responde 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
c. ¿Su hijo ha tenido diarrea en los últimos 15 días?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No (pasar a pregunta e) 	<p>_____</p>
d. ¿Qué hizo usted en ese momento?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le dio medicinas preparadas en casa 2. Fue a comprar medicinas 3. Lo llevó con la comadrona 4. Lo llevó a un servicio de salud 5. No hizo nada 6. Otro: 	<p>_____</p>
e. ¿Su hijo ha tenido tos o catarro en los últimos 15 días?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No. (pasar a pregunta g) 	<p>_____</p>
f. ¿Qué hizo usted en ese momento?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le dio medicinas preparadas en casa 2. Fue a comprar medicinas 3. Lo llevó con la comadrona 4. Lo llevó a un servicio de salud 5. No hizo nada 6. Otro: 	<p>_____</p>

Parte 5: Cuestionario sobre dieta mínima aceptable

Instrucciones: Para cada uno de los alimentos que aparecen en este instrumento, responder sobre los que su niño ha tomado o comido durante el día y la noche de ayer.

a. ¿Le está dando pecho a su hijo actualmente?	1. Sí 2. No	_____
b. Leches especiales para bebé	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
c. Leche fresca de vaca o cabra	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
d. Atoles y bebidas hechas con cereales fortificados	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
e. Té, café o agua de hierbas	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
f. Aguas gaseosas o jugos en envase	1. Sí 2. No 3. No sabe/ no responde	_____
g. Pan, arroz, tortillas, fideos u otros alimentos de grano	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
h. Zanahoria, güicoy, camote u otras verduras anaranjadas	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
i. Papa, yuca u otros alimentos de raíz	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
j. Verdura o hierba de hojas verdes	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
k. Frutas u otras verduras	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
l. Alguna clase de menudos	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
m. Carne de res, cerdo, cabra, oveja, pollo o pato	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
n. Huevo	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
o. Pescado o marisco fresco, frito o seco	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
p. Frijoles, lentejas,	1. Sí	_____

habas o nueces	2. No 3. No sabe/no responde	
q. Alimentos derivados de la leche	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
r. Dulces, chocolates, paletas o galletas	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
s. Alimentos preparados con aceite, manteca o mantequilla	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
t. Hamburguesas, ricitos, nachos u otras cosas parecidas	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____
u. Otros alimentos enteros o machacados	1. Sí 2. No 3. No sabe/no responde	_____

Parte 6. Evaluación de las prácticas de alimentación

a. ¿Cómo le dio la noche anterior los líquidos o bebidas a su hijo?	1. Espesos 2. Ralos	_____
b. ¿Cómo le dio los alimentos o comiditas a su hijo la noche anterior?	1. Papillas, purés, machacados 2. Pedazos, picados o trocitos 3. Enteros, como todos los comen	_____

Sección 1. Si la madre entrevistada no reporta el suministro de alimentos o comiditas para su niño sobre el día y la noche de ayer, llenar la siguiente sección.

c. Aparte de su pecho, ¿Usted le está dando a su hijo alimentos o comiditas?	1. Sí 2. No (Saltar a siguiente sección)	_____
d. ¿Cómo le está dando a su hijo esos otros alimentos o comiditas?	4. Papillas, purés, machacados 5. Pedazos, picados o trocitos 6. Enteros, como todos los comen	_____

Sección 2.

e. ¿Cuántas veces le dio a su hijo los alimentos o comiditas el día y la noche de ayer?	1. Una vez 2. Dos veces 3. Tres veces 4. _____ veces	_____
f. ¿En qué momentos le dio esos alimentos a su hijo durante el día y la noche de ayer?	Tiempos de comida	Refacciones
	1. Desayuno	2. Media mañana
	3. Almuerzo	4. Media tarde
	5. Cena	6. Antes de dormir
g. ¿Usted usa las "chispitas" que dan en	1. Sí 2. No (Termina el cuestionario)	_____

el Puesto de Salud?	3. Desconoce el producto (Termina el cuestionario)	
h. ¿Cómo le dio a su hijo estas "chispitas" durante el día y la noche de ayer?	1. Mezcladas con la comida 2. Disueltas en un vaso de agua 3. Ayer no se las dio	_____
i. ¿Cuántas veces le dio estas "chispitas" a su hijo durante el día y la noche de ayer?	1. Una vez 2. Dos veces 3. Tres veces 4. Más veces (____)	_____

Sección 3. Antropometría

Nombres	Fechas de nacimientos	Sexo	Peso	Talla